

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

научно-практический журнал

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

scientific practical journal

UNIVERSITY CLINIC

2024, специальный выпуск № 2

Главный редактор

Игнатенко Г.А.

Зам. главного редактора

Колесников А.Н.

Ответственный секретарь

Смирнов Н.Л.

Редакционная коллегия

Багрий А.Э. (Донецк)

Балацкий Е.Р. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Игнатенко Т.С. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Майлян Э.А. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Редакционный совет

Балькова Л.А. (Саранск)

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Крутиков Е.С. (Симферополь)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Лазаренко В.А. (Курск)

Максюков С.Ю. (Ростов-на-Дону)

Мамаева Е.В. (Казань)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Прилуцкий А.С. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Усов В.Ю. (Томск)

Хараева З.Ф. (Нальчик)

Харченко В.В. (Курск)

Хмелевская И.Г. (Курск)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Шульгинова А.А. (Курск)

ISSN 1819-0464

научно-практический журнал
«Университетская Клиника»

2024, специальный выпуск № 2

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Регистрационный номер ПИ № ФС77-85473 от 17.07.2023 г.

Периодичность: 4 раза в год

Учредитель журнала:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Издатель журнала:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Адрес редакции и издателя:

283003, Донецкая Народная Республика,
г.о. Донецкий, г. Донецк, пр-т Ильича, д. 16

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени и доктора наук по следующим специальностям:

- 3.1.7. Стоматология (медицинские науки),
- 3.1.9. Хирургия (медицинские науки),
- 3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки),
- 3.1.20. Кардиология (медицинские науки),
- 3.1.21. Педиатрия (медицинские науки),
- 3.1.24. Неврология (медицинские науки),
- 3.2.7. Иммунология (медицинские науки),
- 3.3.1. Анатомия и антропология (медицинские науки),
- 3.3.3. Патологическая физиология (медицинские науки).

Журнал индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory, Index Copernicus International (ICI).

Подписано в печать: 25.12.2024 г.

Дата выхода в свет:

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 50 экз.

Распространяется бесплатно

Отпечатано ИП Криничная Ирина Викторовна

ОГРНИП 322930100019725 от 28.12.2022 г.

283059, г. Донецк, ул. Овнатаняна, 4.

e-mail: krinichnayairina@gmail.com

Материалы
VIII Международного медицинского
форума Донбасса
«НАУКА ПОБЕЖДАТЬ... БОЛЕЗНЬ»
25-26 ноября 2024 года

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.

Абдукаримов С.А., Шеркузиева Г.Ф., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА СНА У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ

Актуальность: В условиях современной жизни проблема рациональной организации режима дня приобретает всё большую актуальность, особенно среди студентов высших учебных заведений. Недостаток сна приводит к усталости, снижению продуктивности и может стать причиной множества заболеваний, таких как сердечно-сосудистые болезни, ожирение, диабет, депрессия и когнитивные нарушения. Это негативно сказывается на здоровье, снижает уровень энергии и повышает риск профессионального выгорания.

Цель исследования: Основной целью данного исследования является изучение изменений в режиме сна у студентов после поступления в высшее учебное заведение, а также анализ влияния этих изменений на их физическое и психическое здоровье. Исследование направлено на выявление нарушений сна, таких как его продолжительность, качество, а также определение возможных профилактических мер, способствующих улучшению сна и, как следствие, общему состоянию здоровья студентов.

Материалы и методы: Для достижения поставленных целей был проведён опрос студентов, включая первокурсников и старшекурсников. В качестве методов исследования использовались анкетирование и наблюдение, что позволило собрать данные о продолжительности и качестве сна у студентов, а также выяснить факторы, влияющие на сон и здоровье, включая стресс, изменения учебного графика и нехватку времени на отдых.

Результаты: Исследование показало, что 53% студентов засыпают и просыпаются в разное время, что ухудшает качество сна. Количество студентов, спящих менее 4-5 часов, увеличилось, а тех, кто спит 8-9 часов, стало меньше. 40% студентов отметили, что не высыпаются, что повышает риск ряда заболеваний, связанных с нарушением сна. Недостаток сна может привести к депрессии, нарушению когнитивных функций, ослаблению иммунной системы и профессиональному выгоранию. Для профилактики данных состояний рекомендуется придерживаться регулярного режима сна, создавать благоприятные условия для отдыха и избегать употребления стимуляторов, таких как кофеин, перед сном.

Абрамов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОЗНАНИЕ В ПСИХИАТРИИ

Переживание – первичный продукт внутреннего мира человека. Все первичные продукты человеческой психики, все психические (психопатологические) явления, прежде, чем получить клиническое оформление, подвергаются многоплановой внутренней трансформации: отражению явления в самосознании субъекта в виде переживания;

В стандартных клинических условиях психодиагностический процесс осуществляется путем выявления симптомов – искусственных конструкторов, отражающих не реальное психическое состояние, не психическую реальность, а субъективные впечатления врача, формирующиеся на основе произвольного опроса пациента, а не на основе анализа содержания переживаний пациента, недоступных при использовании классической клинической методологии. Психодиагностическая процедура в таких случаях осуществляется в два этапа:

а) произвольная (поверхностная) переработка врачом результатов опроса пациента и особенностей его поведения;

б) квалификация клинического впечатления врача в качестве медицинской категории.

Такой психодиагностический процесс оставляет мало шансов на достоверное выявление и понимание переживаний пациента и инициирующих их причин. При соблюдении принципов познания субъективной реальности, психодиагностический процесс осуществляется в процессе клинико-феноменологического исследования, путем продуктивной интерпретации (герменевтической познавательной-диагностической процедуры, связанной с пониманием чужой индивидуальности, через выявление и раскрытие смыслов и значений, высказываний, переживаний и др.) психических (психопатологических) феноменов, отражающих подлинные переживания пациента, его сиюминутную психическую реальность. Психодиагностическая процедура при этом приобретает следующую последовательность:

- символизация и вербализация переживаний;
- становление психического феномена (целостного представления о переживании), отражающего определенную связь с вызвавшим его явлением;
- переработка (герменевтическая интерпретация) переживания – феномена в сознании исследователя;
- квалификация в качестве медицинской категории (симптома, синдрома).

Такая диагностическая процедура, благодаря ее соответствию предмету исследования (психопатологические переживания – феномены), значительно расширяет возможность приближения к пониманию аутентичной психической реальности человека (пациента).

Абрамов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ БАЗИСНЫХ ТРАДИЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Теория и практика современной психиатрии содержит основания для выделения, по крайней мере, трех базисных традиций ее концептуального выражения, связанных с различными мировоззренческими представлениями в этой области и, соответственно, с различными предметами исследования:

Естественнонаучная (классическая, официальная, медико-биологическая) традиция:

- представление о человеке как о биологическом объекте, организме, объективно существующей реальности, ограниченной пространством и временем;
- психиатрия – биологическая, субчеловеческая дисциплина, реализуемая в рамках медицинской модели, методологии медицины;
- предмет исследования – психика как продукт деятельности высокоорганизованной материи – головного мозга; психические расстройства, обусловленные нарушением нейромедиаторного метаболизма;
- психическое расстройство – определенная совокупность психопатологических симптомов, соответствующая определенным диагностическим критериям.

Эта традиция включает в себе дистанцирование от оценки субъективных переживаний пациента, его страданий, личностных дисфункций и в целом от жизни пациента с болезнью.

Неклассическая, экзистенциально-феноменологическая традиция:

- представление о человеке как о субъекте своего внутреннего мира, субъективной реальности, идеальной, бесконечной и неповторимой, данной ему в его психических явлениях, переживаниях и т.д.;
- психиатрия – личностно-ориентированная дисциплина, реализуемая в рамках гуманитарной модели;
- предмет исследования – личность как совокупность ее позитивных качеств; дисфункциональные состояния личности;
- психическое расстройство – индивидуальный опыт подлинных болезненных переживаний.

Интегративно-антропологическая традиция:

- представление о человеке как целостной системе, состоящей из единой био-душевно-духовной субстанции, его бытийных возможностях;
- психиатрия – собственно человеческая дисциплина, реализуемая в рамках индивидуальной целостности человеческого бытия многослойной системы знаний, охватывающий весь жизненный опыт человека, его бытие-в-мире;
- предмет исследования – подлинные переживания (непосредственно данные феномены), личностный и экзистенциальный потенциал;
- психическое расстройство – нарушение био-душевно-духовной целостности и единства человека, индивидуальный онтологический опыт дезорганизации человеческого существования, нарушение самого человеческого в человеке – ценностно-смысловой сферы личности.

Абрамов В.А., Абрамова Е.А., Голоденко О.Н., Виннико

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Боевая психическая травма (БПТ) - психическая травма, вызванная воздействием факторов боевой обстановки. БПТ может оказывать сильное воздействие на психическое здоровье человека и проявляться во внезапных и чрезмерных реакциях на стрессовые стимулы, такие как гнев, раздражительность, беспокойство, попытками избежать индивидом встречи с травмирующими стимулами, включая места, людей или события, ассоциируемые с травматическими воспоминаниями. Также может проявляться в избегании обсуждения тем, связанных с травмой, и даже в социальной изоляции. БПТ может приводить к широкому спектру психических расстройств, включая посттравматический стрессовый синдром (ПТСР), депрессию, тревожные расстройства и другие. БПТ может иметь значительное влияние на качество жизни пострадавшего, влияя на его психологическую адаптацию и функционирование в повседневной жизни. Цель психиатрического вмешательства в таких случаях состоит в смягчении симптомов и повышении качества жизни пациента через комплексный подход, включающий медикаментозную терапию, терапевтические интервенции и социальную поддержку.

Одним из наиболее широко используемых классов лекарственных препаратов при БПТ являются антидепрессанты. Они помогают снижать симптомы депрессии, улучшать настроение и повышать эмоциональное благополучие у пострадавших. Среди наиболее часто применяемых антидепрессантов при БПТ включаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как сертралин и пароксетин. Анксиолитики (алпразолам, клоназепам) используются для уменьшения тревожности и снижения уровня тревоги у пострадавших. Они могут помочь справиться с чувством напряжения, тревожности и беспокойства, которые часто сопровождают ПТСР. Для пострадавших с симптомами эмоциональной дисрегуляции после БПТ могут назначаться стабилизаторы настроения (литий, ламотриджин). Эти препараты помогают стабилизировать настроение, снижают перепады эмоций и улучшают способность к регуляции эмоций. В случаях нарушений сна и повышенной возбудимости могут применяться снотворные и успокоительные препараты (диазепам) для помощи пострадавшим с засыпанием и поддержанием качественного сна.

Психотерапия играет ключевую роль в лечении боевой психической травмы, обеспечивая эффективные стратегии для снижения симптомов и улучшения качества жизни пострадавших. Когнитивно-поведенческая терапия является одним из наиболее изученных и широко применяемых методов психотерапии при БПТ. Эта методика сосредотачивается на изменении мыслей и поведения, которые поддерживают симптомы ПТСР, и обучении адаптивным стратегиям управления стрессом. Другим важным методом психотерапии является экспозиционная терапия, которая помогает пострадавшим постепенно конфронтировать с травматическими воспоминаниями и ситуациями, чтобы преодолеть свои страхи и снизить интенсивность реакций на триггеры. Диалектическая поведенческая терапия может быть полезной для пострадавших с проблемами эмоциональной регуляции и межличностными трудностями. Она помогает развить навыки эмоционального управления, межличностной эффективности и принятия. Интерперсональная терапия сосредотачивается на исследовании и решении межличностных проблем и конфликтов, которые могут возникнуть у пострадавших после БПТ. Она помогает улучшить коммуникацию, развить навыки межличностной эффективности и восстановить отношения с близкими. Травмоориентированная терапия является специализированным подходом к лечению ПТСР, который учитывает травматические события и воздействия на жизнь пострадавшего. Он направлен на исследование и переработку травматических воспоминаний с целью смягчения их эмоционального воздействия. Эти методы психотерапии могут быть адаптированы и индивидуализированы под конкретные потребности

сти каждого пострадавшего, что позволяет эффективно управлять широким спектром симптомов и проблем, связанных с БПТ.

Поддержка общества и близких играет значительную роль в реабилитации пострадавших от БПТ, способствуя их психосоциальной адаптации, снижению симптомов и улучшению качества жизни. Позитивные эмоциональные связи и эмпатия помогают снизить уровень стресса и улучшить качество психического состояния. Поддержка близких и общества способствует социальной интеграции пострадавших, что снижает риск социальной изоляции и улучшает адаптацию в обществе. Поддержка социальных связей также может способствовать уменьшению симптомов ПТСР и повышению уровня функционирования. Члены семьи могут играть важную роль в обеспечении доступа пострадавших к профессиональным услугам психотерапии, медицинской помощи и реабилитации - сопровождение на приемы к специалистам, помощь в организации лечения и координацию усилий в реабилитационном процессе. Родственники участников боевых действий могут создавать поддерживающую и структурированную среду, которая способствует стабилизации психического состояния пострадавших и улучшает результаты терапии. Обучение близких основам психологии и методам поддержки пострадавших от БПТ позволяет им лучше понимать и эффективнее помогать пострадавшим. Это может включать в себя тренинги по приемам эмоциональной поддержки, методам реакции на кризисные ситуации и пониманию особенностей психологической травмы.

Авраменко С.К., Бондаренко А.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА КОСТНУЮ СИСТЕМУ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Цель: Изучить и оценить негативные последствия лучевой терапии на структуру костной ткани в результате воздействия ионизирующего излучения.

Материалы и методы: При написании литературного обзора были применены методы системного анализа, проведен сбор актуальной информации по теме с применением литературных источников, наиболее раскрывающих данный вопрос.

В результате неизбежного локального воздействия ионизирующего излучения (например, при злокачественных новообразованиях простаты), поражаются прилежащие ткани, в том числе и кости.

Костная ткань содержит больше кальция, из-за чего она поглощает на 30-40% больше облучения, чем другие близлежащие ткани. Соответственно, кость является более распространенным местом нежелательного повреждения при лучевой терапии.

Данные повреждения вызывают высвобождение цитокинов и инициацию реакций острого воспаления. Это приводит к повышенной проницаемости стенок сосудов, что приводит к отёку окружающих тканей. Также происходит разрушение клеток эндотелия в результате радиолитического распада воды, что впоследствии приведёт к снижению тромборезистентности и тромбозу сосудов. В дальнейшем возникает нарушение васкуляризации костей, приводящее к затруднению дальнейшего заживления и вызывающее, в конечном итоге, повышенную хрупкость и вероятность повторного воспаления при местном повреждении.

Также отмечается, что даже при облучении небольшими дозами вызываются нарушения в трабекулярном слое кости. Это обусловлено повышенной активностью остеокластов и одновременным её снижением у остеобластов.

Проявляются данные изменения такими патологическими состояниями как остеопороз (до 40% случаев), в результате уменьшения массы трабекулярного слоя. Возможно также развитие остеонекроза с вероятностью до 30% вследствие нарушения трофики.

Отдельно следует отметить повышенный риск развития вторичных злокачественных опухолей костной ткани из-за прямого воздействия ионизирующего излучения на генетический аппарат клеток.

Данные осложнения, развивающиеся при применении лучевой терапии, могут иметь обратимый эффект. Однако возможно и развитие патологических состояний, приводящих к снижению качества жизни пациента.

Выводы: Лучевая терапия имеет преимущества при лечении злокачественных новообразований различной этиологии. Это даёт возможность добиться высокого эффекта при лечении. Но стоит также учитывать её продолжительные негативные последствия.

Агарков А.В., Киреев А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Цель исследования: уменьшение болевого симптома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов за счет включения в систему комплексного лечения внутрисуставного введения озono-кислородной смеси.

Материал и методы: под нашим наблюдением находилось 60 взрослых больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов с ограничением функции и болевым синдромом. Мы распределили больных по полу: мужчин - 23 человека, женщин - 37 человек. Степень болевого синдрома оценивалась по данным визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). Распределение по локализации заболеваний: преобладающее число пациентов было нами обследовано с поражением коленного сустава.

Результаты и обсуждение: у обследуемых нами больных не отмечается травм в анамнезе, а также врожденных аномалий развития крупных суставов. Последние 30 календарных дней больные не принимали гормональные препараты в таблетированном и инъекционной форме. Характерной жалобой являлась боль в области сустава, усиливающаяся при незначительных нагрузках, наблюдалось ограничение функции. Нами применялась следующая схема лечения: в сустав вводилось 20 мл озono-кислородной смеси концентрацией 11 мг/л, 5 введений на курс лечения (с интервалом не менее 2 дней); с применением стандартного комплексного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний. На первый день лечения у пациентов с сильной болью по шкале ВАШ (7-10 баллов), на фоне инъекции озono-кислородной смеси, болевой симптом уменьшился до 3-4 баллов. Пациенты с проявлением лёгкой и умеренной болями по шкале ВАШ (1-3; 3-6 баллов) после первой инъекции отмечают снижение болевого симптома до 0-2 баллов.

После завершения курса лечения болевой компонент у пациентов с сильным болевым симптомом проявлялся на 1-2 балла, а у пациентов с лёгкой и умеренной болью – 0 баллов. С сильным болевым синдромом по шкале ВАШ курс имеет эффективность в течение 3-4 месяцев, с лёгким и умеренным – 6-8 месяцев.

Выводы:

1. По данным исследования мы видим, что применение комплексного лечения с внутрисуставным введением озono-кислородной смеси при ОА коленного сустава 2-3 ст. в течении 12 дней позволила добиться полного исчезновения болевого синдрома.
2. Введения в сустав 20 мл озона-кислородной смеси концентрацией 11 мг/л 1 раз через каждые 3 дня позволяет получить клинически выраженный обезболивающий эффект.

Агафонов В.Ю.

ООО Реабилитационный центр «XXI век»

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА СИМПТОМЫ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Цель: оценить снижение интенсивности боли по ВАШ пациентов с нейропатической болью в ходе курса реабилитации с применением нейродинамических упражнений направленных на воздействие периферических нервов.

Выборка 17 человек с нейропатической болью механического патогенеза, возраст пациентов от 31 до 42 лет, 65% женского пола 35% мужского пола.

Исследуемые были разделены на две группы, контрольная 8 человек, экспериментальная 9 человек:

Контрольная группа - получали стандартный комплекс упражнений на восстановление подвижности конечностей и мышечной силы.

Экспериментальная группа - получали нейродинамические упражнения.

В контрольной группе применялись упражнения с пассивным и активным движением в полную амплитуду, в прогрессию нагрузки использовалось постепенное увеличение веса гантелей и эластического сопротивления.

В экспериментальной группе пациенты получали нейродинамические упражнения, в которых по методике используется механическое дистальной и проксимальное скольжение периферического нерва.

При оценке эффективности применялись визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) и опросник DN4 для диагностики нейропатической боли.

Результаты исследования: у обеих групп отмечалось снижение сенсорной и моторной активности с болевым синдромом 5-6 баллов по ВАШ.

После применения реабилитационных мероприятий в объеме 12 дневного курса полученных в реабилитационном центре 6 сеансов и 6 сеансов домашних условиях. Контрольная группа боль по ВАШ снизилась до 4 баллов, отсутствие снижение симптоматики нейропатической боли. В экспериментальной группе интенсивность боли по ВАШ снизилась до 2-3 баллов, положительная динамика появилась в ощущение жжения пациенты описывали снижение симптома, улучшение с симптомах онемение и покалывание, пациенты отмечали более устойчивое снижение симптомов, улучшение общей симптоматики на 31%.

Выводы: можно подвести итог, что в применении нейродинамических упражнений у пациентов с нейропатической болью показали высокую степень значимости в процессе получения реабилитационных мероприятий, снижение боли по ВАШ на 67 %, снижение симптомов у экспериментальной по сравнению с контрольной группой.

Агафонова Е.И., Васильева А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ АУДИРОВАНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТОВОЙ МЕТОДИКИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Разрабатывая методику обучения аудированию, мы исходим из возможностей развития этого вида путем коммуникативных заданий, направленных на комплексное понимание текста. Общая цель аудирования – умение понимать устное сообщение при единичном предъявлении. В качестве конкретных целей рассматриваются: понимание смысла аудиотекста в полном объеме; понимание главной мысли; выборочное понимание изложенной информации аудиотекста согласно целевой установке. Объектом данного исследования стали оригинальные и частично адаптированные научно-популярные медицинские тексты монологического характера, поскольку обучающим доминантом устного говорения на втором этапе является монолог. Выбор нами второго этапа обучения объясняется тем, что студенты уже владеют полным опытом аудирования, а значит, сформированными элементарными умениями и навыками. Гипотеза эксперимента состояла в том, что эффективность обучения аудированию студентов можно значительно улучшить за счет применения тестовой методики. Цель эксперимента: формирование базовых аудиоумений и выявление эффективности серии текстов для контроля аудиоумений.

В ходе эксперимента решались следующие задачи: выявить соответствие созданной серии аудиотекстов основным предъявляемым к ним требованиям и внести соответствующие коррективы; уточнить обучающие требования к аудированию; установить эффективность системы упражнений для формирования аудиоумений; определить время для выполнения тестов; разработать соответствующий режим работы с текстами; установить соответствие тестов основным требованиям и улучшить их качество на основе экспериментального анализа. Следует отметить, что тестирование коммуникативной речевой компетенции осуществляется на большем лингвистическом контексте. Наиболее часто ставится задача определить общий смысл сообщения, иногда выясняется и понимание деталей. В силу того, что наша речь в письменной и устной форме характеризуется избыточностью, в сообщении может быть включено небольшое число незнакомых слов, значение которых выводимо по контексту. При соответствии вопросов и выборочных ответов к текстам для аудирования особое внимание уделяется их редакции: они должны легко восприниматься и не вызывать трудностей. Тестовые задания для контроля аудирования, в силу своей развернутости во времени, не дают тестируемым возможности вернуться к выборочным ответам заданий. Поэтому вопросы и выборочные ответы заданий должны быть лаконичны, просты и однозначны. Основным требованием к языковой форме текстов для аудирования является доступность для обучающихся, что обеспечивается градацией трудностей и постепенным и последовательным включением их в тексты. Объем текстов должен соответствовать психологическим возможностям обучающихся. Проблема стилистической соотнесенности текстов является немаловажной. Для тестирования понимания услышанного могут использоваться карты, планы и т.д. В зарубежных пособиях по тестированию в качестве средства тестового контроля аудирования часто рассматривается диктант. В последнее время проводятся исследования с целью выяснения возможностей использования тестовой методики дополнения, то есть применения текста, в котором с определенным интервалом опускаются слова. Обучаемые, руководствуясь общим содержанием текста, микроконтекстом и его грамматической формой, должны вставить пропущенное слово. Клоуз-процедура была разработана американским ученым У.Л. Тейлором для определения того, насколько этот текст интересен для читателя. Клоуз-тест может являться эффективным средством проверки понимания иноязычной речи на слух.

Вывод: анализ результатов тестовых заданий показал, что наиболее сложно сформировать умения определять фактическую информацию и умения отделять основную информацию

от второстепенной. Основными требованиями к аудиотесту являются: 1) тест должен иметь определенную цель и только с этой целью применяться; 2) тест должен соответствовать определенным критериям, адекватно удостоверенным в паспорте измерительного средства; 3) тестовые задания тематических тестов должны быть содержательно валидны, диагностически максимально информативны; 4) тест должен существовать в форме совокупности вопросов и заданий, обеспечивающих однозначность ответов испытуемых; тест должен включать задачу, требующую однозначного решения.

Ажикова А.К., Двирная Н.Р.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань
ГБУЗ АО «Областной клинический стоматологический центр», Астрахань

РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

На сегодняшний день в качестве эффективных средств коррекции патофизиологических состояний полости рта применяют средства природного происхождения. Главная роль отводится лекарственным средствам на основе действующих веществ растительного сырья, для которых характерны мультипотентная биологическая активность, низкая токсичность, отсутствие побочных аллергических реакций, возможность длительного применения ввиду отсутствия привыкания к компонентам растения. При этом интерес представляют растительные препараты, обладающие противовоспалительным, антибактериальным, противовирусными, антигрибковыми, иммуномодулирующими свойствами.

В комплексной терапии используют обезболивающие, антисептические, кератопластические средства. Значимость лекарственного растительного сырья для профилактики стоматологических заболеваний обусловлена способностью биологически активных соединений, находящихся в их составе, абсорбироваться через слизистые оболочки сразу в кровеносные сосуды, проявляя физиологическую активность и восстанавливая нарушенный гомеостаз.

На сегодняшний день в профилактике и лечении стоматологических заболеваний применяют различные отвары, настойки, мази, масла на основе растений. Биологически активные вещества, содержащиеся в лекарственных растениях, играют важную роль в поддержании здоровья зубов и десен. Так, например, экстракты ромашки аптечной (*Matricaria chamomilla*) или шалфея обыкновенного (*Salvia officinalis*), проявляют успокаивающие и противовоспалительные свойства. Эти соединения при ежедневном применении способствуют улучшению состояния полости рта, десен, уменьшению воспаления, отечности, гиперемии, но не являются профилактикой возникновения зубных отложений, так как ключевым остаётся правильный уход за полостью рта и проведение профессиональной гигиены врачом-стоматологом два раза в год. Эфирное масло шалфея эффективно при терапии корневого пульпита – в пульпе затухает острый воспалительный процесс, останавливается его переход в хроническую стадию.

Антибактериальный и фунгицидный эффекты оказывают средства на основе масла можжевельника (*Juniperus communis*). Биологическая активность обусловлена наличием в его составе таких терпенов (около 2,0 %), как камфен, кадинен, терпинеол, пинен, борнеол и смол (9,0%), комплекса микроэлементов (марганец, железо, медь), витамина С. Так, отвар из шишкоягод растения успешно применяется в виде полосканий при воспалительных процессах десен.

При пародонтите эффективными являются следующие эфирные масла: апельсина, Melissa, можжевельника, гвоздики, монарды, пихты, шалфея, бергамота, лаванды, чабреца, лимона, пачули, мяты, эвкалипта; при гингивите – пихты, аира, душицы, кедра, дуба и пр.; при стоматите – розы, шалфея, ромашки, облепихи и др.

Для укрепления эндотелия кровеносных сосудов применяют витамин С, содержащийся в цитрусовых и другой пище растительного происхождения, в виде инъекций в челюстно-лицевую область.

Кроме всего перечисленного, добавление в пищевой рацион твёрдых, свежих фруктов и овощей (яблоко, морковь и т.д) способствует естественной механической обработке и чистке зубов от слизистого налета.

Таким образом, комплексный подход к гигиене полости рта, включающий использование лекарственного растительного сырья с биологически активными веществами, правильное питание и регулярные медицинские осмотры, будет основой для укрепления здоровья зубов и десен на долгие годы.

Ажикова А.К., Самотруева М.А., Фельдман Б.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ КОЖИ И НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО

Нарушения гомеостаза организма опосредованы не только локальными, но и системными изменениями. Любой патологический процесс целесообразно рассматривать с позиции регуляторной дезорганизации на уровне молекулярно-клеточных взаимодействий. В настоящее время в научном сообществе сформировалось представление об инициации морфофункциональных нарушений в органах иммунной системы на фоне стрессорного фактора. Именно от функциональной морфологии селезенки и тимуса зависит становление гуморальной и клеточной иммунной защиты и адекватность иммунореактивности всего организма. Если рассматривать кожу и процессы, протекающие в ней, можно сделать вывод о системной регуляции, отражающейся на ее состоянии. Многочисленные исследования подтверждают наличие взаимосвязей между нарушениями органов иммунной системы и патогенезом нарушений кожи. Так, на фоне ожоговой травмы кожи запускается каскад физиологических реакций со стороны нервной, эндокринной и иммунной систем организма. Вместе с тем, в литературе нет полного представления об особенностях морфологической организации органов иммунной системы на фоне ожогового процесса кожи.

Целью исследования явилось изучение морфологической организации органов иммунной системы в условиях ожоговой травмы кожи и на фоне коррекции экстрактом травы Астрагала лисьего. Ожоговую травму моделировали в межлопаточной области спины белых половозрелых крыс-самцов: I группа – животные, не подвергшиеся ожоговому воздействию – интактные (n=10); II группа – животные, получавшие на фоне ожоговой травмы кожи внутрижелудочно и наружно изотонический раствор NaCl (n=10); III группа – животные, получавшие на фоне ожоговой травмы кожи аппликации и внутрижелудочное введение (сочетанное введение) экстракта травы Астрагала лисьего (n=10) в течение 21 дня.

В условиях ожоговой травмы кожи в селезенке крыс наблюдали нарушение гемоциркуляции, высокую степень разрастания соединительной ткани. Для большинства лимфоидных узелков характерно отсутствие герминативных центров и снижение числа мегакариоцитов. На фоне коррекции экстрактом травы Астрагала лисьего в селезенке крыс лимфоидные фолликулы имели нормальный диаметр, выявлены реактивный центр и краевая зона. В красной пульпе пульпарные тяжи не выражены. Венозные образования умеренно наполнены кровью, признаков гемолиза не обнаружено.

В ходе исследования выявлено, что на фоне ожоговой травмы кожи развивалась акцидентальная инволюция тимуса с разрозненным расположением тимоцитов в корковом веществе, сглаживанием кортико-медуллярной границы. Увеличение размеров клеток и ядер сопровождалось отеком междольковой стромы, расширением периваскулярных пространств с полнокровием кровеносных сосудов и очагами диапедеза эритроцитов. На фоне коррекции экстрактом травы Астрагала лисьего отмечали купирование деструктивных преобразований, повреждений капилляров и увеличение клеточной плотности лимфоцитов тимуса. Не зарегистрировано признаков жировой инфильтрации и очагов диапедеза эритроцитов.

Таким образом, полученные данные дополняют сведения о негативном влиянии ожогового воздействия на иммунную систему организма и свидетельствуют о том, что органы иммунной системы оказываются чувствительными к действию ожоговой токсемии, развивающейся в них. На наш взгляд, это связано с миграцией в кровеносное русло иммунокомпетентных клеток и вовлеченностью тимуса и селезенки в регуляторный и функциональный потенциал иммунной защиты на фоне ожоговой травмы кожи. Выявленные изменения морфологической организации органов иммунной системы (тимуса и селезенки) на фоне сочетанной коррекции экстрактом травы Астрагала лисьего свидетельствовали об его корригирующем иммунопротективном эффекте.

Ажикова А.К., Фельдман Б.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань

ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТНОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ-ПРОВИЗОРОВ НА КАФЕДРЕ БИОЛОГИИ И БОТАНИКИ АСТРАХАНСКОГО ГМУ

В настоящее время в высших учебных заведениях России особую роль приобретают современные методы обучения, направленные на оптимизацию компетенций обучающихся (студентов). Метод проектной деятельности занимает большое место в системе отечественного высшего образования. На кафедре биологии и ботаники ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России оптимизированы условия для эффективного обучения с применением проектной деятельности: разработаны видео-лекции, мультимедийные презентации, методические указания к практическим занятиям. Для будущих специалистов-провизоров подготовлены гербарии по систематическим группам, опубликованы учебно-методические пособия по всем разделам ботаники, фотографии растений Астраханской области, имеется комплекс микропрепаратов разных тканей и органов низших и высших растений.

Базовыми дисциплинами, закрепленными за кафедрой биологии и ботаники ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России в подготовке специалистов-провизоров являются «Ботаника», «Фармацевтическая экология», «Лекарственные и ядовитые растения Астраханской области», «Учебная практика по ботанике» и т.д. В ходе внедрения проектного обучения по указанным дисциплинам выявлены положительные стороны. Это проявляется в повышенном интересе со стороны студенческого сообщества к формированию исследовательского мышления и получению новых знаний по профильным дисциплинам. Основная цель проектного обучения - создать условия для развития навыков обучающихся на собственном опыте и опыте других в процессе разработки студенческого проекта. Так в ходе реализации практических занятий по дисциплине «Лекарственные и ядовитые растения Астраханской области», «Ботаника» «Биология» (раздел медицинской протозоологии и паразитологии) закрепляются знания по правилам оказания первой помощи при отравлениях растительными ядами, ядовитыми грибами или при проникновениях паразитов человека, а также по профилактике отравлений, паразитарных заболеваний и т.д.

При разработке проектов обучающиеся фармацевтического факультета взаимодействуют, повышая навыки коммуникативного мышления, степень исполнительности в рамках проекта, что послужит основой их дальнейшей активности в сотрудничестве. Кроме того, у участвующих в проекте появляется возможность самостоятельного планирования и управления проектированием, что позволяет им раскрыть свой потенциал и продемонстрировать персональные творческие способности. Важное значение в содержании проектных работ по ботанике имеет выбор растений региональной флоры, что позволяет изучить их химический состав и расширить спектр их физиологической активности. Исследование других тем естественнонаучной, экологической и медицинской направленности также имеет высокую практическую и клиническую значимость. Для обсуждения разработанных проектов на кафедре работает студенческий научный кружок. Кафедральная проектная деятельность по биологическим дисциплинам, кроме знаний, умений и навыков, предполагает комплекс биомедицинских и экологических ориентаций: экологическое мышление, приоритет применения региональной флоры в фармации и медицине, исследовательские навыки, научно-ценностные нормы, умение анализировать фармакологические эффекты лекарственных растений, проводить экспериментальные доклинические исследования по выявлению ранее не изученных свойств растений, подготавливать аналитические отчеты, обобщать результаты и делать выводы.

Таким образом, внедрение метода проектного обучения в образовательный процесс специалистов-провизоров на кафедре биологии и ботаники Астраханского ГМУ является перспективным, так как позволяет развить у обучающихся краеведческий интерес по исследованию региональной флоры и ее использованию в фармации и медицине, что послужит важным решением по импортозамещению лекарственных препаратов.

Азаб Хусейн, Перцова Ю.Г.

ГБУЗ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер», Луганск
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИКУЧИ-ФУДЖИМОТО В ЛНР

Актуальность. Некротизирующий гистиоцитарный лимфаденит (болезнь Кикучи – Фуджимото) – доброкачественная лимфаденопатия. Характеризуется благоприятным прогнозом и склонностью к спонтанному регрессу. У части пациентов заболевание рецидивирует. Диагностика затруднена из-за редкости заболевания и, соответственно, низкой настороженности врачей.

Цель исследования. Описать первый клинический случай синдрома Кикучи – Фуджимото в Луганской Народной Республике.

Материалы и методы. Пациент Х., 50 лет, в сентябре 2023 г. поступил в ургентном порядке в хирургическое отделение (по м/ж) с жалобами на резко болезненное опухолевидное образование в правой подмышечной области, отек, гиперемию окружающих тканей, выраженный болевой синдром, выраженное нарушение функции правой верхней конечности. Для уточнения диагностического алгоритма был направлен в ГБУЗ «ЛРКОД» ЛНР.

Полученные результаты. При обследовании в ГБУЗ «ЛРКОД» ЛНР проведено УЗИ периферических лимфоузлов (27.09.2023 г.) в правой подмышечной области определяются множественные л/узлы до 3 см в диаметре с сохранением кортико-медулярной дифференцировки (КМД), с утолщением кортикального слоя до 1,2 см в диаметре, кортикальный слой гипоехогенно-гидрофильный; слева подмышечные лимфатические узлы до 1,4 см с сохранением КМД; шейные лимфоузлы с обеих сторон до 1,2 см в диаметре, с сохранением КМД; паховые лимфоузлы с обеих сторон до 1,4 см с сохранением КМД. Заключение: подмышечный лимфаденит справа (гнойный?). Данных за лимфопролиферативное заболевание нет. Пациент был направлен для продолжения лечения по м/ж, где в условиях х/о проведено иссечение образования подмышечной области справа. Получено ПГЗ (12.10.2023 г.) – ткань в препаратах представлена плеоморфными клетками лимфоцитарного ряда с гиперхромными ядрами. Структура лимфатического узла в препаратах стерта. Заключение: злокачественная лимфома. Рекомендована консультация и пересмотр препаратов в патогистологической лаборатории ГУ «ЛРКОД» ЛНР с целью верификации диагноза. При консультации гистологических препаратов (17.10.2023 г.) структура исследуемых лимфатических узлов нарушена за счет пролиферации лимфоцитов различной степени зрелости с умеренно выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом, митотической активностью, распространением лимфоидной инфильтрации на прилегающие ткани. Заключение: Лимфопролиферативное заболевание. Больше данных за лимфосаркому. Рекомендовано проведение иммуногистохимического исследования. При ИГХ-исследовании с использованием антител к CD3, CD20, CD30, CD123, MPO. Рыхлые скопления представлены плазмоцитоподобными дендритическими клетками CD123+, незрелыми гистиоцитами (циркулирующими моноцитами) MPO+. Фолликулы CD20+ достаточно выражены, с наличием парафолликулярно и в паракортикальной зоне расположенных мелких В-клеток и крупных активированных В-клеток CD20+. Крупные активированные лимфоидные клетки и отдельные плазматические клетки экспрессируют активационный антиген CD30+. Паракортикальная зона очагово расширена, представлена преимущественно Т-клетками CD3+. Заключение: в лимфатическом узле/узлах данных в пользу лимфомы, в том числе, лимфомы Ходжкина не обнаружено. Морфологическая картина характеризует реактивные изменения, с морфологическими признаками болезни Кикучи – Фуджимото.

Выводы: Дифференциальный диагноз сложен, что может потребовать повторной биопсии и пересмотра первичного биоматериала. Если результаты гистологического исследования лимфатического узла, особенно в пролиферативной фазе, трактуются как поражение при злокачественной лимфоме, рекомендовано обязательное выполнение ИГХ исследования.

Айтжанова А.Е., Султанова Н.С., Бахтиева Д.Ж., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ПРЕИМУЩЕСТВА РОБОТОТЕХНИКИ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Введение: В сфере здравоохранения ведутся значительные научные исследования в области медицинской робототехники. Каждый день внедряются инновации, которые неуклонно ведут нас в будущее, где большинство задач будет выполняться автоматически или с помощью роботов. На сегодняшний день роботы, управляемые врачами, уже играют значительную роль в медицине. Возрастает потребность в менее инвазивных и более индивидуализированных процедурах. Сфера медицины находится на пороге фундаментальных изменений, что означает улучшение диагностики, сокращение времени ожидания, более безопасные и менее инвазивные хирургические вмешательства, улучшение показателей долгосрочного выживания и снижение уровня инфекций для всех.

Цель: Цели использования робототехники в уходе за пациентами включают улучшение качества медицинского обслуживания, повышение безопасности, поддержку мобильности, социальную поддержку, мониторинг здоровья, снижение нагрузки на медсестер и обеспечение доступности медицинских услуг.

Материалы и методы: Наиболее широко используемым методом в медицине является роботизированная хирургия. Роботизированная хирургия представляет собой минимально инвазивный тип хирургического вмешательства, при котором используется роботизированная система для помощи хирургу во время операции. Робот управляется хирургом через консоль в операционной комнате. Во время роботизированной хирургии на теле пациента делаются небольшие разрезы, через которые вводятся роботизированные руки, к которым прикреплены хирургические инструменты. Роботизированная система обеспечивает хирургу более высокую точность, гибкость и визуализацию по сравнению с традиционными хирургическими методами, что позволяет выполнять хирургические процедуры более точно и эффективно. Роботизированные устройства помогают пациентам восстанавливать подвижность, силу и координацию после травм, хирургических вмешательств или других медицинских состояний. Роботизированные устройства приобретают всё большее значение в физиотерапии, поскольку они способствуют более быстрому и эффективному восстановлению пациентов по сравнению с традиционными методами терапии. Несмотря на то, что роботизированные устройства дороги и могут не подходить всем пациентам, они предлагают перспективный новый подход к реабилитации и восстановлению. Будущее медицинской робототехники сулит большие перспективы для трансформации медицинских услуг и улучшения результатов лечения пациентов.

Результаты: В 2021 году использование роботов для помощи пожилым людям в Японии сократило количество госпитализаций на 30%, а внедрение роботов для доставки лекарств в больницах США сократило время на 50% и количество ошибок на 0,2%. В Узбекистане, в хирургическом отделении Ташкентской медицинской академии, после внедрения роботизированного контроля реабилитации вероятность осложнений после операции снизилась на 15%.

Заключение: Робототехника в здравоохранении продолжает развиваться наряду с достижениями в области машинного обучения, анализа данных, компьютерного зрения и других технологий. Все типы роботов продолжают совершенствоваться, чтобы выполнять задачи автономно, эффективно и точно. В сотрудничестве с технологическими провайдерами и исследователями Intel ведется работа по изучению решений следующего поколения в робототехнике. От роботизированной хирургии до ухода за пациентами и медицинских исследований роботы революционизируют способы оказания медицинской помощи, приводя к улучшению результатов для пациентов и успехам в медицине.

Акбарова Г.Х., Мамасолиев Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Актуальность. Физические упражнения могут продлевать функцию зон роста длинных трубчатых костей (бедра), задерживать срастание эпифизов и диафизов костей и, таким образом, увеличивать рост тела. В то же время интенсивные силовые упражнения способны ускорять процесс окостенения зон роста костей и замедлять их рост в длину. Отмечается влияние физических упражнений на процесс биологического созревания. Спортивная гимнастика, требующая интенсивных скоростно-силовых нагрузок, задерживает половое созревание.

Цель исследования. Нашей целью является изучить физической нагрузки различной интенсивности на формирование вторичных половых признаков и гормональный статус девочек в подростковом возрасте. Каждый свойственный данному организму биологический процесс не находится в стационарном состоянии, а колеблется с определенной частотой. По продолжительности различают, например, циркадные циклы, и инфрадианные, типичным примером которых служит менструальный цикл (МЦ).

Ключевые слова: спорт, биологическое созревание, менструальный цикл.

Материалы и методы. Нарушений менструальной функции у спортсменок выявляли, применив анкетного опроса которое содержит несколько пунктов и подпунктов, где указывается паспортные данные, антропометрические показатели с учетом антропометрических индексов, сведения о менструальном цикле. Из 135 спортсменок в возрасте 13-16 лет занимающихся с различными видами спорта (гимнастика, ручной мяч, плавания, баскетбол, волейбол) - спортивных гимнасток отмечены нарушения менструальной функции в 86,7 % (аменорея первичная или вторичная, нерегулярные МЦ), в плавания - в 57,1 %. Изменяется и общее состояние на протяжении менструального цикла (МЦ).

Результаты: Большом проценте случаев спортсменки указывают на увеличение раздражительности в предменструальной (45 %) и менструальной (36 %) фазе. В эти фазы девушки отмечают повышение утомляемости в 46,5 % и 58 % (соответственно). У девочек в процессе полового созревания продолжаются, формируется, вторичные половые признаки и наиболее четким показателем наступления половой зрелости является, возраст наступления первой менструации - менархе. Специалисты считают задержку менархе как показатель задержки полового развития.

Выводы. 1. Физические упражнения оказывают положительное влияние на все основные системы организма и тем самым способствуют укреплению здоровья.

2. Наряду с благоприятным действием на здоровье человека физические упражнения при несоблюдении требований занятием спорта могут принести вред.

Алабдулла Д.С.А., Романов М.Д.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Спонтанный пневмоторакс – это патология, которая известна много лет, но до настоящего времени тактика ведения пациентов вызывает непрекращающиеся дискуссии. Проблема актуальна, так как эта патология наблюдается в основном среди людей трудоспособного возраста, при этом среди них до 80% мужчин в возрасте до 30 лет. При разрешении спонтанного пневмоторакса только методом дренирования плевральной полости или торакоцентеза без радикального оперативного вмешательства частота рецидива достигает 50-83%.

Одной из самых частых причин спонтанного пневмоторакса является буллезная болезнь легких, которая диагностируется чаще всего при возникновении осложнений и, к сожалению, при физикальном обследовании во время диспансеризации, а также при рутинном флюорографическом исследовании не выявляется. Нередко происходят ошибки в установке клинического диагноза при латентном или скрытом течении заболевания, так как нет специфической, присущей только этому заболеванию клинической симптоматики. Пациенты при небольшом объеме пневмоторакса принимают боль в грудной клетке за неврологическую или сердечную патологию, лечатся самостоятельно приемом анальгетиков и обращаются за медицинской помощью уже при наличии осложнений.

По клиническим рекомендациям основными показаниями к хирургическому лечению при спонтанном пневмотораксе являются рецидивирующий пневмоторакс и продленный сброс воздуха (более 72 часов) при дренировании плевральной полости.

В отделении торакальной хирургии ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» с 01.01.2020 по 01.01.2023 г. получали лечение 47 больных со спонтанным пневмотораксом, которые составили 3% из всех поступивших пациентов с торакальной патологией. Среди них было 5 пациентов, при дальнейшем углубленном обследовании которых после расправления легкого, в том числе при МСКТ органов грудной клетки не были выявлены признаки ни буллезной эмфиземы, ни отдельных булл или блебов. В данных наблюдениях причиной возникновения спонтанного пневмоторакса явились отдельные спайки между париетальной и висцеральной плеврой, которые привели к разрыву висцеральной плевры во время приступа кашля. Рецидив спонтанного пневмоторакса был у 29 пациентов, у 3 из них во время предыдущей госпитализации по поводу пневмоторакса наблюдался продленный сброс воздуха по дренажам.

Дренирование плевральной полости было выполнено 45 больным (95,7%), пункционный метод лечения оказался эффективным только у 2 пациентов (4,3%) со спонтанным пневмотораксом. Двум пациентам с низким уровнем комплаентности дренирование плевральной полости дополнили химическим плевродезом тальком через дренажную трубку. После расправления легкого пациенты были переведены на амбулаторное лечение и дообследование для выполнения операции в плановом порядке. Резекция легкого с последующей обработкой париетальной плевры электрокоагуляцией выполнена у 32 больных (70%), остальные пациенты по разным причинам отказались от предложенной радикальной операции, переведены на диспансерное наблюдение в поликлинику к терапевту (пульмонологу при наличии) по месту жительства.

Учитывая высокий риск рецидива спонтанного пневмоторакса после первичного расправления легкого путем пункции и/или дренирования плевральной полости, при негативном настрое пациентов на радикальную операцию следует проводить в данной группе больных химический плевродез через дренажную трубку.

Александров Е.И., Каминский А.Г., Александров И.Н., Поварич К.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ РАНЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Распространенность хронического катарального гингивита среди пациентов разных групп риска выявляется в 90,0-100,0% случаев. Одну из ключевых позиций занимает микробный фактор, из-за чего происходит возникновение воспаления в десне и приводит к дальнейшему развитию и прогрессированию заболеваний пародонта. Применение противовоспалительных гигиенических средств при проведении лечебно-профилактических мероприятий тормозит воспалительные процессы в десне. Поэтому, необходимость совершенствования лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение и дальнейшее прогрессирование заболеваний пародонта у пациентов разных групп риска, является актуальной.

Цель исследования – изучение влияния гигиенических мероприятий при хроническом катаральном гингивите у военнослужащих с раневыми поражениями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 55 военнослужащих с хроническим катаральным гингивитом, находящихся на лечении в челюстно-лицевом отделении ЦГКБ № 1 г. Донецка с минно-взрывными поражениями челюстно-лицевой области. Основную группу составили 40 пациентов, контрольную группу – 15 пациентов. Обследование проводили до- и после проведения лечебно-гигиенических мероприятий. Пациентам проводилось исследование гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта. Для этого использовали индекс гигиены Грина-Вермиллиона и индекс РМА (%). Для гигиены полости рта в основной группе применялась зубная паста «Mexidol dent Aktiv» (Российская Федерация, ООО «НПК «ФАРМАСОФТ»», г. Москва) и одноименный ополаскиватель полости рта той же фирмы-производителя на основе активного компонента мексидол (производное янтарной кислоты), который обладает антиоксидантным, противовоспалительным и антимикробным действием, что даёт основание, применять его при воспалительных процессах тканей пародонта. Обработка данных проводилась с использованием программы Excel'2007. Статистически значимые различия параметрических показателей оценивались с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что у пациентов обследованных групп происходило ухудшение гигиенического состояния полости рта и пародонта. Так, в основной группе индекс гигиены полости рта составил $1,88 \pm 0,15$ баллов, и был неудовлетворительным. Этот показатель в контрольной группе состав $1,83 \pm 0,12$ баллов ($p < 0,05$). Степень воспаления десен по индексу РМА в основной группе составил $43,6 \pm 1,17\%$, в контрольной группе соответственно $41,8 \pm 1,15\%$ ($p < 0,05$).

Анализ состояния гигиены полости рта и пародонта у пациентов основной группы после проведенного лечения свидетельствовал о положительном влиянии разработанных лечебно-профилактических мероприятий. Так, в основной группе индекс гигиены составил $1,16 \pm 0,01$ баллов, и снизился в 1,6 раза; индекс РМА составил $16,8 \pm 2,00\%$, и снизился в 2,6 раза ($p < 0,05$). В контрольной группе, где проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, индекс гигиены после лечения составил $1,27 \pm 0,01$ баллов, и снизился в 1,4 раза; индекс РМА составил $23,7 \pm 2,70\%$, и снизился в 1,7 раза ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования подтвердили данные об ухудшении гигиены полости рта и пародонта у данных пациентов. Применение зубной пасты «Mexidol dent Aktiv» и одноименного ополаскивателя полости рта на основе мексидола (производное янтарной кислоты) эффективно, и может применяться для индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с хроническим катаральным гингивитом.

Александровская В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

**ВУЗОВСКИЙ КУРС ФИЛОСОФИИ: МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ
ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛАССИЧЕСКОЙ ДИАЛЕКТИКИ**

Актуальность. Потребностью современного научного знания является его общенаучное методологическое обеспечение. Статус общенаучной методологии познания и всеобщего метода имеет диалектический материализм. Этот статус подтвержден научно – физикой, кибернетикой, информатикой, синергетикой, микроэлектроникой, квантовыми науками, химией, биологией, физиологией, генетикой, экологией, психологией, медициной, социально-гуманитарными и др.

Цель исследования. Показать фундаментальную, универсальную связь медико-биологических наук с общенаучной методологией диалектического материализма.

Материалы и методы. В работе использованы: классическое наследие диалектического материализма, его связь с биологией и медициной, а также отношение к нему известных ученых – биологов, физиологов, медиков.

Результаты исследования. В процессе изучения материала была установлена самая прямая и имманентная связь философии, биологии и медицины: биология является третьей формой материального мира (наряду с физическим, химическим и социальным мирами) – объектом философского познания. Эту связь когда-то высоко оценил Гиппократ: «Врач-философ Богу подобен».

Данная связь философии и биологии диалектична и многоаспектна. Например, для диалектического материализма вечное движение материи и ее форм (физической, химической, биологической, социальной) – это единая, целостная, организованная система. В материальном мире и в концептуально-отражающей его диалектике движение – первейшее его свойство с механизмами развития, изменения и обобщения, связи и взаимодействия всего со всем. По этому вопросу Ф. Энгельс писал в «Диалектике природы»: «Материя без движения так же немыслима, как и движение без материи». В соответствии с данным качеством материального мира движение в биоорганизме – это процессы роста, развития, старения, размножения, регенерации – связаны с обменом веществ, непрерывным превращением вещества в энергию и т.п. Биологическая форма движения материи охватывает все жизненные процессы. Психическое движение – это интеллектуальное развитие, движение мысли, развитие разума, формирование смыслов, психо-эмоциональное движение и т.п. Нейрофизиолог П.К. Анохин на этой основе показал диалектику интегративных процессов в биоорганизме и создал «Теорию функциональных систем». Эти системы он считал единицами интегративной деятельности организма, а сама теория – это модель системной взаимосвязи в организме. Далее, К.В. Судачков доказал, что каждая функциональная система организма с помощью нервной и гуморальной регуляции избирательно объединяет различные органы и ткани для обеспечения полезных для организма приспособительных результатов. Нейрофизиологи доказали, что в этой интегративной деятельности первое место занимает мозг, работающий по диалектической схеме «анализ-синтез». Поэтому, деятельность мозга в диалектической терминологии (в курсе философии) так и называется – «аналитико-синтетическая деятельность мозга». И.П. Павлов писал: «Выживаемость организма зависит от степени его приспособления к окружающей среде. Она тем выше, чем совершеннее свойство анализа и синтеза». То есть, КГМ осуществляет аналитико-синтетическую деятельность. Например, условный рефлекс проходит через ряд стадий, главные из которых – генерация (синтез) и специализация (анализ). Доказано, что модель системной деятельности КГМ – это высшая форма его аналитико-синтетической деятельности, осуществляющей диалектику взаимосвязи и взаимодействия в биоорганизме. В биоорганизме даже есть «прямой представитель» связи и взаимодействия от всего универсума (живой материи) – это соединительная ткань, управляющая по отношению к функциям рабочих клеток органов и участвующая в количественно-качественных механизмах биоорганизма.

Выводы. Во-первых, диалектико-материалистическая методология познания и все науки, в том числе и медико-биологические, взаимосвязаны как общее и специфическое, целое и часть; во-вторых, в настоящее время на основе методологии диалектического материализма развиваются все науки, а в медико-биологическом направлении формируются «Теория общей патологии», «Системная интегративная медицина» и др.; в-третьих, синтез методологии диалектического материализма и медико-биологического направления науки усиливает необходимость профилизации преподавания философии в медвузе и методологического формирования клинического мышления врача.

Александровская В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ БИНАРНОСТЬ – ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ МАТЕРИАЛЬНОГО МИРА

Актуальность. В общенаучной (диалектической) методологии познания материя имеет четыре формы своего движения – физический мир, химический мир, биологический мир и общественный мир. В основе этой морфологии лежит диалектическая бинарность как фундаментальная основа существования мироздания.

Цель исследования. На научной основе представить бинарное функционирование всех четырех форм материального мира.

Материалы и методы. Используются теория и методология диалектического материализма, специальные медицинские знания и осуществлен их синтез.

Результаты исследования. Бинарные существования мироздания – это универсальный научно-доказанный фактор, зафиксированный и концептуально- оформленный первым законом диалектики. Противоположная (разнонаправленная) векторность бинарной структуры говорит о противоречивом двойственном основании зарождения живого. Поэтому первый закон диалектики есть фундаментальная этиологическая теория, изучающая это противоречивое начало всего сущего в природе, обществе, сознании (психике).

Приведем примеры бинарного существования материи по всем ее формам. В физическом мире: частица-античастица, электро-протон, материя-антиматерия, гравитация-антигравитация, симметрия-асимметрия и др.; в химическом мире: лекарство-яд, оксиданты-антиоксиданты, синтез-распад, катаболизм-анаболизм, пробиотик-антибиотик, ассимиляция-диссимиляция, алкалоз-ацидоз и др.; в биологическом мире: наследственность-изменчивость, врожденная-приобретенная, гомогенность-гетерогенность, хроматин-ахроматин, генотип-фенотип, гомозигота-гетерозигота и др.; в гистологии: митоз-амитоз, слияние-деление (клетки), экзокринный-эндокринный (железы) и др.; в анатомии: однополюе-двуполюе, убыстрение-замедление (полового созревания), возрождение-отмирание, супинаторы-пронаторы и др.; в физиологии: возбуждение-торможение, разрушение-регенерация, распад-синтез, отторжение-приживание и др.

Общественный мир - социальная сфера: изгой-лидер, социальный-антисоциальный, война-мир, интеграция-дезинтеграция, регресс-прогресс, антагонистический-диалектический и др.; экономическая сфера: производство-потребление, капиталист-трудящийся, прибыль-зарплата, угнетение-свобода и др.; идеологическая сфера: патриот-предатель, разрушительный-созидательный и др.; политическая сфера: зависимость-независимость, глобальный-локальный, демократизм-тоталитаризм и др.; правовая сфера: убийца-жертва, ложь-истина, правовое-неправовое (сознание) и др.; культурная сфера: культура-бескультура, уважение-неуважение, жесткий-мягкий, хамство-порядочность, воспитанный-невоспитанный и др.

К этому можно добавить виды бинарного действия организма: противоречивая регуляция сахара в крови (β -клетки – α -клетки), противоречивая регуляция кальция в крови (клетки окощитовидной – щитовидной железы), противоречивая выработка соляной кислоты (обкладочные – гастриновые клетки), противоречие в свертывании крови (тромбоциты – гепарин), противоречивая деятельность аппарата почек (гипертензивный – гипотензивный эффект) и др.

Нематериальный (идеальный) мир: материя-сознание, физическое-психическое, любовь-ненависть, агрессия-спокойствие и др.

Выводы. Изучение общенаучной (диалектико-методологической) и специальной (медико-биологической) литературы позволило нам сделать ряд выводов: во-первых, весь материальный мир – это целостная (единая) система, в основе которой лежит бинарная матрица, противоречивая структура которой служит уравнивающим основанием для его существования; во-вторых, обобщение научных данных требует профилизации преподавания философии в вузах (в том числе и медицинских); в-третьих, синтез философского и медицинского знаний является единственной возможностью качественного преподавания философии в медицинском вузе на сегодняшний день.

Александровская В.Н., Боцан Е.В., Куликова Н.В., Кучковая Я.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАЛЕКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ – ПРИНЦИП ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕТОДОЛОГИИ ПОЗНАНИЯ

Актуальность. Современный научный прогресс основывается не только на открытии частно-научных методов исследования, но и на их синтезе и обусловленности общенаучной методологии познания, вершиной которой является диалектический материализм.

Цель исследования – показать, что в основе научных достижений, в том числе биологии и медицины, всегда лежала методология диалектического материализма.

Материалы и методы. В работе использованы теория диалектического материализма, ее подтверждение разными науками, ее место в открытиях физиологии и медицины.

Результаты исследования. Взаимодействие – универсальный (от слова «универсум») принцип движения и развития материального мира, Космоса, Вселенной. Это касается всех четырех его форм – физического мира, химического мира, биологического мира, общественного мира. Причем взаимодействие охватывает все эти структуры (или «структурные уровни бытия») и обеспечивает качественное и целостное состояние живого, воздействие предметов друг на друга и их взаимообусловленность, взаимопереходы и изменение состояний, порождение одного объекта другим и т.д. В диалектико-материалистической методологии указывается, что именно взаимодействие первым бросается в глаза при рассмотрении любых объектов и явлений движущейся материи.

Например, в физике – электромагнитное взаимодействие между ядром и электронами (создает структуру атома); в естествознании – взаимодействие связано с материальными полями и сопровождается переносом материи, движения и информации; в биологии исследуются энергетические и информационные взаимодействия на различных уровнях (молекулярном, клеточном, организменном, популяционном, видовом, биоценозном); в обществе информационное взаимодействие между людьми и природой – это основа существования самого общества и человека (в социальной сфере взаимодействие осуществляется от локального до глобального уровня человечества); духовный мир организуется людьми через смысловые взаимодействия (психологические, нравственные, эстетические, культурные и т.п.).

В физиологии и медицине доказано, что биоорганизм (биосистема) нормально функционирует при наличии такого взаимодействия, как обратная связь. В свою очередь считается, что система имеет обратную связь, если она: может перестраиваться и изменяться под действием полученной информации, управлять системой и устранять различия между заданным и действительным состоянием. В этом направлении работали отечественные нейрофизиологи И.М. Сеченов, И.П. Павлов, Н.Е. Введенский, А.А. Ухтомский и их последователи (К.В. Судаков и др.). Диалектико-материалистический принцип взаимодействия они показали в открытой или рефлекторной природе психических процессов, в том, что психика – это система активного взаимодействия под влиянием окружающего мира. Они указали механизм этого взаимодействия: рефлекторный процесс, который начинается с восприятия раздражителя, продолжается нервными процессами КГМ и заканчивается ответной деятельностью организма. Именно под названием рефлекса это понятие отражает взаимосвязь и взаимодействие организма и внешнего мира, а также причинную зависимость работы мозга от объективного мира через посредство практических действий человека. К этому можно добавить, что у человека временные взаимосвязи образуются не только от воздействия реальных предметов, но и от словесных раздражителей (нервные мозговые механизмы включаются в анализе и синтезе раздражителей, которые, попадая в КГМ включаются в сложную систему связей на основе прошлого опыта).

Выводы. Во-первых, взаимодействие – это механизм реализации объектов и их свойств; во-вторых, любая теория – это, прежде всего, познание форм взаимодействия объектов, систем, явлений; в-третьих, диалектика взаимодействия – это принцип фундаментальной методологии познания, подтверждением которого является открытие теории рефлекса в физиологии и др.

Александровская В.Н., Куликова Н.В., Боцан Е.В., Кучковая Я.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ОБЩЕНАУЧНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ПОЗНАНИЯ

Актуальность. Одним из основных векторов развития современных наук является их обращение к фундаментальному знанию, усиливающаяся актуализация применения ими общенаучной методологии познания.

Цель исследования. Раскрыть объем и содержание понятия фундаментальной общенаучной методологии познания и его применения в современных науках.

Материалы и методы. Достижение поставленной цели осуществлялось нами на основе следующей логики: а) понятие «общенаучная методология познания» было идентифицировано как фундаментальная теория и методология диалектического материализма; б) проработана фундаментальная общенаучная методологическая литература и изучено расширенное ее применение в современных науках и медицине: М.Э. Омеляновский. Современная физика и диалектический материализм (1964); М. Бунге. Философия физики (1975); М. Рьюз. Философия биологии (1977); Н.Г. Басов. Квантовая электроника и философия (1985); В. Гейзенберг. Философия и физика (1989); Я.М. Черняев. Химия и мировоззрение (2017); Д.С. Саркисов, М.А. Пальцев, Н.К. Хитров. Общая патология человека (1993, 2019) и др.

Результаты исследования. Изучение специальной диалектико-материалистической и медицинской литературы позволило уяснить ряд вопросов на примере теории общей патологии.

Создавая на протяжении 200 лет теорию общей патологии ее авторы изначально исходили из того, что современная им наука «философична» более, чем когда-либо, что история общей патологии изменяет мировоззрение (С.М. Лукьянов, 1895). В настоящее время утверждается, что общая патология – алгебра медицины, ее философия (Д.С. Саркисов, 1993). Философия – понятие широкое и многообразное, но ее сердцевиной является диалектический материализм (диалектическая логика познания). Именно диалектический материализм стал фундаментальной общенаучной методологией и всеобщим методом познания. Все науки развиваются именно на этой фундаментальной основе. В этом качестве диалектический материализм представляет три структуры в общенаучной методологии познания: принципы познания, законы познания и диалектические категории познания. Это позволяет диалектическому материализму на фундаментальном уровне осуществлять ряд методологических операций – обобщения, синтеза, связи и взаимодействия, целостности, любых явлений универсума, их систематизацию, раскрывать причинность, их генез и эволюцию и др.

Основываясь на диалектической матрице как всеобщем методе познания, теория общей патологии изначально решала следующие задачи с проявлениями болезней: а) синтезировала их; б) сводила их к минимальному числу (метод обобщения); в) выявляла их типовые процессы; г) систематизировала болезнь как общность явлений, обязательных при любых заболеваниях и составляющих их сущность и т.п.

Так, диалектический метод познания позволил выделить в структуре общей патологии наиболее общие закономерности патологических процессов; главные их черты, лежащие в основе болезней, независимо от вызвавшей ее причины, индивидуальных особенностей организма, специфических условий окружающей среды, методов исследования (клинических, морфологических, функциональных). Это позволило сгруппировать систему типовых общепатологических процессов (дистрофии, атрофии, гипертрофии, воспаление, регенерации, нарушения кровообращения), теоретических взглядов в отношении этиологии и патогенеза болезней человека.

Диалектический принцип целостности (единства) позволил советскому нейрофизиологу П.К. Анохину сформировать «Теорию функциональных систем» биоорганизма, а затем создать К.В. Судакову «Функциональные системы организма», дополнив их кибернетическими механизмами саморегуляции, самоорганизации и самовоспроизводства.

Законы диалектики в теории общей патологии осуществляют фундаментальную методологическую функцию: I закон «Противоречия» (как причины, этиологии) представлен антагонистической регуляцией функций как важнейшим механизмом поддержания гомеостаза; II закон «Развития» (патогенеза) явился механизмом рекомбинаций (компенсаторно-приспособительных реакций, качественных изменений в живых системах); III закон «Эволюции» рассматривает болезни в их историческом развитии (от бессимптомного до клинического периода и до выздоровления).

Выводы. Решение поставленных задач и достижение цели позволило сделать ряд выводов: во-первых, фундаментальная общенаучная методология познания (диалектический материализм), является всеобщей методологической матрицей дальнейшего развития современных наук; во-вторых, использование всеми науками диалектико-материалистической методологии познания не может оставить в стороне и медико-биологические науки, о чем свидетельствует формирование на основе диалектического материализма теории общей патологии, исследований физиологии и др.; в-третьих, актуальность синтеза всеобщего метода познания всеми науками не вызывает сомнения и требует своего дальнейшего применения и развития.

Александровская В.Н., Кучковая Я.В., Куликова Н.В., Боцан Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИНЦИП СВЯЗИ В ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕТОДОЛОГИИ ПОЗНАНИЯ

Актуальность. Одной из актуальных методологических проблем современных частных наук является их развитие на основе фундаментального общенаучного знания. К такому знанию относятся и принципы диалектики, в частности, принцип связи.

Цель исследования. Изучить и представить принцип связи в материальном мире и отражающем его диалектическом материализме.

Материалы и методы. Изучена фундаментальная и специальная литература, выделены основные понятия, показаны и подтверждены всеми науками механизмы действия принципа связи в неживой и живой материи.

Результаты исследования. Принцип связи – исходный фундаментальный принцип методологии диалектического материализма. Впервые философы обратили внимание на понятие связи после выхода в свет в 1948 г. книги основателя кибернетики Н. Винера (1894-1964) «Кибернетика, или Управление и связь в животном и машине». Основная идея этой работы оказалась дальнейшим современным развитием фундаментальной сущности диалектического материализма. Кибернетика уточнила и конкретизировала пути и механизмы развития связи в живых системах – саморегуляции, самоорганизации и самовоспроизводства (в биоорганизмах от клеточного до организменного уровня).

На основе достижений кибернетики диалектический материализм концептуализировал проблему связи, вывел ее на уровень универсума (всех форм материи – физической, химической, биологической, общественной) и предал ему фундаментальное значение. В методологии диалектического материализма был сделан вывод – в основе материи лежит механизм связи, а любые явления материи – результат всеобщий, универсальный (от слова «универсум») связи. В методологии диалектического материализма появился фундаментальный принцип «материального единства мира». В дальнейшем ряд наук – биофизика, биохимия, физическая химия, химическая физика, генетика – экспериментально подтвердили всеобщую связь как «единство материального мира». По словам Г. Лейбница, Вселенная – это океан, малейшее движение в котором отзывается на самом отдаленном расстоянии («эффект бабочки»).

В дальнейшем диалектический материализм как общенаучная теория определил связь, как: а) глубинную (фундаментальную) зависимость между явлениями, их взаимообусловленность, существование и развитие; б) указал ее всеобщий характер (хотя материя и дискретна, в универсуме все взаимодействует со всем); в) универсальный способ объединения всех явлений материальной и идеальной реальности в единое целое.

Методология диалектического материализма обозначила многообразие типов и видов связей в материи, определяя их в зависимости от организации материи – двух форм неживой материи (физический и химический миры) и двух форм живой материи (биологический и общественный миры). Например, в неорганической природе – это механические, физические и химические связи (колебания частиц твердого тела могут быть только коллективными); в живой природе – более сложные связи (биологические – внутриорганизменные, внутривидовые, межвидовые и их связь с окружающей средой); в обществе – связи еще более сложные (производственные, распределительные, государственные, социальные, национальные, семейные, межличностные и др.).

Человеческий организм надо рассматривать с точки зрения связей: функциональных (многосторонних), генетических (всегда односторонних и развивающихся от прошлого к будущему), внутренних и внешних. Гравитационные связи – это связь космических объектов; заряд ядра атома – это связь в системе элементов; в обществе потребности и интересы связывают людей.

Выводы. В результате достижения поставленной цели мы пришли к ряду выводов: во-первых, принцип связи – исходный фундаментальный принцип диалектической методологии познания; во-вторых, связь – базовое начало материального мира; в-третьих, использование принципа связи в частнонаучном знании – это методологическая необходимость его дальнейшего развития.

Александровская В.Н., Папков В.Е., Муханова И.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВУЗОВСКИЙ КУРС ФИЛОСОФИИ: КИБЕРНЕТИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛАССИЧЕСКОЙ ДИАЛЕКТИКИ

Актуальность. Развитие современных наук происходит на основе своих экспериментальных данных и в рамках методологии диалектического материализма. В диалектическом материализме развитие – вечно и неостановимо, осуществляется на уровне явления и сущности объекта (системы) любой материальной природы, его формы и содержания, возможности и действительности, пространства и времени, необходимости и случайности, целого и части и т.п. Современные науки подтверждают, дополняют и корректируют диалектику. Это характерно и для кибернетики.

Цель исследования. Показать кибернетические интерпретации классических концепций диалектики.

Материалы и методы. Изучена академическая литература по диалектике: К. Маркс, Ф. Энгельс «Капитал» (Собр. соч., т. 20, 23); В.И. Ленин «Материализм и эмпириокритицизм» (Собр. соч., т. 18); Р.Ф. Абдеев «Философия информационной цивилизации» (1994); В.И. Пернацкий «Основные законы диалектики» (1981); А.Г. Спиркин «Философия» (1988) и др.; определены современные научные интерпретации диалектики; произведен сравнительный анализ классических диалектических идей и идей современной кибернетики; показана взаимодополняемость всеобщего (диалектического) и частно-научного (кибернетического) методов познания их концептуальным развитием.

Результаты исследования. Изучение специальной литературы позволило нам зафиксировать следующие инновации в развитии современной кибернетики.

Прежде всего, кибернетика сформулировала новую диалектическую закономерность, иначе интерпретируя три классических закона диалектики. Так, классическая диалектика утверждает, что она образует и детерминирует систему и процесс ее развития в целом, не нуждаясь в дополнении новыми законами. Кибернетика же полагает это утверждение «недоразумением» на основании следующих аргументов: а) сама диалектика есть фиксация вечного развития с ускорением темпов, с явлениями насыщения, нелинейностью процессов; б) в развитии появляются новые закономерности, не детерминируемые тремя законами диалектики; в) в дополнение к этому кибернетика выявила «сходимость процессов самоорганизации», что привело к пониманию идеи «нелинейного развития», а также «нелинейного возрастания уровня организации системы»; г) кибернетика напомнила, что развитие (эволюция) имеет механизм отбора и накопления информации, обеспечивающих совершенствование внутрисистемных связей, рост отражательной способности объекта (системы), а также повышение эффективности взаимодействия с внешней средой.

Кибернетика сформулировала свое понимание внутренних противоречий объекта, которые, как известно, считаются «ядром диалектики». В диалектике источник развития – внутреннее противоречие, кибернетика утверждает, что источником развития объекта могут быть и внешние противоречия, а внутренние могут ослабляться. Диалектика полагает, что по мере развития организации объекта противоречия развиваются и усиливаются (например, социальные противоречия более жесткие, чем биологические, получают антагонистические характеристики и действуют по принципу «Кто кого»). Кибернетики полагают, что в развитии системы имеет место «Закон об ослаблении внутренних противоречий развивающейся системы по мере повышения уровня организации ее структуры, по мере и вследствие целенаправленного накопления информации, совершенствования внутрисистемных связей и оптимизации управления» и др.

Выводы. Во-первых, кибернетический подход, хотя и носит дискуссионный характер, он подтверждает всеобщность диалектических законов и основывается на диалектическом принципе «Материального единства мира»; во-вторых, кибернетический метод – это современное развитие теории и методологии диалектического материализма; в-третьих, синтез диалектического (как всеобщего) метода познания и кибернетического (как частно-научного) – путь развития науки вообще.

Александровская В.Н., Папков В.Е., Муханова И.Ф., Волошинская Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФИЛОСОФИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНТЕГРАЦИИ И ПРАГМАТИЗАЦИИ АКАДЕМИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Актуальность формирования целостного восприятия пациента как личности, уязвимой для той или иной болезни, а не вычленении болезни на фоне некоторой абстрактной персоны обобщенного пациента, представляется крайне важным, требующим специальных психолого-педагогических методов и усилий, интегрирующих разрозненные академические области и клинические специальности в некую целостно-прагматическую позицию будущего врача (Папков В.Е., 2020). Студенты медицинского университета на первом курсе видели перед собой человека в статусе недифференцированной целостности, в случае болезни, подверженной ущербу или угнетению неким болезнетворным агентом. В дальнейшем, в процессе изучения дисциплин на отдельных кафедрах в сознании учащегося этот единый индивидуум (сущность организма) распадается на множество сущностей, органов и систем, как разрозненную совокупность тканей, клеток и их структур. И на это изучение вполне справедливо тратиться более 90% времени всего обучения. Позже, уже на клинических кафедрах, те же предметы академических дисциплин оказываются объектами приложения диагностических усилий узких специалистов, рассматривающих эти, вычлененные из контекста единого организма «органы» как самостоятельные сущности, выявление состояния которых и есть, по сути, цель того или иного специалиста. Так, к примеру, в гастроэнтерологии предметом является пищеварительная система человека, в гинекологии – репродуктивная сфера, как бы оставляя за скобками иные сферы и органы, точно так же как, например, проктология или кардиология и другие клинические специальности. Для подавляющего большинства студентов такие сущности как «желчь», «желчный пузырь», «двенадцатиперстная кишка», «запор», «грушевидная мышца», «малый таз», «мочеполовая сфера» в их представлении никак между собой не связаны и не имеют взаимной обусловленности. Вместе с тем, для логики клинического мышления представляется крайне важным взаимное проникновение семантических структур этих отдельных и аналитически разобренных в академическом преподавании сущностей. Все это разделение в век углубленной специализации, безусловно, имеет веские обоснования и оправдания. Но, как показывает опыт работы уже состоявшихся специалистов, их успехи зачастую связаны именно с подходом к сущности заболевания и его лечению, как к болезни целостного человека, пациента как личности, когда болезнь рассматривается не сама по себе, а как проблема единого организма человека - индивидуума и персоны. Значение формирования клинического мышления у студентов медицинского вуза для становления личности врача является очевидным и не подлежащим сомнению, что, однако, противоречит основной структуре предметного преподавания академических и клинических кафедр, когда целостность пациента как личности, нуждающейся в помощи, сводится к механической агрегации органов, тканей и систем. Интеграция чаще всего понимается как некая инновация, что, в свою очередь, предполагает внедрение некоего постороннего фактора в целостность объекта. Однако, еще в греческой античности понимали интеграцию несколько иначе, интеграция у греков предполагает восстановление целостности из разрозненных частей тела. Однако, термин «интеграция» в этом контексте, указывает не просто на «восстановление», что следовало бы трактовать синонимично, но на такое восстановление, когда те или иные части, некогда живого и целостного организма, начинают функционировать как его неотъемлемые части, образующие не просто агрегацию или даже ансамбль, но прежде всего, совокупную единораздельную целостность.

Философия же позволяет выстроить понятийно-логические схемы, на которых основана интегративная логика клинического мышления, преодолевая дезинтеграцию в академически структурированном педагогическом процессе, давая возможность будущему врачу интегрировать, то, что было в свое время в его мышлении аналитически «разорвано». Иначе говоря, способствовать трансформации их студенческого аналитического «академического» мышления в мышление клиническое или прагматическое.

Алешин Е.В., Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОЗДЕЙСТВИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА

Актуальность. Одним из определяющих факторов взаимосвязи активности иммунитета является интенсивность нагрузки. Обычно интенсивность можно разделить на 3 категории - слабая, средняя и высокая, в зависимости от энергетических затрат.

Регулярная физическая активность и упражнения могут снизить иммунное старение, и что активный образ жизни с большей вероятностью будет полезен, чем вреден для иммунной функции.

Цель исследования. Иммунологические методы исследования включали определение количества субпопуляций лимфоцитов с помощью моноклональных антител, лизосомальную активность нейтрофилов, определение иммуноглобулинов в сыворотке, циркулирующих иммунных комплексов, общей гемолитической активности комплемента.

Результаты и обсуждение. Иммунная система – это комплекс органов и клеток, способных выполнять иммунологические функции. Прежде всего иммунный ответ осуществляют лейкоциты. Большая часть клеток иммунной системы происходит из кроветворных тканей. У взрослых людей развитие этих клеток начинается в костном мозге. Лишь Т-лимфоциты дифференцируются внутри тимуса (вилочковой железы). Зрелые клетки расселяются в лимфоидных органах и на границах с окружающей средой, около кожи или на слизистых оболочках.

Последствия влияния физических нагрузок на иммунную систему человека могут быть разнообразными. После физической нагрузки увеличивается количество лейкоцитов, однако их функциональная активность заметно снижается, супрессии подвергается антиген-презентирующая способность макрофагов, наблюдается депрессия NK-клеток, снижается число Т-лимфоцитов, подавляется пролиферативный ответ лимфоцитов на Т-митогены, происходит исчезновение иммуноглобулинов из крови или слюны.

Грамотно спланированный тренировочный процесс позволяет ускорить синтез белка не только в мышцах, которые участвовали в тренировочном процессе, а и во всем организме тренирующегося. На ускорение синтеза белка в клетке влияют четыре основных фактора: присутствие в клетке свободных аминокислот, концентрация в крови анаболических гормонов; увеличенная концентрация в мышцах креатина и ионов водорода.

Выводы. Адекватная физическая нагрузка оказывает положительное влияние на состояние здоровья человека и способствует укреплению иммунной системы, чрезмерные же нагрузки могут привести к нарушению гормонального баланса, тем самым вызвать негативные процессы в организме.

Алешин Е.В., Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ- СПОРТСМЕНОВ

Введение. Военные действия на территории Донецкой Народной Республики продолжают значительный период времени, вследствие чего большинство населения находится в состоянии хронического психолого-социального стресса, который характеризуется обострением соматических и хронических заболеваний практически всех жизненно-важных систем организма (нервная, пищеварительная, сердечно-сосудистая, иммунная, и. т. д.). Вынужденный уход студентов на дистанционное обучение существенно от 10 до 50% снизил двигательную активность, значительно понизил стрессовую устойчивость и саморегуляцию организма.

Цель исследования. Выделить принципы и методологию создания индивидуальных программ питания с учетом особенности региона проживания и влиянием стрессовой ситуации.

Результаты исследования. В результате анкетирования студентов-спортсменов Донецкого государственного медицинского университета по вопросам организации и по суточному рациону питания были получены данные, которые свидетельствуют о значительном на 20.5 % увеличении объема потребляемой пищи, в основном мучных и кондитерских изделий при снижении на 25% величины энергозатрат, что приводило к повышению веса (ожирению) и к обострению соматических и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной, иммунной системы и саморегуляции организма студентов

Анкетирование показало, что структура и режим традиционного (домашнего) питания не обеспечивает физиологические потребности студентов-спортсменов в поддержании метаболического фона в процессе развития работоспособности и специальной (анаэробной) выносливости.

Можно выделить следующие задачи, решаемые с помощью питания:

- Обеспечение достаточного количества калорий, питательных веществ, микроэлементов и витаминов в зависимости от конкретных задач на данном этапе;
- Активная и нормализация метаболических процессов с использованием биологически активных пищевых веществ и добавок;
- Увеличение или уменьшение (а иногда поддержание в неизменном состоянии) массы тела;
- Изменение состава тела, увеличение доли мышц и уменьшение жировой прослойки;
- Создание оптимального гормонального фона, позволяющего предельно реализовать физические возможности и добиться максимального результата.

Для создания индивидуальных рационов питания необходимо учитывать основные медико-биологические принципы: принцип энергетического баланса, соблюдение режима питания, принцип рационального и сбалансированного питания, систематичность питания, адекватность питания в зависимости от факторов природы и ситуации, правильное дозирование энергозатрат.

Выводы. Основным и наиболее доступным гигиеническим средством, которое обеспечивает укрепление здоровья спортсменов и способствует эффективному восстановлению физической работоспособности в процессе выполнения задач этапа подготовки, являются: рациональный суточный режим, специализированное питание, психогигиена и пр. Что обосновывает разработку основных положений подпрограммы с учетом этапа и специфики тренировочного процесса, а также необходимости коррекции пищевого рациона спортсменов. Исследования показали необходимость создания индивидуальных карт питания спортсменов для улучшения соматического физического состояния, повышения работоспособности и восстановления.

Алешин Е.В., Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ – ВТОРАЯ ПРОФЕССИЯ ВРАЧА

Актуальность. Образование является новой ступенью в общей системе высшего образования, предполагает не просто участие в процессе обучения, а его дальнейшую интеграцию в социально-профессиональную субъектную деятельность. Новое понимание интеграции в высшем образовании имплементируется как бинарность подходов: получение образования студентами уже с навыком практической деятельности, так как спортивная медицина является имманентным разделом науки о физическом воспитании, помогая обосновывать оптимальные двигательные режимы для разных контингентов населения, методы спортивной тренировки и повышения спортивного мастерства, предупреждения травматизма, соматического здоровья и реабилитации.

Результаты исследования. Дуальное обучение (ДО) предусматривает получение не только теоретических знаний в процессе освоения образовательных программ в высшем учебном заведении, но и практических знаний, умений и навыков в реальной учебно-образовательной среде адаптивной физической культуре. За довольно большой промежуток времени накопился целый ряд проблем: дефицит медицинских и педагогических кадров, возросла необходимость инновационного обучения; довольно устаревшая материально-техническая база учебных организаций; оторванность работодателей от системы образования; низкое соответствие подготовки кадров; низкий рейтинг медицинских и физкультурных специальностей. Также отмечается острая нехватка профессиональных медиков и физкультурных педагогов-организаторов.

Дуальному обучению под силу решить все эти вопросы, в том числе повысить рейтинг медицинских и педагогических специальностей благодаря их востребованности.

Цель спортивной медицины, реабилитации и адаптивной физкультуры содействовать рациональному использованию средств и методов физической культуры и спорта для гармонического развития человека, сохранения и укрепления его здоровья, повышения работоспособности и долголетия.

Молодая Донецкая Республика остро нуждается в специалистах, обладающих современными знаниями и в совершенстве владеющих технологиями подготовки широких масс молодежи. Уровень подготовки спортивных врачей, педагогов, тренеров в вузах медицинского и спортивного профилей не в полной мере отвечает требованиям современного спорта, что определяет проблему вопроса подготовки специалистов, имеющих знания как в области тренировочного процесса, так и спортивной физиологии, фармакологии, диетологии, психологии, генетики.

Выводы. Задача медицинского образования – это повышение уровня знаний по спортивной медицине, внедрение компетентностного подхода, и требует существенного пересмотра содержания образования, методов обучения и оценочных систем.

Необходимо реформировать систему образования для того, чтобы студенты получали действительно полезные и актуальные знания. Понятно, что процесс реформирования образовательной системы может занять значительное время и для решения задачи потребуются привлечь множество ресурсов.

Алибеков И.М., Коротина М.С., Гаджимурадова А.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут;
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3», Сургут

СЕПТОПЛАСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Введение. Искривление носовой перегородки составляет до 22,4% всей назальной патологии, встречающейся в практике ЛОР-врача. Истинная распространенность проблемы намного выше, что обусловлено большим числом субклинических вариантов патологии. По данным разных авторов, деформации перегородки носа встречаются у 58,5-90% людей, но многие пациенты не догадываются о наличии такой проблемы. За последние 20 лет частота заболеваний носа и околоносовых пазух возросла в 10 раз, что обуславливает важность ранней диагностики и коррекции анатомических назальных аномалий.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» (далее СГКП №3) г. Сургута. С каждым годом обращение пациентов к ЛОР врачу с жалобами на затрудненное носовое дыхание, постоянное использование деконгестантов, храп в ночное время и головные боли – увеличивается. Ежегодно с 2010 г. в дневном стационаре СГКП №3 широко применяются эндоскопические методы для диагностики и хирургического вмешательства при оториноларингологической патологии.

По данным за последние 3 года на базе ДС СГКП №3 было проведено операций по поводу ЛОР патологии – 1328, из них ринологических - 1056 (79,5%), непосредственно на септопластику пришлось – 329 операций (24,7%).

Результаты исследований. Отделение дневного стационара СГКП №3 располагает оснащенным операционным блоком, палатами для индивидуального послеоперационного ведения, процедурным и перевязочным кабинетами, необходимым набором эндоскопического оборудования и инструментарием для проведения операций.

Первичный отбор больных на плановую хирургическую операцию проводят врачи оториноларингологи отделения. Для плановой предоперационной подготовки, пациенты проходят предоперационное обследование и медикаментозную подготовку на догоспитальном этапе по месту жительства после первичной консультации врачей - оториноларингологов дневного стационара «СГКП №3». Для определения возможности планового оперативного лечения в амбулаторных условиях в дневном стационаре «СГКП №3» разработан четкий перечень показаний и противопоказаний.

Все пациенты после эндоназальной хирургии в раннем послеоперационном периоде находятся под наблюдением в условиях дневного стационара до выписки, где проводятся ирригационно-элиминационная терапия полости носа, перевязки и т.д. Дальнейшее наблюдение и послеоперационное ведение в периоде до 10 дней проводится амбулаторно.

После выписки из дневного стационара, даются рекомендации для наблюдения по месту жительства, с последующими наблюдениями у врача дневного стационара через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. Что позволяет нам наблюдать пациента в послеоперационном периоде на всех этапах восстановления после оперативного вмешательства.

Выводы:

В результате правильного дооперационного и послеоперационного ведения больного после эндоназальной хирургии и при соблюдении пациентом всех рекомендаций, назначенных лечащим врачом, сокращаются нежелательные послеоперационные осложнения (в виде синехий, сухости, корочек полости носа и т.д.), восстанавливается функция носа в полном объеме и улучшается качество жизни пациента.

*Алибеков И.М., Краснов Е.А., Москалев В.А., Межитов Р.Е., Аджигайтканов С.М.,
Окасов Р.Р., Нифонтова М.С., Чинарев Д.С., Коротина М.С.*

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут;
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ В СОЧЕТАНИИ С АНТРИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение:

Отоантрит — сочетание острого гнойного воспаления среднего уха с воспалительным процессом в пещере сосцевидного отростка (антруме).

Этиологическим фактором возникновения отоантрита является также патогенная микрофлора, которая явилась причиной острого среднего отита. Наиболее часто это *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus hemolyticus*, *Haemophilus influenzae*. Местными факторами, благоприятствующими развитию отоантрита, являются возрастные особенности: повышенное кровоснабжение кости, широкий вход в антрум, быстрое развитие отека слизистой при воспалении, незрелость мерцательного эпителия слуховой трубы, приводящая к задержке воспалительного экссудата в барабанной полости.

Клиническое наблюдение:

Пациент А. 49 лет, находился на стационарном лечении в Сургутской клинической травматологической больнице с 08.04. по 11.04.2024г. с диагнозом: острый гнойный средний отит слева, отоантрит. Вторичный энцефалит в нижней извилине левой височной доли. После консультации ЛОР врача направлен на госпитализацию в БУ СОКБ на оперативное лечение.

При поступлении состояние пациента средней степени тяжести, сознание ясное. При обследовании нарушений общего состояния не выявлено, органы грудной и брюшной полости были в пределах возрастной нормы. ОАК, Б/хАК и ОАМ без отклонений.

Результаты инструментальных исследований: МРТ головного мозга (амбулаторно) от 05.04.2024г: МРТ-картина очага деструкции в сосцевидном отростке левой височной кости с деструкцией верхней костной стенки, распространением процесса на височную долю мозга и формированием отечно-воспалительного процесса в мозговом веществе (картина характерная для острого гнойного мастоидита, осложненного церебритом).

Локальный статус

Ушная раковина слева: кожный покров физиологической окраски, при пальпации безболезненная, заушная область — кожный покров физиологической окраски, мягкие ткани без особенностей, пальпация и перкуссия р.mastoideus - безболезненная, переходная заушная складка сглажена, оторрея – нет. Отоскопия слева: Наружный слуховой проход - кожный покров физиологической окраски, широкий, свободный, барабанная перепонка — гиперемирована, выбухает, целая, опознавательные знаки смазаны. справа Слуховой паспорт слева 6,0 м РР 5,0м 6,0м ШР 3,0м без латерализации W без латерализации R+ R R+ не укорочено Sch не укорочено

На основании данных анамнеза и клинической картины больному выставлен диагноз: Основной: Острый гнойный отит слева. Отоантрит слева. (H70.0). Осложнение основного: Вторичный энцефалит в нижней извилине левой височной доли (G05.0)

Учитывая клиническую картину, данные анамнеза и инструментальных исследований 11.04.2024г. пациенту выполнено экстренное оперативное лечение в объеме санирующая антромастотомия слева под ЭТН. В антрум установлен силиконовый дренаж №1,4. На левое ухо наложена асептическая повязка. В раннем послеоперационном периоде пациент отмечает дискомфорт, незначительную боль в области прооперированного уха. На левом ухе асептическая повязка скудно пропитана раневым отделяемым.

В послеоперационном периоде: кожный покров физиологической окраски, при пальпации безболезненная, заушная область — кожный покров физиологической окраски, мягкие ткани слегка пастозные, в заушной области слева шовная линия, без признаков воспаления, нагное-

ния, диастаза краев, через фиксированный силиконовый антродренаж - скудно сукровичное раневое отделяемое, пальпация и перкуссия р.mastoideus - безболезненная, оторрея – нет.

16.04.2024г выполнена Магнитно-резонансная томография головного мозга:

Заключение: МР- картина крупного очага в левой височной доле, учитывая анамнез вероятно поствоспалительные изменения.

На седьмой день после операции в заушной области слева шовная линия, без признаков воспаления, нагноения, диастаза краев, через фиксированный силиконовый антродренаж - раневого отделяемого нет. дренаж удален, пальпация и перкуссия р.mastoideus - безболезненная, оторрея – нет.

Проведена телемедицинская консультация 17.04.2024г с нейрохирургом СКТБ:

Заключение: По данным МРТ-головного мозга положительная динамика. У больного признаки энцефалита. Нейрохирургическое лечение не показано.

По данным клинических и биохимических анализов крови данных за острый воспалительный процесс нет, по данным МРТ головного мозга положительная динамика. Очаговое изменение в головном мозге может сохраняться продолжительное время.

Учитывая отсутствие очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков, общемозговой симптоматики в стационарном лечении и в переводе в неврологическое отделение не нуждается. Пациент выписан под динамическое наблюдение врача-оториноларинголога, невролога в поликлинику по м\ж.

Выводы:

Залогом благоприятного результата лечения пациентов с острым гнойным средним отитом и его осложнениями является своевременное обращение к ЛОР врачу и правильный выбор тактики планового и экстренного оперативного лечения с использованием высокотехнологичных современных медицинских технологий.

*Алибеков И.М., Нохрин А.В., Чухманова Г.В., Чухманов П.В., Жусупов У.Д.,
Троцко Н.А., Назаров А.А., Нефедова Л.К., Федотова Ю.М., Алексеев В.В.,
Борзиев Р.С., Коротина М.С.*

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут;
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Лангепасская городская больница», Сургут

ОПТИМИЗАЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ БУ ЛАНГЕПАССКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА

Введение:

С октября 2021 года по май 2023 года оперировано 230 пациентов (мужчин –150, женщин–80), операций более 230 в условиях круглосуточного стационара под ЭТН и местной анестезии, с применением современного видео-эндоскопического оборудования, микродебридера, радиохирургии, инструментария.

Оториноларингологическая патология несмотря на развитие современных технологий, пропаганду здорового образа жизни и применяемые меры профилактики, остаются одними из самых распространенных на сегодняшний день. В условиях Севера Западной Сибири их количество значительно возрастает, учитывая неблагоприятные климатические факторы. Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний составляет около 14 %.

Внедрение малоинвазивных современных технологий для оказания медицинской помощи населению, является одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и доступности особенно специализированной медицинской помощи.

Цель работы: Внедрение в практику современных методов лечения пациентов при оториноларингологической патологии.

Материалы и методы:

Лангепасская городская больница – поликлинический отдел и стационар располагает необходимым оборудованием и инструментарием в начальном этапе для консультативного осмотра, диагностики, отбора пациентов на операцию и выполнения хирургических вмешательств при оториноларингологической патологии (преимущественно при патологии носа и околоносовых пазух) в круглосуточном стационаре под ЭТН с применением современного видео эндоскопического комплекса и оборудования.

Стационар располагает прекрасной, современной операционной с предоперационной, оснащенными палатами, полным набором видеоэндоскопического оборудования и инструментарием для проведения операций преимущественно с патологий носа и околоносовых пазух.

Перечень ринологических операций проводимые с применением малоинвазивных видео-эндоскопических технологий: Иссечение доброкачественных образований носа; Полипэктомия носа; Полипэтомидотомия носа; Подслизистая конхотомия нижних носовых раковин; Конхоплексия нижних носовых раковин; Вазотомия носовых раковин; Сегментарная резекция носовой перегородки; Циркулярная резекция носовой перегородки; Резекция носовой перегородки с аутопластикой хряща; Иссечений синехий носовой полости; Дакриоцисториностомия; Микрогайморотомия; Риносептопластика (коррекция внутриносовых структур) по мед.показаниям; Репозиция костей носа; Удаление кисты носа и околоносовых пазух.

Все операции проводятся в сопровождении анестезиологической бригады под эндотрахеальным наркозом и местной анестезией (в некоторых случаях) учитывая объем, длительность операций, медицинские показания и желание пациента.

Отбор больных на операцию проводился по строго отработанной схеме – перечню показаний и противопоказаний (относительных и абсолютных), предоперационному обследованию и подготовке (медикаментозным и клиническим исследованиям).

Результаты:

За 3 года оперировано 230 пациентов. Мужчин 150(60.3%), женщин 80(59,6%)

Выводы:

Организована и внедрена плановая специализированная оториноларингологическая помощь населению г. Лангепаса и других ЛПУ ХМАО по мере обращения.

Одновременно выполняются нескольких операций (одному и том уже пациенту) при патологии носа и околоносовых пазух с применением видео эндоскопического оборудования и инструментария не снижая качество хирургического лечения.

*Алибеков И.М., Пилипенко А.А., Краснов Е.А., Москалев В.А., Межитов Р.Е.,
Чеченов Х.Х., Сыщенко М.А., Горковец Е.Г., Коротина М.С., Пшеничная Т.П.*

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В ХМАО-ЮГРЕ

Введение:

Хронический гнойный средний отит (далее ХГСО) – это хроническая инфекция среднего уха со стойкой перфорацией барабанной перепонки, сопровождающаяся отореей более 3 недель. (По определению ВОЗ).

Заболеваемость ХГСО в мире составляет 4,76 случаев (от 1,7 до 9,4) на 1000 населения, из которых 22,6% - дети младше 5 лет. Распространенность ХГСО в России колеблется от 2,6 до 39,2 случаев на 1000 взрослого населения или 0,8-1% среди всего населения. (ВОЗ).

Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний жителей г. Сургута по итогам 2023 года составляет 13,9%. По ХМАО структура та же. Среди пациентов с ЛОР-патологией, которым оказывают помощь в ЛОР-стационарах, 5,7—7% страдают ХГСО. Среди всех хронических заболеваний ЛОР-органов на ХГСО приходится до 4,8% пациентов.

Материалы и методы исследования:

Собраны данные о пациентах с хроническим средним отитом на базах БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургута и БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск.

В работу включались пациенты с диагнозом хронический средний отит (Н66.1, Н66.2, Н66.4 хронический туботимпанальный средний отит и хронический эптитимпаноантральный отит и гнойный средний отит), направленные на плановую и экстренную госпитализацию в условиях круглосуточного стационара БУ СОКБ г. Сургута.

Всего обратившихся за помощью пациентов с хроническим средним отитом по данным СОКБ за последние 3 года (2021-2023гг.) выявлено 131 человек. Из них пациенты, направленные на экстренную госпитализацию, составили 20 человек (15,3%), в это число входит 5 детей. На плановую госпитализацию направлены 111 человек (84,7%), из них 1 ребенок. Хирургическая активность круглосуточного стационара СОКБ по поводу хронического отита представлена слухоулучшающими и слуховосстанавливающими оперативными вмешательствами (151 и 48 соответственно). Высокотехнологичная медицинская помощь, связанная с заболеваниями среднего уха за 2021-2023 годы, составила 195 операций.

По данным БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница», за последние 3 года (2021-2023 гг.) с заболеваниями уха экстренно было госпитализировано 135 человек. Хирургическая активность по поводу операций на ухе составила 257, из них на радикальную операцию на среднем ухе пришлось 7 человек (2,8%), на антромастотомию 27 человек (10,5%), на тимпаноластику I и II типа + санирующая операция 144 человека (56%), на тимпаноластику с радикальной операцией 10 человек (3,9%), на поршневую стапедопластику 69 человек (26,8%). Из общего кол-ва операций Высокотехнологичная медицинская помощь составила 223 операций.

Результаты исследований:

Представленные показатели заболеваемости и лечения пациентов с хроническим средним отитом по г. Сургуту и г. Ханты-Мансийску показывают важность учета клинических и анамнестических данных, правильной интерпретации полученных результатов, правильного выбора тактики лечения и своевременного направления на плановое и экстренное оперативное лечение с использованием современного высокотехнологичного медицинского оборудования (видеоэндоскопическое, микроскопическое, соответствующим набором инструментария

и силовой техники для микрохирургических операций), в стационарах, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

Выводы:

1. Залогом благоприятного результата лечения пациентов с хроническим средним отитом является соблюдение всех правил маршрутизации и своевременная постановка на диспансерный учет таких пациентов.

2. Правильный выбор тактики планового и экстренного оперативного лечения с использованием высокотехнологичных современных медицинских технологий.

Ал-Окби А.Х.М., Киреева Е.М.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ ИРАК

На настоящее время абсцесс легкого остается актуальной проблемой пульмонологии и торакальной хирургии во всем мире по многим причинам. Вовремя не диагностированный абсцесс легкого может привести к тяжелым осложнениям, таким как эмпиема плевры и бронхоплевральный свищ, кроме того существует высокий риск перехода острого абсцесса в хроническую форму, лечение которого в основном хирургическое при отсутствии противопоказаний. Смертность от этого заболевания может достигать 15-20%. Пациенты с абсцессами легких длительное время получают стационарное лечение, за которым следует длительная реабилитация на амбулаторном этапе. Все это время пациент нетрудоспособен, что негативно сказывается на социальной и экономической сферах. Осложненные формы нагноительных заболеваний легких в некоторых случаях вынуждают прибегать к хирургическим методам лечения, например, при эмпиеме плевры, легочном кровотечении, при переходе в гангрену легкого. Абсцессы легких часто приводят к хроническим заболеваниям легких, таким как бронхоэктазии, и могут сопровождаться рецидивирующими или персистирующими инфекционными осложнениями других локализаций. В дальнейшем при наличии данного заболевания существует высокий риск развития хронической сердечной недостаточности и легочной гипертензии.

Нами было проведено сравнение групп пациентов с острыми абсцессами легких, проживающих в России и в Ираке, изучены состав групп, в том числе по гендерной принадлежности, возрасту, клиническим особенностям, результатам обследования, лечения и исходам заболевания.

Так, нами обнаружены существенные различия по гендерному составу пациентов с абсцессами легких: среди лиц Европейского населения контингент женщин в среднем составляет не более 30%, а среди жителей Республики Ирак – более 55%. Данные различия, вероятно, связаны с национальными особенностями быта жительниц Республики Ирак, которые при приготовлении используют печь-тандыр, во время использования которой выделяется большое количество копоти, которая и поражает дыхательные пути, систематически повреждая слизистую дыхательных путей, в том числе и снижая активность местного иммунитета. Существенной разницы по возрасту, клинике, методам и результатам исследований, частоте осложнений и исходам заболевания мы не выявили.

По результатам бактериологического исследования содержимого абсцесса легкого у жителей Республики Ирак в 90% случаев высеивали микробные ассоциации. Из анаэробных бактерий в содержимом абсцессов легких преобладали грамотрицательные бактерии, грамположительные анаэробные стрептококки и микроаэрофильные стрептококки. Из аэробных микроорганизмов наиболее часто встречались также, как и у больных, жителей России: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes pneumonia*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenza*, *Escherichia coli*.

В обеих странах пациентам с абсцессами легких назначают комбинированное лечение, включающее санационную бронхоскопию, системную антибактериальную, муколитическую, противовоспалительную и дезинтоксикационную терапии, средства, улучшающие реологические свойства крови, а также физиотерапевтическое лечение. Трансторакальное дренирование с санацией гнойного очага в легком проводится при периферической локализации гнойников и недостаточной эффективности консервативного лечения с использованием санационной бронхоскопии для купирования гнойного эндобронхита, как в Российской Федерации, так и в Республике Ирак.

Ал-Рубайе М.В.С., Киреева Е.М., Романов М.Д.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Для большинства операций на открытом сердце золотым стандартом хирургического доступа является метод срединной стернотомии. Ежегодно в мире проводится более 300 миллионов операций, и в течение первого месяца у 15% пациентов наблюдается хотя бы одно послеоперационное осложнение. Целевые показатели общего объема кардиохирургических операций, выполненных по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, составляют 40,2 для стран с низким уровнем дохода, 55,1 для стран с уровнем дохода ниже среднего и 86,1 оперативных вмешательств на 100000 населения в год для стран с уровнем дохода выше среднего. Угрожающие жизни воспалительные осложнения после открытых операций на сердце являются тяжелыми и потенциально фатальными последствиями, приводящими к стойкой утрате трудоспособности и высокой частоте летальности.

Наиболее частыми осложнениями операций на открытом сердце в Европе являются: фибрилляция предсердий, которая наблюдается в 20-40%, острые повреждения почек – в 10-30%, острые нарушения мозгового кровообращения – в 1,5-3% случаев. Стерномедиастинит встречается в 0,25 - 5% от всех осложнений, несмотря на совершенствование методов его профилактики и лечения.

Одной из причин развития острого стерномедиастинита является несостоятельность стернальных швов и последующим инфицированием, данное осложнение по данным русскоязычных исследователей составляет 0,4-6,0%. Основными факторами риска развития стерномедиастинита являются сахарный диабет, ожирение, хроническая обструктивная болезнь легких, двухсторонняя пластика с использованием внутренней грудной артерии, снижение иммунитета, хроническая болезнь почек.

У пациентов группы риска смертность при развитии послеоперационного медиастинита достигает 14 - 47%. Инфекция мягких тканей и костных компонентов грудной стенки характеризуется локальным гнойным воспалением, склонным к распространению и хроническому течению, а также частыми рецидивами, которые приводят к инвалидизации пациентов.

В отделении торакальной хирургии ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» с 01.01.2020 по 01.01.2023 г. получали лечение 20 пациентов со стерномедиастинитом, 4 (20%) из которых были госпитализированы с рецидивом заболевания после проведенного хирургического лечения – резекции грудины и патологически измененных окружающих тканей. Всем им были выполнены ранее АКШ и МКШ на открытом сердце по поводу нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда. Сроки предоперационной подготовки (медикаментозное лечение, санация гнойного очага с целью уменьшения воспалительного процесса) и послеоперационного периода в стационаре в среднем составили $48,2 \pm 4,6$ дней. Использование вакуум-ассистированной терапии послеоперационной раны у 12 (60% из 20) пациентов позволило сократить сроки госпитализации на $4,6 \pm 0,6$ суток ($p < 0,05$) по сравнению с традиционной схемой лечения.

Стерномедиастинит продолжает оставаться грозным осложнением после открытых операций на сердце и сопровождается большой частотой рецидивов, стойкой утратой трудоспособности и затратами на лечение. Вакуумная терапия имеет определенные преимущества перед традиционным ведением послеоперационных ран.

Альборова Р.М., Анаева Л.А., Анаева Ф.М., Борукаева И.Х.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Анемия широко распространена среди пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получающих любые виды заместительной почечной терапии (ЗПТ), однако наибольшее число больных с анемией наблюдается на программном гемодиализе. При этом анемия является потенциально изменяемым фактором риска заболеваемости и смертности больных на ЗПТ. Ее своевременная коррекция до рекомендуемых целевых значений является необходимым условием медицинской и социальной реабилитации больных на ЗПТ и повышает эффективность лечения в целом.

Цель исследования. Оценить особенности анемического синдрома у пациентов с ХБП, получающих ЗПТ программным гемодиализом.

Материалы и методы. Проведен анализ 40 историй болезни пациентов с ХБП, находящихся на программном гемодиализе в ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК». Исследование включало в себя оценку клинических проявлений и отдельных лабораторных показателей анемического синдрома: содержание гемоглобина, уровни сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследуемая выборка была представлена 22 мужчинами (55%) и 18 женщинами (45%). Возраст пациентов колебался от 26 до 88 лет. Среди обследуемых до 1 года на ЗПТ было 6 больных (15%), от 1 года до 5 лет – 14 пациентов (35%), более 5 лет – 20 больных (50%). Всем пациентам проводили бикарбонатный гемодиализ 3 раза в неделю с продолжительностью сеанса не менее 4 часов.

По данным гематологического обследования анемия была выявлена у 35 пациентов (у 20 мужчин и 15 женщин), что составило 87,5%. Анализ уровня гемоглобина показал: среди мужчин гемоглобин ниже 130 г/л был у 18 человек, среди женщин (ниже 120 г/л) – у 13. У 4хх пациентов (2 женщин и 2 мужчин), получающих антианемическую терапию, гемоглобин был выше 120 и 130 г/л, соответственно. Средний уровень гемоглобина в выборке пациентов составил 105 г/л. Легкая степень анемии выявлена у 27 пациентов (77,1%), средняя – у 4 (11,4%) больных. Тяжелая степень анемии не выявлена ни у одного пациента диализного центра. Существенного влияния длительности ЗПТ на выраженность анемии выявлено не было. Более того, самый низкий гемоглобин (89 г/л) обнаружен у пациентов, которые находились на гемодиализе менее 6 месяцев.

Среднее содержание сывороточного железа у пациентов на ЗПТ составило 12,5 мкмоль/л, у мужчин – 13,3 мкмоль/л, у женщин – 12,4 мкмоль/л.

Процент насыщения трансферрина железом у данных пациентов в среднем составлял 26. Коэффициент насыщения трансферрина ниже 20% выявлен у 19 пациентов (54,3%). Выраженность снижения коэффициента насыщения трансферрина железом была различной: у 10 пациентов (52,6%) этот показатель колебался на уровне 15-20%, у 5 (26,3%) – на уровне 10-15% и у 4 больных (21,1%) – менее 10%.

Для коррекции анемического синдрома 32 пациента (91,4%) получали эритропоэз-стимулирующие препараты (ЭСП) и 25 больных (71,4%) – внутривенные препараты железа. Несмотря на комбинированную антианемическую терапию, у 14 больных (40,0%) уровень гемоглобина был ниже 100 г/л, у 19 больных (54,3%) отмечались низкие уровни сывороточного железа и коэффициента насыщения трансферрина железом.

Выводы. В результате проведенного исследования у 87,5% пациентов с ХБП, получающих ЗПТ программным гемодиализом, выявлена анемия легкой и средней степени тяжести. Несмотря на то, что подавляющее большинство диализных пациентов получает терапию ЭСП (91,4%) и ферротерапию (71,4%), только каждый четвертый пациент (25,7%) достигает целевых уровней гемоглобина. Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации проводимой антианемической терапии, поиска и коррекции других факторов, формирующих и усугубляющих анемический синдром.

Альмешкина А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО УРОВНЯ ОНТОЛОГИЧЕСКОЙ УВЕРЕННОСТИ-НЕУВЕРЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Вступление. В психологии под термином, предложенным Р.Д. Лэйнгом, «онтологическая уверенность-неуверенность» подразумевается самооценка, уверенность, самоуважение, идентичность. Но данное понятие намного шире – это переживание уверенности в своем бытии. С точки зрения Р.Д. Лэйнга, онтологическая уверенность соотносится с психологическим благополучием, нормой. По мнению Н.В. Коптевой, под онтологической уверенностью понимается переживание человеком целостности бытия, включенности к людям и к миру, бытийных опор в Я и в не-Я.

Цель работы. Оценить общий уровень онтологической уверенности-неуверенности пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем дезорганизации личности.

Материал и методы исследования. Исследование концепции онтологической уверенности проводилось путем обследования 87 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет (медиана возраста исследуемых составляла полных 35 лет (Q1-Q3: 28-49,5)), с различным уровнем личностной дезорганизации, проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2018-2023 годах. Распределение обследуемых по полу: мужчин – 46 чел. (52,3 %), женщин – 42 чел. (47,7 %). Группы были сформированы в зависимости от уровня личностной дезорганизации: I группу составили больные с невротическим уровнем личностной дезорганизации – 49,4% (43 человека), II группа включала пациентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации – 40,2% (35 человек), в III группу вошли респонденты с психотическим уровнем личностной дезорганизации – 10,4% (9 человек).

В исследовании использовались клиничко-психопатологический (опрос, анализ психического состояния, диагностика в соответствии с критериями МКБ-10, структурное интервью О.Ф. Кернберга), психодиагностический (методики «Онтологическая уверенность, психометрическая методика (ПМ)» Н.В. Коптевой и «Онтологическая уверенность, основанная на принципе семантического дифференциала (СД)» Н.В. Коптевой) методы и метод математической обработки результатов (пакет статистического анализа «MedStat v.5.2»). Для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD) (если распределение не отличалось от нормального), определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3) (если распределение отличалось от нормального). При множественном сравнении выборок использовались дисперсный анализ, метод множественных сравнений Шеффе, ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса и критерий Данна. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании общего уровня онтологической уверенности ПМ между сравниваемыми группами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$): между I (73 (63-86)) и II (59,7±21 (52,5-67)) группой – $p < 0,01$; между I и III (39,9±8,1 (33,6-46,1)) группой – $p < 0,01$; между II и III группой – $p < 0,05$. Были выявлены статистически значимые различия и при определении общего уровня онтологической уверенности СД ($p < 0,001$): между I (6±0,5 (5,9-6,2)) и II (5,5±0,8 (5,2-5,7)) группой – $p < 0,01$; между I и III (4,6±0,9 (3,9-5,3)) группой – $p < 0,01$; между II и III группой – $p < 0,01$.

Выводы. У пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации онтологическая уверенность статистически значимо выше, чем у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности. Только они обладают выраженной самодостаточностью и развитыми способностями к самостоятельному, отдельному от других существованию и выбору, к переживанию себя как независимой личности, к сохранению связей с людьми и миром. А респондентам с психотическим уровнем личностной дезорганизации свойственна онтологическая неуверенность.

Альмешкина А.А., Коваленко С.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СУВЕРЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Вступление. Под термином психологическое пространство личности, по мнению С.К. Нартова-Бочавер, подразумевается субъективность и относительность реальности, ценной для личности, вследствие чего она становится предметом суверенизации. Психологическое пространство личности, его измерения, к которым относят физическое тело, территорию, личные вещи, привычки, социальные связи, ценности, границы и их целостность являются компонентами как структуры, так и самосознания личности, а также характеристиками важных аспектов ее функционирования в обществе.

Цель работы. Оценить суверенность психологического пространства (СПП) личности больных с психическими расстройствами с различным уровнем личностной дезорганизации.

Материал и методы исследования. Исследование суверенности психологического пространства личности проводилось путем обследования 87 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет (медиана возраста - 35 лет (Q1-Q3: 28-49,5)), с различным уровнем личностной дезорганизации, проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2018-2023 годах. Распределение обследуемых по полу: мужчин – 46 чел. (52,3 %), женщин – 42 чел. (47,7 %). Группы были сформированы в зависимости от уровня личностной дезорганизации: I группу составили больные с невротическим уровнем личностной дезорганизации – 49,4% (43 человека), II группа включала пациентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации – 40,2% (35 человек), в III группу вошли респонденты с психотическим уровнем личностной дезорганизации – 10,4% (9 человек).

В исследовании использовались клиничко-психопатологический (опрос, анализ психического состояния, диагностика в соответствии с критериями МКБ-10, структурное интервью О.Ф. Кернберга), психодиагностический (методика «Суверенность психологического пространства» С.К. Нартова-Бочавер) методы и метод математической обработки результатов (пакет статистического анализа «MedStat v.5.2»). Так как распределение не отличалось от нормального, то для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD). При множественном сравнении выборок использовались дисперсный анализ и метод множественных сравнений Шеффе. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании СПП между сравниваемыми группами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$): между I (-1,6±16,8 (-6,8-3,5)) и II (13±21,5 (5,6-20,4)) группой – $p < 0,01$. Однако в уровне СПП между I и III (15,6±24,4 (-3,2-34,3)) группой и между II и III группой не было обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,06$; $p = 0,94$, соответственно). У пациентов I группы наблюдается незначительная депривированность психологического пространства (2%), у испытуемых II группы – преимущественно низкий уровень СПП (16,3%), также как и у респондентов III группы – низкий уровень СПП, ближе к пониженному (19,5%). Такие результаты могут говорить об отсутствии критики и об утерянной способности к тестированию реальности у пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности. В то время как пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности беспокоит беспомощность и уязвимость,

они чувствительны к недостаточности выстроенных границ и к тому, что суверенность психологического пространства нарушалась.

Выводы. Депривированность психологического пространства личности наблюдалась только у I группы, у которой наблюдается критика и которая является наиболее чувствительной к различным жизненным ситуациям, вследствие чего становится уязвимой, что может быть связано с механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями, которые целенаправленно срабатывают при определенной личностной дезорганизации.

Альмешкина А.А., Мельниченко В.В., Дебелая К.Е., Лисаченко В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИИ У ОНКОПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Вступление. Сообщение пациенту о том, что у него онкологическое заболевание может вызывать изменения в личностной и эмоциональной сферах, рост астенической симптоматики. Конечно, психическое состояние онкобольных зависит от преморбидных индивидуально-психологических особенностей, возраста, а также от локализации опухолевого процесса. Но информация о наличии онкологического процесса в организме сама по себе является психотравмирующей. Формируется внутренняя картина болезни, снижается качество жизни пациентов, может появляться неверие в успех выздоровления. Именно поэтому помимо лечения основного заболевания очень важно вовремя диагностировать появляющуюся психопатологическую симптоматику и начинать психокоррекционную/психотерапевтическую работу.

Цель работы. Проанализировать и оценить особенности астении пациентов, проходящих лечение в онкологическом центре, в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся на лечении в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В. Бондаря Министерства здравоохранения ДНР с ноября 2023 года по февраль 2024 года, в возрасте от 30 до 78 лет (медиана возраста - 57 лет (46-64)). Выборка составила 66 человек: 18 мужчин (27,3%) и 48 женщин (72,7%). В зависимости от возрастной категории пациентов были сформированы группы исследования: I группу составили испытуемые молодого и среднего возраста (до 59 лет включительно) – 54,5% (36 чел.), II группа включала респондентов пожилого и старческого возраста (свыше 60 лет) – 45,5% (30 чел.). Использовались психодиагностический метод (оценка уровня астенизации онкопациентов осуществлялась методикой «Субъективная шкала оценки астении») и метод математической обработки результатов (пакет статистического анализа «MedStat v.5.2»). Если распределение не отличалось от нормального, то 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, так как распределение отличалось от нормального, использовался критерий Манна-Уитни. Отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Не были выявлены статистически значимые различия между пациентами с онкологической патологией в различных возрастных категориях (I группа; II группа; p), находившихся на лечении в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР, при определении симптоматики астении: субшкала «Общая астения» (12 (12-13); 12 (10-14); $p=0,822$), субшкала «Пониженная активность» (13 (11-14); $11,2 \pm 3,3$ (9,9-12,5); $p=0,220$), субшкала «Снижение мотивации» (12 (10-13); 12 (10-12); $p=0,425$), субшкала «Физическая (мышечная) астения» (10,5 (10-13); 11 (11-13); $p=0,272$), субшкала «Психическая (когнитивная) астения» (12 (10-12); 11,5 (11-14); $p=0,778$). Соответственно, уровень астенизации у пациентов с онкопатологией не зависит от возраста. При этом наблюдалась наиболее выраженная пониженная активность именно у респондентов молодого и среднего возраста, остальные же показатели находились в пределах нормальных значений у испытуемых всех возрастных категорий.

Выводы. Различные проявления астении и их выраженность у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, не зависит от возрастной категории. Астеническая симптоматика оказывает влияние на физическое и психическое состояние пациентов, находя отражение в их личной, социальной и профессиональной деятельности, оказывая значительное влияние на качество жизни. Полученные данные могут быть использованы при разработке персонализированных программ для психокоррекционной работы (когнитивно-поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности, терапия, сфокусированная на сострадании, арт-терапия) с пациентами онкологического профиля для повышения качества жизни и мотивации на выздоровление.

Анаева Л.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Проблема реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), является актуальной в современной медицине из-за высокой смертности и инвалидизации населения. Перспективным направлением в медицинской реабилитации является интервальная гипокси-гипероксическая терапия (ИГГТ), суть которой заключается в циклическом снижении уровня кислорода в крови до индивидуального адаптационного уровня с последующим возвращением к исходным, комфортным для пациента, значениям. При этом, замена в период реоксигенации нормоксических периодов на гипероксические существенно увеличивают амплитуду воздействующего тренирующего фактора без углубления гипоксии, и как следствие, развития побочных эффектов, а также позволяет в процессе терапевтического воздействия добиться максимального восстановления функционального состояния пациента после нагрузки (гипоксическое воздействие). В процессе реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, количественная оценка показателей качества жизни (КЖ), является прогностически значимой в оценке эффективности проводимых мероприятий и основополагающей в составлении индивидуального дифференцированного подхода к лечению.

Целью нашей работы явилось изучение показателей КЖ у больных, перенесших ОНМК, в процессе ранней комплексной реабилитации с применением ИГГТ.

Проведен отбор 40 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и методом простой рандомизации сформированы две сравнительные группы по 20 человек. В данной выборке проведено первичное клиническое обследование (оценка неврологического статуса, общей двигательной активности, уровня активности и участия в повседневной деятельности и самообслуживании) с применением функциональных тестов и шкал, а также проведено анкетирование с использованием русскоязычной версии Опросника SF-36.

Исследование проводилось до начала лечения и на 14-й день курса восстановительных мероприятий. Все больные, включенные в исследовательскую программу, получали унифицированную базисную лекарственную терапию, направленную на нормализацию системной гемодинамики и гемостаза, нейрометаболические препараты, сеансы массажа, комплексы лечебной физкультуры, магнитотерапию. С целью повышения эффективности восстановительного лечения, пациентам второй группы в комплекс реабилитационных мероприятий была включена ИГГТ. Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. В раннем восстановительном периоде у пациентов выявлено резкое снижение всех показателей КЖ, что свидетельствует о значительном ограничении в повседневной и социальной деятельности ($p < 0,05$). Особо низкие значения отмечались по шкалам физического и эмоционального функционирования у всех обследуемых, что указывало на ограничение активности пациента, обусловленное наличием физических и эмоциональных проблем. Кроме того, выявлено снижение социальной активности, проявляющееся в ограничении контактов с родственниками и друзьями, а также снижение жизнеспособности, выражающееся в астенизации, повышенной утомляемости. Показатели общего здоровья не превышали 40 баллов из 100 возможных.

На 14-й день с момента начала восстановительного лечения отмечалась положительная динамика в обеих группах ($p < 0,05$). У пациентов второй группы, однако, наблюдалось достоверно более значимое улучшение всех доменов, формирующих физический и психологический компоненты здоровья. Особенно показательными параметрами, превысившими

60-бальный рубеж, оказались значения по шкалам общего здоровья, жизнеспособности, социального функционирования и психического здоровья.

Таким образом, в результате включения ИГГТ в комплексную реабилитацию пациентов, перенесших ОНМК, происходит более эффективное восстановление вегетативного обеспечения, повышение толерантности к физической нагрузке, а вместе с ним и расширение двигательного режима пациента, регрессия неврологического дефицита.

Анаева Ф.М., Борукаева И.Х., Анаева Л.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ АМЕТРОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. Х.М. БЕРБЕКОВА

Актуальность. В настоящее время зафиксирован рост аномалий рефракции среди молодежи, вызванный снижением толерантности органа зрения к зрительным нагрузкам, малоподвижным образом жизни и быстрым развитием информационно-зрительных технологий. Увеличение распространенности миопии среди молодого населения вызывает пристальный интерес к изучению данной проблемы.

Цель исследования. Определение степени распространенности аномалий рефракции среди студентов медицинской академии КБГУ.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 студентов второго курса медицинской академии КБГУ в возрасте от 19 до 21 года, среди которых 44 девушки и 6 юношей. Обследование выполнялось на базе оптики «Oculist».

Всем было проведено офтальмологическое обследование, включавшее наружный осмотр, рефрактометрию, визометрию без коррекции и с коррекцией, определение бинокулярности с использованием различных тестов (по Шоберу, по Гиршбергу, четырехточечный цветотест, Cover-тест), офтальмоскопию, тонометрию и биомикроскопию. Так же был проведен опрос путем анкетирования. Статистическая обработка проводилась с применением программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Эмметропия выявлена у 18% студентов, аметропия – у 82%.

В структуре рефракционных аномалий преобладал сложный миопический астигматизм – 46,3%, за ним следовала гиперметропия – 19,5%. Простая миопия обнаружена у 17,1% студентов, сложный гиперметропический астигматизм – у 12,2%. Простой астигматизм встречался реже всего – 4,9%. Анизометропия наблюдалась у 36,6% студентов с аметропией.

Осложнение аномалий рефракции в виде изменений на глазном дне и амблиопии выявлены у 19,5% и 7,3% соответственно. У 92% обнаружено привычно-избыточное напряжение аккомодации, что напрямую связано с высокими зрительными нагрузками. Нарушение конвергенции выявлено у 74% обследованных.

Бинокулярное зрение присутствовало у 92% студентов, монокулярное и одновременное – по 4% соответственно. Гетеротропия была обнаружена у одного обследуемого (2%), а гетерофории – у 56%, из которых экзофория составила 67,9%, эзофория – 32,1%.

Коррекционные средства использовали 34,1% студентов с рефракционными аномалиями.

В результате проведенного исследования у подавляющего большинства студентов выявлены аномалии рефракции, среди которых превалирует сложный миопический астигматизм. При этом лишь треть из них носят коррекцию. Полученные результаты подчеркивают необходимость соблюдения гигиенических стандартов для защиты зрения, особенно в условиях широкого внедрения цифровых технологий.

Анастасов А.Г., Канивец Е.А., Яценко В.И., Медяник М.С., Капустин Р.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТАМИНА КАК АНАЛЬГЕТИКА У ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Актуальность. Современная концепция лечения боли у детей основывается на принципе эскалационного применения нестероидных и наркотических лекарственных. На сегодня остаются вопросы не только о сроках начала и длительности применения, но также о выборе обезболивающих препаратов у детей, в том числе с абдоминальной травмой.

Цель исследования – определение целесообразности применения для обезболивания/аналгезии раствора кетамина.

Методы исследования. Объектом исследования были 37 детей с механической травмой и разрывом селезенки, возрастом от 6 до 12 лет ($11,04 \pm 0,74$ лет), которые получали неоперативное лечение по поводу механической тупой травмы селезенки в РДКБ МЗ ДНР с 2019 г. по 2024 г. У больных с аналгетической целью использовали инфузию раствора 5% кетамина ($0,05$ мг/кг). Для оценки выраженности болевого синдрома у обследуемых пациентов проводили оценку по визуально – аналоговой шкале (ВАШ), уровень сознания по шкале ком Глазго, измеряли с помощью монитора пациента «Тритон», частоту сердечных сокращений (ЧСС), насыщение кислорода крови (SpO_2), артериальное давление (АД), а также осуществляли забор крови для исследования уровней кортизола, глюкозы крови. Обработка полученных результатов исследования проводилась с помощью пакета программы Statistica 6 for Windows, используя непараметрический метод статистики U-критерий Манна - Уитни с достоверностью различия ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. У обследуемых пациентов, на момент поступления в стационар, отмечали рост уровня гуморального фактора кортизола, при стабильно компенсированных показателях глюкозы крови. Оценка по шкале ВАШ в группе пациентов составила $5,5 \pm 0,4$ балла, что явилось обоснованием, кроме проведения инфузионной терапии, для назначения болеутоляющей терапии. На 2-е сутки с момента поступления у пациентов АД до $121,1 \pm 2,03$ (мм рт.ст), ЧСС до $108,43 \pm 3,87$ (уд. в мин), а уровень кортизола составил $680,6 \pm 15,71$ (нмоль/л), глюкоза крови - $5,16 \pm 0,31$ (ммоль/л), что объясняли фармакодинамическими эффектами анестетика кетамина при уровне сознания по шкале ком Глазго $13,7 \pm 0,7$ баллов. Полное восстановление сознания у больных после прекращения инфузии раствора кетамина зарегистрировано через $25 \pm 2,03$ мин. Психомиметические эффекты раствора кетамина были лишь в 8,1% случаев в виде ажитации.

Выводы. Обезболивание анестетиком кетамином позволяет снизить вероятность развития и/или прогрессирование уже имеющихся расстройств со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы в посттравматическом периоде у детей с абдоминальной травмой. Использование кетамина как аналгетического препарата характеризуется выраженной антиноцицептивной защитой, адекватной коррекцией стрессиндуцированных нарушений гомеостаза и способствует благоприятному течению стационарного лечения у данного контингента детей.

Андреев Р.Н., Андреева В.И.

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по ДНР в городе Макеевка и Ясиноватском районе

МИФЫ О БЕЗВРЕДНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ СНЮСОВ И ПРОЧИХ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ

Актуальность. В последнее время в подростковой и молодежной среде находит распространение в качестве «безопасного» и «модного» средства один из видов бездымного табака – снюс. Производители позиционируют снюс в качестве менее вредного для здоровья средства потребления никотина, снижающего тягу к курению и способствующего справиться с табачной зависимостью. Цель. Охарактеризовать актуальные тенденции распространения употребления снюсов среди детей и подростков Донецкой Народной Республики, наметить пути решения данной проблемы.

Материалы и методы. Проработаны статистические данные употребления снюсов среди молодежи за период 2018-2023 годов на территории Донецкой Народной Республики, также проработаны актуальные литературные источники по данному вопросу.

Результат. Согласно статистическим данным, каждый третий подросток Донецкой народной Республики хотя бы один раз употреблял снюсы или различные курительные смеси. Более 50% данных молодых неокрепших личностей начинали это делать с 12-13 лет. Среди любителей «попарить» преобладает мужское население (на 20% больше, чем девочек). Современные «эффективные менеджеры» и маркетологи преподносят нам употребление различных курительных смесей, как невинную забаву, не несущую даже малейшего вреда здоровью. На деле же все обстоит немного иначе.

В действительности, факты таковы: в одноразовой порции снюса содержится доза никотина, равная таковой в трёх пачках традиционных сигарет; снюс содержит множество канцерогенов (нитрозамины, никель, полоний-210 и другие); никотиновая зависимость развивается практически мгновенно, избавиться от которой самостоятельно невозможно; здоровью наносится колоссальный вред, начиная от ротовой полости и заканчивая всеми внутренними органами: стопроцентное поражение слизистой рта (пародонтоз, кариес, изъязвления, рак), высокий риск развития онкологических заболеваний внутренних органов, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инсультов, возникновение импотенции и проблем с зачатием.

Заключение. Снюс ни в коем случае не является заменой обычным сигаретам, и тем более, способом бросить курить. Необходима активная санитарно-просветительская работа с населением по противодействию потреблению бездымных табачных изделий (снюс, насвай, влажный снафф, жевательный табак).

Андреева В.И., Андреев Р.Н.

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по ДНР в городе Макеевка и Ясиноватском районе

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Актуальность. Наркологические заболевания остаются одной из наиболее серьезных проблем общества, порождающих многочисленные негативные социальные последствия. В числе которых: ухудшение общего состояния здоровья населения в связи с распространением наркологических расстройств и сопутствующих инфекционных заболеваний, подрыв естественных демографических ресурсов страны вследствие распространения наркомании, прежде всего, среди молодежи.

Цель. Охарактеризовать актуальные тенденции распространения употребления наркотических веществ среди детей и подростков Российской Федерации, наметить пути решения данной проблемы.

Материалы и методы. Проработаны статистические данные употребления наркотических веществ молодежью за период 2015-2023 годов на территории Российской Федерации, также проработаны актуальные литературные источники по данному вопросу. **Результаты.** Согласно статистике, сегодня в мире приблизительно 185 млн. человек употребляют наркотики. Большинству из них от 15 до 30 лет. Сегодня наркомания поразила все страны мира. По самым приблизительным оценкам, около 4% жителей планеты употребляют наркотики.

По статистике Министерства внутренних дел Российской Федерации, 70% лиц, употребляющих наркотики являются дети и подростки. Хотя бы 1 раз принимали наркотические или токсикоманические вещества 56% мальчиков и 20% девочек!

Первые «звоночки» этой проблемы могут проявиться с 6-7 лет. Обнаружение родителями курящего что ребенка должно стать серьезным поводом для беспокойства. Это значит, у ребенка есть склонность к наркотической зависимости. Медлить в данном случае нельзя, а необходимо обратиться к детскому психологу, дабы избежать большой беды в будущем.

Физическими признаками употребления подростком наркотических веществ являются: суженные или расширенные зрачки, независимо от освещения; медленная и невнятная речь; нарушение координации движений; очень бледная кожа; плохая память и депрессивное состояние.

Все эти изменения в состоянии и поведении подростка должны насторожить его родителей.

Заключение. Организация молодежного досуга и формирование позитивной мотивации к здоровому образу жизни у подростков внесет огромный вклад в решение проблемы употребления наркотических веществ детьми и подростками. Особое внимание стоит уделить вовлечению молодежи в спортивные секции, привлечь подростков к занятиям физкультурой и спортом.

Андреева М.В., Базарова З.Н.

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ДЕВОЧКИ - ПОДРОСТКА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Введение. Избыточная масса тела (ИМТ) – состояние, характеризующееся избыточным отложением жировой ткани в организме, имеющее свойство к рецидивированию. Часто для пациенток с ИМТ характерны нерегулярные месячные, олигоменорея и вторичная аменорея. Установлено, что при ИМТ/ожирении у девочек-подростков в 5 раз чаще отмечаются нарушения менструального цикла и почти в 2 раза чаще у них впоследствии возникает первичное бесплодие. Следует отметить, что у девочек-подростков с ИМТ раньше, чем у их сверстниц, появляются вторичные половые признаки и менархе, быстрее устанавливаются овуляторные менструальные циклы, формируется сексуальное влечение. Подбор эффективной и безопасной контрацепции для этих пациенток является крайне актуальной медицинской и социальной проблемой. Среди врачей акушеров-гинекологов распространено неверное мнение о повышенном риске различных осложнений при назначении гормональных контрацептивов девочкам-подросткам, особенно с ИМТ. Всемирная организация здравоохранения определила возможность использования микродозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) у некурящих женщин с ИМТ /ожирением в течение всего репродуктивного возраста. КОК последнего поколения содержат минимальное количество гормонов и при длительном корректном применении безопасны для организма девочек-подростков, в том числе с ИМТ. На фоне приема микродозированных КОК с дроспериноном происходит модификация пищевого поведения в результате снижения повышенного аппетита в предменструальной фазе, то есть снижение предменструальной фагии. Нами представлен разбор клинического случая назначения девочке-подростку с ИМТ микродозированного КОК (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиола бетадекс клатрат 0,02 мг, кальция левомефолат 0,451 мг) с целью контрацепции.

Цель работы. Оценить уровень удовлетворенности применением комбинированной оральной контрацепции девочкой-подростком с ИМТ и врачами в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проведено амбулаторное наблюдение за девочкой-подростком с ИМТ, принимающей микродозированный КОК (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиола бетадекс клатрат 0,02 мг, кальция левомефолат 0,451 мг) с целью контрацепции.

Результаты и обсуждение. Пациентка Р., 17 лет с ИМТ впервые пришла на прием в женскую консультацию к врачу акушеру-гинекологу с целью подбора гормональной контрацепции. Акушерско-гинекологический анамнез: половая жизнь с 16 лет, беременностей не было. Метод контрацепции – барьерная контрацепция. Имеет одного постоянного партнера. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции: отек Квинке на антибиотик пенициллинового ряда. Сопутствующая патология: избыточная масса тела, бронхиальная астма (ремиссия 10 лет). Учитывая анамнез пациентки и отсутствие противопоказаний к применению гормональной контрацепции, ей был назначен микродозированный КОК (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиола бетадекс клатрат 0,02 мг, кальция левомефолат 0,451 мг). Через 6 месяцев после приема КОК у девочки выявлено снижение массы тела на 2,4 кг. Кроме этого, она отметила уменьшение предменструальной фагии. В первые 3 недели применения данного КОК у девочки выявлены побочные эффекты в виде периодической тошноты, а также боли в молочных железах, которые самостоятельно купировались через месяц от начала приема КОК.

Вывод. Назначение девочке-подростку с ИМТ микродозированного КОК (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиола бетадекс клатрат 0,02 мг, кальция левомефолат 0,451 мг) дает ей надежную защиту от нежелательной беременности и высокую приверженность к данному виду контрацепции. Этот препарат является препаратом выбора для девочек-подростков с ИМТ.

Андрусак А.Ю., Евтушенко А.А., Рачкелюк В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Многие вопросы использования гиполипидемических препаратов у лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа с гипер- и дислипидемиями при хронической ишемической болезни сердца (ИБС) являются предметом противоречий и нуждаются в дальнейшем изучении.

Цель: оценить эффективность и безопасность различных вариантов гиполипидемического лечения у больных при сочетании СД 2 типа с хронической ИБС.

Материалы и методы: В проспективное наблюдение продолжительностью 6 месяцев вошли 92 пациента с СД 2 типа и хронической ИБС. Среди них 44 женщины и 48 мужчин в среднем возрасте $63,8 \pm 10,8$ года. Эффективность оценивали по степени снижения атерогенных липидов, включая общий холестерин (ХС), ХС ЛПНП, триглицериды (ТГ), аполипопротеин В (апо В) и липопротеин(а) (Lp(a)). Безопасность лечения контролировали 1 раз в 3 месяца путем определения в крови уровней аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) и креатинина с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Методом конвертов были выделены три группы гиполипидемической терапии: группа А (38 больных) получала статины в средних и высоких дозах – аторвастатин 40-80 мг или розувастатин 20-40 мг, группа Б (28 больных) – статины в тех же дозах в сочетании с ингибитором всасывания холестерина в кишечнике эзетимибом 10 мг/сут, группа В (26 больных) – статины в тех же дозах в сочетании с ингибитором натрий-глюкозного-Ко-транспортера-2 дапаглифлозином 10 мг/сут. Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007. Различия считали статистически достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. За 6 месяцев лечения достоверно выше оказалась степень снижения атерогенных липидов в группе с дапаглифлозином и эзетимибом: ХС ЛПНП в группе А снизился на $31,1 \pm 6,9\%$, в группе Б – на $43,5 \pm 7,4\%$ и в группе В – на $42,1 \pm 6,9\%$, ТГ – на $7,7 \pm 2,3\%$, $18,4 \pm 4,2\%$ и $19,3 \pm 3,9\%$, Апо В – на $10,2 \pm 2,4\%$, $24,3 \pm 8,1\%$ и $21,7 \pm 6,3\%$, Lp(a) – на $8,3 \pm 2,7\%$, $21,4 \pm 7,4\%$ и $30,9 \pm 6,4\%$ соответственно, все $p < 0,05$. Печеночная и почечная переносимость оказалась удовлетворительной во всех группах гиполипидемического лечения. Показатель Δ для динамики АЛТ в трех группах составлял за 6 месяцев лечения от $-5,2 \pm 5,3\%$ в группе статинов с дапаглифлозином до $+9,9 \pm 3,7\%$ в группе статинов с эзетимибом, без достоверных отличий по этому показателю между группами. Сходные динамические изменения были отмечены и для Δ АСТ. Показатель Δ для динамики СКФ за период лечения составил для группы А $-4,31 \pm 1,12\%$, для группы Б – $-3,20 \pm 0,91\%$ и для группы В – $+6,32 \pm 1,09\%$, $p < 0,05$ для сравнения группы В с группами А и Б.

Выводы: 1) В группе сочетания статинов с дапаглифлозином практически отсутствовало нарастание средних уровней аминотрансфераз, а также отмечено улучшение средних показателей СКФ, что представляет клинический интерес и требует дополнительных исследований.

2) Комбинация статинов с дапаглифлозином или статинов с эзетимибом, в сравнении с монотерапией статинами, продемонстрировали более выраженное гиполипидемическое действие у больных при сочетании СД 2 типа с хронической ИБС.

Андрусяк А.Ю., Котова К.А., Биломар В.С., Ефимов Н.Н., Епифанов Н.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОДОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С РАЗВИТИЕМ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение. Миокардит – это поражение миокарда воспалительной природы, с широким спектром клинических симптомов: от бессимптомного течения до сердечной недостаточности, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма и внезапной сердечной смерти.

Описание клинического случая. Пациент У., 63-х лет, поступил в кардиологическое отделение ГБУЗ ДНР «ЦКБП» в октябре 2024 года с жалобами на давящую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха, чаще в ночное время суток, повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст., перебои в работе сердца. Из анамнеза известно: в течении последних 2-х лет наблюдается у кардиолога по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии. В динамике выполнялась серия ЭхоКГ – без патологии. В 2024 году - коронароангиография (КАГ): коронарные артерии без патологии. Объективно: тахикардия, ортопноэ, расширение границ сердца влево, аускультативно – митральная регургитация. ЭКГ: парные полиморфные желудочковые экстрасистолы. Нельзя исключить рубцовые изменения миокарда. Госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения, ФК III, постинфарктный кардиосклероз. СН 2Б, ФК III, пароксизмальная ночная одышка. Назначено стандартное лечение ИБС и хронической сердечной недостаточности, включая: розувастатин, эноксапарин, амиодарон, небиволол, валсартан + сакубитрил (Юперио). Однако на фоне данной терапии клинически – без динамики.

Дообследован: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без патологии. Тропонин I – 0.02 нг/мл. NT-proBNP - 1296 пг/мл (маркер напряжения стенок левого желудочка (ЛЖ)). ЭхоКГ: расширены полости левых и правых отделов сердца. Повышена масса миокарда ЛЖ. Диффузный характер нарушения глобальной систолической функции (фракция выброса (ФВ) - 45%). Участки повышенной эхогенности передне-септальных и передних базальных сегментов. Акинез всех верхушечных сегментов + передне-септальных и передних базальных сегментов. Гипокинез всех остальных сегментов. Признаки диастолической дисфункции обоих желудочков по 2 типу.

Учитывая анамнестические данные, данные ЭхоКГ, отсутствие изменений при КАГ, отрицательный результат тропонинового теста, значительное повышение NT-proBNP и отсутствие адекватного эффекта на стандартную терапию, высказано предположение о наличии миокардита. В связи с чем назначен преднизолон в дозе 35 мг в сутки. На фоне лечения глюкокортикоидом в течение 3-х недель отмечено значительное улучшение клинической картины с уменьшением выраженности одышки, уменьшением боли в грудной клетке, повышением толерантности к физической нагрузке. Выполнено повторное ЭхоКГ - отмечается улучшение глобальной сократительной функции ЛЖ (ФВ - 51%, четкое улучшение сократимости задних и боковых базальных и средних сегментов). Уменьшение размеров полостей сердца. Отмечено снижение уровней NT-proBNP до 412 пг/мл (более чем в 3 раза). Учитывая положительную динамику на фоне проводимого лечения преднизолоном с выраженным клинико-лабораторным и инструментальным эффектом (предпринятого *ex juvantibus*), был выставлен диагноз: Миокардит, подострое течение, активность 2, с развитием прогрессирующей дилатации правых и левых отделов сердца, снижением систолической функции левого желудочка. СН2Б. Учитывая положительную клиническую динамику на фоне терапии глюкокортикоидом, решено продолжить прием преднизолона в дозе 35 мг в сутки не менее 4-х недель в сочетании с азатиоприном в дозе 50 мг в сутки (со стероидсберегающей целью).

Выводы. Данный клинический случай показывает, что воспалительные заболевания миокарда являются одним из наиболее

труднодиагностируемых разделов современной кардиологии. Стертость и разнообразие клинической картины, необходимость применения высокотехнологичных методов для верификации диагноза приводит к несвоевременной диагностике и недостатку специфических методов лечения. Существует необходимость большей клинической настороженности в диагностике воспалительных заболеваний миокарда, более широкого применения визуализационных и биопсийных методов исследования.

Аносова Л.С., Добровецкая С.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ ГИМНАСТИКИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ 12 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Изучение проблемы распространенности различных клинических форм хронических болезней респираторной системы (ХБРС) и особенностей их клинического проявления у детей школьного возраста позволило нам прийти к выводу, что ХБРС достаточно часто регистрируется и прогрессирует у детей в процессе школьного обучения. Что негативным образом влияет на уровень их нормального и гармоничного физического развития и соматического здоровья, особенно в условиях интенсификации образовательного процесса, чаще на второй его ступени. Коррекция, обусловленных ХБРС, отклонений в состоянии здоровья школьников, а также их оздоровление реализуется в условиях школы и за ее пределами, с привлечением широкого круга специалистов, врачей, реабилитологов, учителей по ФВ. Организация коррекционно-оздоровительной работы с тематическими школьниками в условиях школы проводится по программе ФВ подготовительной и специальной медицинской группы (с использованием средств оздоровительной гимнастики). При этом доказано, что комплексное расширение двигательного режима болеющих детей, построенное с учетом их возрастных особенностей и специфических проявлений ХБ, способствует снижению частоты его обострений, развитию острых респираторных заболеваний, а также гармоничному физическому развитию учеников, что обосновало программу нашего исследования. Обоснование коррекционно-оздоровительной программы занятий оздоровительной гимнастикой с учащимися 5-х классов, отнесенных по причине ХБРС к подготовительной и специальной медицинской группе (ПМГ и СМГ, соответственно), базировалось на результатах изучения факторов, влияющих на их заболеваемость. Предложенная нами, программа комплексных занятий оздоровительной гимнастикой (КОЗГ) с ученицами ЭГ была реализована за 32 недели в условиях школы №17 г. Севастополя. Ее методические положения разрабатывались при строгом соблюдении принципов реабилитации и педагогики. Программа КОЗГ с ученицами ЭГ реализовывалась по трем периодам. Ее структура была представлена школьными и внешкольными формами оздоровления. Школьные формы КОЗГ: комбинированными коррекционно-оздоровительными занятиями по программе ПМГ и СМГ (3 раза в неделю); занятия ЛФК по программе СМГ (2 раза в неделю); физкультминутки с комплексами дыхательных упражнений (ДУ) и звуковой гимнастики (5 раз в неделю на большой перемене). Дополнительные, внешкольные кинезиологические формы оздоровления – занятия в домашних условиях (утренняя лечебная гимнастика (УЛГ)); комбинированные мини-комплексы специально-оздоровительных упражнений + ДУ + стретчинг + релаксация); средства оздоровления детей ЭГ (процедуры: сауны, контрастный душ; ароматерапия; прогулки на свежем воздухе). Три из семи дополнительных форм реабилитации проводились в централизованных условиях, групповым методом, что значительно влияло на качество выполнения ученицами ЭГ задач по оздоровлению. В предложенной нами, программе КОЗГ, на основе индивидуальных показателей соматического здоровья школьниц ЭГ, был использован дифференцированный подход к выбору режима дозирования кинезиологических средств в процессе их реабилитации. В процессе реализации программы КОЗГ со школьницами ЭГ дифференцировали: моторную плотность каждого КОЗГ; соотношение упражнений циклического и ациклического характера на КОЗГ; интенсивность выполнения всех физических упражнений оздоровительной гимнастики (особенно – специальных (СУ) и ДУ) (по данным частоты сердечных сокращений ребенка). Разнился подход к выбору температурных режимов оздоровления/закаливания учениц ЭГ, в авторской программе КОЗГ дополнительно использовали метод воздействия высокими температурами (процедуры оздоровления сауне – 1

раз в неделю) и переменный метод контрастных температур – сауна и контрастный душ. Во внеурочных формах использовались ДУ статического и динамического характера, звуковую гимнастику, которые выполнялись девочками ЭГ в условиях проветриваемого помещения. В результате сравнительной оценки эффективности воздействия на показатели соматического здоровья учениц 5-х классов с ХБРС традиционной программы оздоровления и программы комплексных КОЗГ установлено достоверное преимущество последней по всем, изучаемым критериям эффективности. Что позволило рекомендовать дальнейшее использование компонентов программы в повседневной жизни школьников с ХБРС для повышения уровня их соматического здоровья, снижения заболеваемости, повышения качества образовательного процесс.

Анпилогова К.С., Константинова Л.Г.

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

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПАССАЖА КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛЬРОТАЦИЮ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение: Новорожденным и детям раннего возраста при подозрении на мальротацию кишечника проводится пероральное введение контрастного препарата для определения топографии тонкой кишки, в частности дуоденоюнального перехода. Информативность метода напрямую зависит от правильности проведения исследования и интерпретации полученных изображений.

Цель: Рассмотреть особенности существующих вспомогательных методик для эффективного проведения контрастного рентгенологического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Материалы и методы: 59 пациентов с предварительным или окончательным диагнозом нарушения ротации и/или фиксации средней кишки были обследованы в перинатальном центре НМИЦ им. В.А. Алмазова на аппарате AXIOM Luminos DRF (Siemens). 27 пациентам проведены ирригография и пассаж контрастного препарата, 25 детям – только ирригография, 3 детям – только пассаж с использованием в основном водорастворимого йодсодержащего контрастного препарата, разведенного в соотношении 1:1 в физиологическом растворе при ирригографии, в грудном молоке, глюкозе, воде, детской смеси при пассаже. 4 пациентам диагноз был поставлен только по клинической картине и результатам ультразвукового исследования.

Результаты и обсуждение: Из 30 детей, которым был проведен пассаж, у 9 пациентов дуоденоюнальный переход определялся расположенным справа, у 3 – по средней линии, у 5 – латеральнее левой ножки позвонка (норма), у оставшихся пациентов отсутствовала отчетливая визуализация перехода. Сложность проведения контрастного исследования у новорожденных заключается в их подвижности, необходима корректная фиксация и положение пациента в ходе всего исследования. Dekker G. et al. в своей статье 2013-го года описывают опыт применения на практике металлических маркеров для обозначения средней линии, что особенно важно при определении расположения дуоденоюнального перехода. Также часто он бывает перекрыт контрастным препаратом в желудке или петлях тонкой кишки. Для корректного позиционирования ребенка Dekker G. et al. используют запечатанные в оболочку иглы для подкожных инъекций, которые крепятся клейкой лентой вдоль на середину грудины и в область пупка. На рентгенограммах хорошо виден поворот ребенка, если тень от маркера смещается относительно середины позвоночного столба. Данный способ не приносит вреда ребенку и позволяет избежать ложноположительных результатов. В статье Venkatakrishna S.S.V. et al. 2024-го года авторы изучают важность получения изображений в боковой проекции, так как при выполнении рентгенограмм только во фронтальной плоскости мальротация может быть заподозрена ошибочно, что может привести к ненужной операции. Также не следует изолированно интерпретировать боковые изображения в связи с возможным ложноотрицательным результатом. Если бы в приведенном в статье исследовании использовалась только боковая проекция, диагноз был бы пропущен у одного пациента. Strouse P.J. в своей статье 2021-го года справедливо подчеркивает, что даже один пропущенный случай столь серьезной патологии недопустим.

Заключение: При постановке столь серьезного диагноза, который в ряде случаев требует срочного хирургического вмешательства, важно корректное проведение диагностических исследований для повышения их информативности. В частности, большое внимание следует уделить положению ребенка во время проведения пассажа контрастного препарата. При успешной визуализации дуоденоюнального перехода следует верно определить его расположение, чему может помочь проведение исследования в двух проекциях и дополнительное использование рентгеноконтрастных маркеров.

Антипов Н.В., Василенко Л.И., Жиляев Р.А., Сириод Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДИКА ГИСТО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА

Целью исследования была разработка методики вскрытия сердца для макро- и микроскопического изучения частей проводящей системы (ПСС). Исследование проведено на 30 сердцах людей от 1 года до 30 лет, умерших от внесердечных заболеваний. Часть препаратов иссекалась в 3-х взаимно-перпендикулярных плоскостях и после парафиновой проводки блоков с ПСС готовили срезы с окраской по Вергофу ван Гизон, Маллори.. Изучались особенности топографии частей ПСС, удельный объем структурных компонентов ПСС, данные статистически обрабатывались по программе Medstat. Вскрытие сердца начинали с разреза правого предсердия по пограничной борозде до отверстия правого ушка, затем левого предсердия от его свода до отверстий правых и левых легочных вен. Отсечение задней стенки левого предсердия от межпредсердной перегородки проводили на линии от венечного синуса до отверстия ушка левого предсердия, затем вскрывали полости правого и левого желудочков. Таким образом, невскрытыми оставались отверстия аорты и легочного ствола, и основные артерии ПСС. Установлено, что при определении гистотопографических особенностей частей ПСС артерии предсердно-желудочкового (ПЖУ) и синусно-предсердного (СПУ) узлов являются ориентирующими, а расположение СПУ, ПЖУ, предсердно-желудочкового пучка (ПЖП) и его ножек является постоянным. ПЖП состоит из нескольких частей.. Проекция начала пучка соответствует правому склону волокнистого треугольника. Этот отрезок ПЖП называется предсердным его отделом. Выделение второго отдела пучка (прободающего) осложнено из-за сращения его с плотным веществом правого фиброзного треугольника и центрального фиброзного тела. В желудочковой части положение ПЖП на гребне МЖП вариабельно и это определяется на окрашенных фронтальных срезах. Он может находиться на гребне МЖП, право- и левосторонне, верхом на нем, интрамурально и по форме напоминать седло, круг или овал. На гребне МЖП за бифуркацией происходит анатомическая бифуркация ПЖП на левую и правую его ножки. Левая ножка лежит подэндокардиально, , правая имеет округлую форму, компактна, окружена соединительно-тканым футляром и жировой клетчаткой. Топографически правая ножка ПЖП часто определяется визуально до вступления в перегородочно-краевую трабекулу. В заключение необходимо отметить, что расположение частей и в целом ПСС постоянное и одинаковое в обычно сформированном сердце, поэтому оценка и интерпретация выявленных морфологических особенностей и топографии частей ПСС в постнатальном морфогенезе, будут анатомически обоснованными, если они осуществлены с принципом структурной сопряженности ПСС и сердца.

Арамисова Л.С., Журтова И.Б., Губачикова А.М.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Введение. С начала 2020 года зарегистрировано более 761 миллиона подтвержденных случаев инфекционного заболевания COVID-19 и более 6,8 миллионов смертей во всем мире. Люди с метаболическими нарушениями, такими как ожирение и сахарный диабет (СД), входят в группу риска по этому заболеванию. Также эти заболевания могут усугублять течение COVID-19. Целью исследования было оценить значимость наличия ожирения и СД у пациентов в зависимости от течения и исхода COVID-19 у госпитализированных больных. Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 627 пациентов, с подтвержденным COVID-19, госпитализированные в 2 инфекционных госпиталя КБР с мая 2020 г. по декабрь 2021г. Данные пациентов были собраны из медицинских записей истории болезни. Все пациенты были старше 18 лет, с наличием\отсутствием ожирения и СД. Для сравнения пациенты были стратифицированы по значению индекса массы тела (ИМТ). Первичной конечной точкой была смертность от всех причин/необходимость перевода в реанимационное отделение. Данные включали клиническую и демографическую информацию, оценку сопутствующих заболеваний и осложнений. Были проведены описательный и сравнительный анализы. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS 27. Результаты. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 13,1$ года. Из 627 обследованных 362 (57,7%) лица женского пола и 265 лица мужского пола (42,3%). Наиболее распространенной сопутствующей патологией среди пациентов была артериальная гипертензия: всего у 445 (71%) пациентов. Далее по распространенности – СД: у 277 пациентов (44,2%). Почти половина (45,3 %; 284 человека) всех пациентов страдали ожирением различной степени. Средний ИМТ составил $30,7 \pm 7,6$ кг/м². Группа пациентов с сочетанием СД и ожирения состояла из 142 человек, что равно 22,6 % всех пациентов. Группа с летальным исходом состояла из 193 пациентов (30,8 %), среди которых 89 пациентов было с СД (46,1 %), а доля пациентов ожирением составила всего 26,4 % (51 человек). В группе умерших пациентов без СД и ожирения тромбоэмболические осложнения были в 18 случаях (22 %). В то время, как у 67,4 % пациентов с СД были выявлены тромбоэмболические осложнения: ТЭЛА - у 30 (33,7 %) пациентов; ОНМК - у 20 (22,5 %) пациентов, ОИМ - 8 (9 %) пациентов; у двоих (2,2 %) - тромбоз мезентериальных артерий. В группе больных с ожирением также наблюдался высокий уровень тромбоэмболических осложнений, как причина смерти и составил 55 % случаев с примерно таким же распределением по видам тромбоэмболических осложнений. Также стоит отметить, что частота развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) в группах с СД и ожирением была значимо выше, чем в группе без метаболических нарушений: 52 человека - 27 % от общего числа случившихся ОРДС, против 23 случаев (12 %). Пациенты с ожирением и СД чаще госпитализировались в отделение интенсивной терапии. Так, почти всем пациентам с ожирением и СД среди умерших проводилась неинвазивная и/или инвазивная вентиляция легких (НИВЛ и ИВЛ соответственно). А среди выживших пациентов 20 проводились НИВЛ и/или ИВЛ, из которых было 8 пациентов с СД на фоне ожирения и 11 пациентов с различными степенями ожирения. При более детальном исследовании было выявлено, что в этой группе пациентов более высокий ИМТ (~38 кг/м²), по сравнению со средним ИМТ (30,7 кг/м²). При более детальном исследовании была выявлена положительная корреляционная связь между величиной ИМТ и тяжестью течения COVID-19, а ожирение II и III степени по результатам исследования чаще приводит к необходимости проведения НИВЛ и/или ИВЛ. Выводы. Полученные данные позволяют лучше понять распространенность фоновых метаболических нарушений во время пандемии COVID-19. Существующие ранее ожирение и СД повышают уязвимость к COVID-19 и риск тяжелого течения.

Архипенко Н.С., Потапова Н.М., Подольская Ю.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ОРАЛЬНОГО ДИСБИОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Актуальность. Накапливающиеся данные указывают на то, что резидентные бактерии полости рта могут перемещаться в кишечник гематогенным и энтеральным путями. Однако функциональная роль оральных бактерий в развитии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК): болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК), остается неясной.

Цель: провести анализ результатов недавних исследований распространения бактерий полости рта в желудочно-кишечный тракт и их возможный вклад в патогенез ВЗК.

Материалы и методы: В исследовании использованы материалы баз данных ресурсов Pubmed, Embase, eLibrary.

Результаты и обсуждение: Многочисленные исследования показали разницу в микробном составе кишечника здоровых лиц и пациентов с ВЗК (снижение бактериального разнообразия). Субгингивальный и слюнный микробиом также значительно изменен у пациентов с ВЗК по сравнению со здоровыми (*Saccharibacteria*, *Absconditabacteria*, *Leptotrichia*, *Prevotella*, *Bulleidia* и *Atorobium* преобладают при снижении *Streptococcus* и *Rothia*, показывая связь между кариесом, пародонтитом и ВЗК). Анализ образцов детей с БК показал значительную связь между микробными изменениями в слизистой оболочке кишечника и статусом заболевания при увеличении числа *Veillonellaceae*, *Pasteurellaceae*, *Enterobacteriaceae*, *Nisseriaceae*, *Gemellaceae* и *Fusobacteriaceae* и уменьшении численности *Bacteroidales*, *Erysipelotrichales* и *Clostridiales*. Большинство этих бактерий — резиденты полости рта. *Enterobacteriaceae*, типичные кишечные бактерии, находясь в слюне, могут вызывать патогенные иммунные реакции при эктопической колонизации кишечника. То есть часть *Enterobacteriaceae*, содержащихся в кишечнике пациентов с БК, могут происходить из полости рта. *Klebsiella* spp., выделенные из гнотобиотов, колонизированных слюнной микробиотой пациентов с ВЗК, индуцировали Th1-клетки в кишечнике, вызывая тяжелое воспаление кишечника у генетически восприимчивых к ВЗК лиц.

Кроме того, чрезмерный рост оральных патогенов при заболеваниях полости рта (напр., *F. nucleatum* и *P. gingivalis* при пародонтите) может вести к увеличению их колонизации в кишечнике. *Klebsiella* и *Proteus*, размножаясь в полости рта при пародонтите, могут мигрировать в нижний отдел кишечника, вызывая активацию макрофагальных воспалительных везикул, усугубляя воспаление. Генерируемые в лимфоузлах оральные патобионт-реактивные клетки Th17 (напр., против *K. aerogenes*), содержащие CCR9 и $\alpha 4\beta 7$, мигрируют в кишечник, где активируются оральными патобионтами, индуцируя подъем интерлейкина-1 β . Доказано, что количество *P. gingivalis* в стуле пациентов с БК повышено. Постоянно попадая со слюной в кишечник, *P. gingivalis* может вызывать дисбактериоз, потерю поверхностного эпителия кишечника и его повышенную проницаемость, разрушение крипт и инфильтрацию воспалительными клетками, эндотоксемию, провоцирующую системное воспаление. Пероральное введение *P. gingivalis* мышам ведет к значительному росту липополисахарида, увеличению экспрессии флавимонооксигеназы-3 и уровня триметиламинооксида в плазме, развитию воспалительных реакций. *P. gingivalis* участвует в обострении ВЗК, активируя CD4⁺ T-клетки, повышая соотношение Th17/Treg. Инвазивность *F. nucleatum* в слизистой оболочке кишечника пациентов с ВЗК положительно коррелирует со статусом заболевания. Установлено, что оральная *Candida* способствует росту кишечных бактерий, вызывая дисбиоз, что также в свою очередь провоцирует воспаление кишечника.

Выводы: хотя остается неясным, является ли оральная дисбиоз причиной или следствием ВЗК, имеются перспективы использования оральной микробиоты как биомаркера диагностики ВЗК. Дальнейшие исследования по изучению и изменению структуры оральной микробиоты могут способствовать разработке стратегий терапии для пациентов с ВЗК.

Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина А.Е., Готыжеев М.А., Карданова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Актуальность: Проблема выбора метода лечения миомы матки (ММ) остается наиболее актуальным в гинекологической практике. Важным моментом в выборе метода лечения играет желание пациентки сохранить репродуктивный орган в любом возрасте. Цель исследования: Внедрение новых высокотехнологичных методов лечения, таких как эмболизация маточных артерий, послужило основанием для пересмотра вопроса о радикальной хирургии. В современных условиях возможной альтернативой может стать прекращение кровоснабжения миоматозных узлов - эмболизацией маточных артерий (ЭМА). В результате применения данного метода в миоматозных узлах происходят дегенеративные процессы, приводящие к необратимому уменьшению их размеров.

Материалы и методы: Клинический случай: Пациентка М., 1975 г. рождения поступила в ГБУЗ «Хирургический центр» МЗ КБР в плановом порядке с диагнозом субсерозно-интерстициальная миома тела матки больших размеров». Из анамнеза: впервые миома тела матки обнаружена в 2015 г., небольших размеров. В течение наблюдения по ультразвуковому исследованию (УЗИ) отмечен постепенный рост опухоли. По данным УЗИ объем матки 235 см³. Из передней стенки матки исходит субсерозно-интерстициальный неоднородный гиперэхогенный узел. В режиме цветового доплеровского картирования наблюдалась выраженная васкуляризация узла. Учитывая, желание женщины сохранить репродуктивный орган, предложено ЭМА. Для эмболизации применялись насыщаемые полимерные микросферы 540–630 мкм, размеры частиц позволяют полностью окклюзировать просветы артерий окружающих и питающих миоматозные узлы. Время проведения процедуры 50 мин. В послеоперационном периоде больная жалоб не предъявляла.

Результаты: Через 1 месяц после проведения ЭМА выполнено контрольное УЗИ: матка в антефлексию, объемом 145 см³. В режиме цветового доплеровского картирования вокруг узла визуализируются дислоцированные сосуды матки, в передней стенке миоматозного узла – единичный тонкий проникающий артериальный сосуд. Яичники без особенностей. Таким образом, объемы матки и узла после процедуры уменьшились в 2 раза. От второго этапа лечения в виде миомэктомии пациентка отказалась ввиду наступления желанной беременности.

Выводы: миомы матки представляют собой не изученную до конца проблему. Последние исследования, в частности представленная работа, показывают, что использование ЭМА для лечения миомы матки больших размеров является оправданным в качестве органосохраняющей операции при наличии желания у пациентки сохранить репродуктивный орган.

Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Апигов А.А., Карданова Л.Ю., Баков З.Н.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОГОУРОВНЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Актуальность. Выбор оптимального метода лечения ишемии нижних конечностей — актуальная задача, требующая глубокого понимания как открытых, так и эндоваскулярных методов терапии. Традиционно для восстановления кровотока применяются открытые методы, такие как аорто-бедренное шунтирование и другие хирургические вмешательства. Однако с развитием технологий появились эндоваскулярные процедуры, например, ангиопластика и стентирование. В связи с этим возникает необходимость в сравнительном анализе этих подходов, а также эффективность их сочетания.

Цель исследования: оценка результатов «гибридных операций» у больных с многоуровневым поражением нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: Для данного исследования были отобраны 26 больных, которым были произведены «гибридные операции» за период с 2019 г. по 2024 г. Операции выполнялись в условиях отделения хирургии сосудов ГБУЗ РКБ МЗ КБР. Для исследования магистральных артерий нижних конечностей использовали ультразвуковую доплерографию, ультразвуковое дуплексное сканирование, КТ – ангиографию. Операции проводились у больных с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей с клиникой КИНК и неэффективностью выполнения известных методов прямой реваскуляризации. По половому признаку больные распределились следующим образом: 156 (80,8%) больных были мужчины и 37 (19,2%) женщины. Средний возраст больных составил $68,5 \pm 4,5$ лет, со множеством сопутствующих заболеваний (СД2 типа, ПИКС, ХОБЛ, ХПН и другие заболевания), еще больше отягчающие общее состояние больного, не позволяющие проводить травматичные вмешательства. У 19 пациентов наблюдалась хроническая ишемия нижних конечностей III степени, у 21 – IV степени.

Проводились следующие виды «гибридных операций»:

- стентирование подвздошных артерий + профундопластика у 6 пациентов;
- ТЛБАП берцовых артерий + бедренно-подколенное шунтирование – у 9;
- стентирование 1-ой порции подключичной артерии + подключично – бифеморальное шунтирование – у 4;
- стентирование подвздошной артерии + бедренно – подколенное шунтирование – у 7.

Результаты: после операции, на контрольной ангиограмме и ультразвуковом исследовании, отмечалось улучшение показателей периферической гемодинамики, отмечалась полная проходимость зон реконструкции. Спустя месяц у 6 пациентов с хронической ишемией III степени отмечалось купирование болевого синдрома в покое, с увеличением дистанции безболевой ходьбы. Из 8 пациентов с IV степенью, у 5 – отмечалось уменьшение или купирование болевого синдрома, у 2 больных из-за неэффективности баллонной ангиопластики берцовых артерий, развился тромбоз шунта, в связи с чем пришлось произвести ампутацию на уровне нижней трети бедра. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: 1. Выполнение открытыми методами реваскуляризации дистального русла возможно только при наличии адекватного оттока по артериям голени, в чем имеет преимущество «гибридных операций».

2. Травматичность «гибридных операций» меньше, что лучше переносится пациентами с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

3. Гибридные реваскуляризирующие операции являются методом выбора у больных с хронической ишемией нижних конечностей IV степени, которые способствуют более быстрому заживлению трофических расстройств и сохранению конечности на более длительный период.

4. Разделение этапов гибридной операции во времени, дает оптимальный эффект реваскуляризации и возможность максимально снизить риски операционных осложнений.

Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Карданова Л.Ю., Баксанов З.Х.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Цель исследования: улучшение качества жизни и результаты хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы исследования: Материалом данного исследования стали 62 больных с морбидным ожирением, находившихся на стационарном лечении в период с 2010 по 2019 г. в хирургическом отделении №2 Республиканской клинической больницы г. Нальчик на базе Госпитальной хирургии КБГУ. В нашей работе все больные имели III (n=44) и IV (n=18) степени ожирения. Больным выполнены операции по ликвидации кожно-жирового фартука и ненатяжная абдоминопластика с использованием полипропиленовой сетки, при наличии ЖКБ производилась холецистэктомия.

Результаты: у 38,5 % больных имели место те или иные осложнения воспалительного характера, при чем несколько больше таких осложнений как серомы, лимфорея и как следствие гнойно-воспалительных осложнений. Это объясняется тем, что больным выполнялась абдоминопластика при которой, производится широкая мобилизация подкожно-жирового слоя и соответственно повышается риск развития сером и лимфореи. Больные, находились на стационарном лечении от 16 до 28 койко-дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. В аспекте функционального эффекта, благодаря оптимальной схеме предоперационной подготовки, выполнения абдоминопластики, отмечалось улучшение показателей внешнего дыхания, а осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не было. Все больные остались довольными полученным эстетическим результатом.

Выводы: 1. Причинами развития осложнений абдоминопластики являются не только исходное состояние организма (ожирение, чрезмерно развитая толщина подкожной жировой клетчатки и другие), а также и техника ее выполнения (не соблюдение комплекса профилактики повышенная травматизация тканей в ходе операции).

2. Тщательная предоперационная подготовка, включающая диету, ношение бандажа, дыхательную гимнастику и антикоагулянтную терапию, является эффективной мерой профилактики осложнений раннего послеоперационного периода (тромбофлебиты нижних конечностей, ТЭЛА, дыхательной недостаточности и др.).

3. Проведение абдоминопластики у больных с ожирением 3 и 4 степени и наличием кожно-жирового фартука является оправданной операцией улучшающей как эстетическое, так и функциональное состояние больных.

4. Абдоминопластика позволяет получить удобный доступ при проведении ненатяжной герниопластики и более свободное манипулирование при операциях на органах брюшной полости.

5. Сочетание ненатяжной герниопластики и абдоминопластики в сочетании дают более эффективный эстетический и функциональный результат.

6. Мобилизация кожно-жирового фартука по бокам до средней подмышечной линии в сочетании с липосакцией позволяет получить более эстетический эффект.

Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Карданова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Актуальность: Так как пути снижения уровня осложнений и летальность напрямую зависят от совершенствования диагностики и эффективной оценки степени тяжести пациентов. В одной из наших работ оценивался результат лечения больных с МЖ путем повышения эффективности диагностики и разработки точной, индивидуализированной оценки степени тяжести пациентов.

Цель исследования: Улучшить результаты диагностики степени тяжести больных с осложнениями желчнокаменной болезни, протекающими в виде механической желтухи, на фоне коморбидности.

Материалы и методы исследования: В клинике госпитальной хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х. М. Бербекова обследованы 537 пациентов, поступивших в период с 2010 по 2019 г. Сроки поступления в стационар были различными. В короткие сроки, до 6 ч, поступили 25 (4,6 %) человек. Через сутки от начала заболевания – 82 (15,3 %) человека. Больше половины, 277 (51,6 %) человек, госпитализированы через неделю от начала заболевания. Были проанализированы данные шкал коморбидности CIRS, Kaplan – Feinstein и индекса Mary Charlson, а также биохимических критериев, отражающих тяжесть калькулезного холецистита, желтухи и сопутствующих заболеваний.

Результаты: Установлено, что коморбидность у пациентов подобного рода является главным отягощающим фактором и усугубляет общее состояние по мере развития стадий желтухи.

Выводы: 1. Коморбидность у пациентов с осложнениями ЖКБ, протекающими в виде МЖ, является ключевым отягощающим фактором и усугубляется по мере развития стадий патологического процесса. 2. По данным шкалы CIRS и Kaplan – Feinstein, коморбидность у пациентов с холестатической стадией неопухолевой МЖ проявляется минимально, что позволяет проводить таким пациентам хирургические вмешательства с невысоким риском развития органных осложнений и незначительного взаимного отягощения со стороны сопутствующих болезней. 3. При возникновении гепатоцитолита число пациентов с минимальными баллами шкал CIRS и Kaplan – Feinstein уменьшается, а максимальными – увеличивается, что указывает на рост влияния коморбидности на общее состояние больного по мере нарастания печеночной недостаточности. 4. При холангите число пациентов с максимальными значениями шкал CIRS и Kaplan – Feinstein значительно выросло, что свидетельствует о выраженном взаимном отягощении основного и сопутствующих заболеваний у большинства таких пациентов за счет развивающейся коморбидности. 5. При анализе индекса Mary Charlson установлено, что процент выживаемости коморбидных пациентов неопухолевой МЖ при холестазе наибольший, а при холангите данный показатель заметно снижается, потому что число больных с МСмах увеличивается с незначительного до 94,4 %. 6. Наиболее ценными биохимическими тестами для характеристики как состояния гепатоцита при МЖ, так и коморбидности таких пациентов является определение уровня щелочной фосфатазы, КФК и трансаминаз в крови. 7. Интоксикационный синдром у больных с холангитом отрицательно влияет на все органы и системы организма, на коморбидность и протекающие в таких случаях биохимические реакции, и может привести к неоперабельности.

Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Актуальность: Опыт симультанного вмешательства на сегодняшний день остается небольшим, соответственно не разработаны основные стандарты по введению пациентов с двумя и более хирургическими патологиями.

Цель исследования: провести сравнительный анализ между симультанными и разобщенными операциями.

Материалы и методы исследования: Проанализированы 299 пациентов с сосудистым заболеванием в сочетании с другими онкопатологиями за период 2014-2018гг. Все операции проводились в клинике «Госпитальной хирургии» КБГУ им. Х.М. Бербекова. Из 299 больных сочетанные операции проведены у 151 пациентов, остальные 148 человек использовались в качестве группы для сравнения. Производились операции: аневризмэктомия с протезированием+холецистэктомия или + грыжесечение с герниопластикой, сосудистые реконструкции при атеросклеротическом поражении аорты и ее ветвей + удаление опухолевидного образования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, резекция общей подвздошной артерии и вены с опухолью единым блоком, протезирование общей подвздошной артерии и вены + выделение левого мочеточника с установлением мочеточникового стента + экстрипация матки с придатками при раке матки.

Результаты: В основной группе хирургическое лечение при сочетанных онкозаболеваниях брюшной полости у 60,3 % производилось из одного доступа, а у 39,7 % из двух доступов. У 98 (79,7 %) больных хирургические вмешательства сосудистой патологии считались первым основным этапом, вторым этапом проводилась операция по поводу онкохирургических заболеваний. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде желчеистечения, частичной спаечной кишечной непроходимости, нагноения послеоперационной раны, холецистита, аппендицита, ущемленной грыжи наблюдались у 7,3 % в основной группе (I группа), где произведена симультанная операция, 12,3% в контрольной группе (II группа). Среднее койко-дней без осложнений в I группе 10 дней, во II группе 12 дней. Среднее койко-дней с осложнениями основной 15 дней, контрольной 17 дней.

Выводы: 1) нивелируются одновременно две патологии; 2) устраняется риск негативных последствий повторного наркоза; 3) частота прогрессирования и рецидива заболеваний, повторных хирургических вмешательств, по поводу сопутствующих заболеваний сокращается; 4) общий доступ упрощает хирургический подход к органам брюшной полости и является менее травматичным; 5) сокращается койко-дней, сроки дальнейшей реабилитации и периода нетрудоспособности; 6) сочетанные операции экономически выгодны.

Ахмадуллин У.З., Ахмадуллина Х.М., Горбаткова Е.Ю., Ефимов О.П.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М.Акумуллы», Уфа
ЧОУ ВО «Восточная экономико-юридическая гуманитарная академия», Уфа

ИНДИКАТОРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Целью данного исследования явилось изучение физического развития и адаптационных резервов студентов Башкирского государственного медицинского университета на основе разработанных стандартов физического развития студентов вузов г.Уфы.

Было проведено изучение антропометрических и функциональных показателей 102 студентов, обучающихся в ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Определены показатели физического развития, индекс массы тела, проба Руфье, пробы Штанге и Генчи, адаптационный показатель.

В данном исследовании была проведена сравнительная оценка полученных результатов с разработанными нами таблицами-стандартами физического развития студентов г. Уфы.

Были получены следующие результаты:

- из общего числа обследованных среднее физическое развитие имели 72,41% юношей-студентов и 68,5% девушек-студентов; ниже среднего -6,9% юношей-студентов и 16,43% девушек-студентов; выше среднего – 17,24% юношей-студентов и 10,95 девушек-студентов ($p < 0,05$); низкое физическое развитие имели 2,74% девушек-студентов; высокое - 3,45% юношей-студентов и 1,38% девушек-студентов;

- анализ индекса массы тела показал, что 76,0% юношей и 68,84% девушек характеризуются по состоянию массы тела как имеющие физиологическую норму, превышение массы тела наблюдается у 10,5% юношей и 4,82% девушек ($p < 0,05$). Ожирение выявлено у 7,27% юношей и 7,82% девушек; значительное ожирение – у 2,62% девушек-студентов ($p < 0,05$). Показатели дефицита массы тела в обследованных группах студентов не зарегистрированы;

- анализ пробы Руфье свидетельствует о том, что среди обследованных юношей-студентов 18-22 лет хорошая работоспособность составляет 25%, средняя работоспособность - 28,73%, удовлетворительная работоспособность - 21,4%, средняя сердечная работоспособность- 21,4% и сильная сердечная недостаточность - 3,57% ($p < 0,05$). Среди девушек-студентов 18-22 лет средняя работоспособность - 15,9%, удовлетворительная работоспособность - 76,0%, средняя сердечная работоспособность- 2,82% и сильная сердечная недостаточность - 2,82% ($p < 0,05$).

- результаты пробы Штанге показали, что среди студентов 18-22 лет отличные результаты зарегистрированы у 82,1% юношей и 56,3% девушек ($p < 0,05$). Хорошие результаты показали 14,3% юношей и 28,1% девушек ($p < 0,05$). Плохие результаты - у 3,57% юношей и у 15,6% девушек.

- данные адаптационного показателя выявили удовлетворительную адаптацию у 51,7% юношей-студентов и 70,5% девушек-студентов; напряжение механизма адаптации у 27,5% юношей-студентов и 15,5% девушек-студентов ($p < 0,05$). Неудовлетворительная адаптация выявлена у 13,8% юношей-студентов и 8,8% девушек-студентов; срыв адаптации - у 7,0% юношей-студентов и 5,1% девушек-студентов.

Проведенное исследование подтверждает необходимость индикаторов, характеризующих здоровье студентов медицинского вуза в комплексе с учетом показателей физического развития и функционального состояния организма.

Ахмадуллина Х.М., Ахмадуллин У.З., Андреева О.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа
ЧОУ ВО «Восточная экономика-юридическая гуманитарная академия», Уфа

НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Важным показателем нормального физического развития детей является правильная осанка. Адаптивная физическая культура способствует восстановлению нарушенных двигательных функций организма.

Цель исследования: раскрыть коррекционное значение средств адаптивной физической культуры при нарушениях осанки у детей младшего школьного возраста.

Эмпирическое исследование проводилось на базе МАОУ СОШ № 1 р. п. Чишмы Республики Башкортостан. В трехэтапном исследовании приняли участие 10 учеников 2 класса. Была разработана комплексная программа физической реабилитации, включающая в себя: статические и динамические упражнения, упражнения на расслабление, дозированная ходьба, дыхательные упражнения, лечебная гимнастика, подвижные игры. Продолжительность каждого этапа – 2 недели.

Коррекционная задача заключалась в устранении механизма формирования неправильной осанки. Показателем эффективности коррекционной программы является выравнивание тонуса мышц, повышение силы и выносливости мышц, поддерживающих позвоночник, сохранение подвижности позвоночника.

На констатирующем этапе опытно-экспериментальной работы были диагностированы исходные показатели развития физических качеств, двигательные навыки младших школьников, мотивированность к регулярным занятиям физкультурой.

На формирующем этапе исследования была реализована комплексная программа физической реабилитации с целью формирования прочного мышечного корсета. С этой целью были предложены доступные дозированные упражнения с сопротивлением, отягощением, изометрические упражнения. Для предупреждения переутомления использовалась дозированная ходьба; для закрепления навыка правильной осанки - подвижные игры

На контрольном этапе исследования были повторно проведены тестовые измерения, которые показали, что в экспериментальной группе произошло достоверное увеличение показателей силы мышц спины и брюшного пресса, подвижности позвоночника в наклонах вперед. В контрольной группе заметных сдвигов не было выявлено.

Полученные результаты позволили сделать выводы о том, что физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляют мышцы, улучшают осанку, дают общеукрепляющий эффект. Программа физической реабилитации наиболее эффективна на первых этапах развития заболевания у младших школьников.

На основании полученных результатов были разработаны практические рекомендации по предупреждению нарушений осанки в младшем школьном возрасте.

Бабенко А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН В ОЧНОМ ФОРМАТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СТУДЕНТОВ- ПЕРВОКУРСНИКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Актуальность данной темы вызвана возникшими проблемами с качественным овладением учебной программы, недостаточной подготовленностью студентов-первокурсников к самостоятельной работе с использованием элементов дистанционного обучения, психоэмоциональной неустойчивостью отдельных обучаемых.

Суть обучения, по мнению выдающегося советского педагога В.А. Сухомлинского, в том, чтобы заинтересовать, удивить, заставить откликнуться, поощрять к мышлению, рассуждению, поиску правильных ответов.

В процессе очного обучения принимают участие две стороны - обучающие и обучаемые. Практика проведения занятий по социально-гуманитарным дисциплинам для студентов-первокурсников вскрыла ряд недостатков, в основе которых лежат противоречия, которые мы и рассмотрим.

Во-первых, необходимо осознавать, что желание подавляющего большинства студентов, стремящихся овладеть профессией врача, обусловлено стремлением проявить лучшие качества и человеческие ценности нашего русского мира: желание помочь больным людям, сострадание, увеличение продолжительности полноценной жизни всех членов нашего общества. В рамках формирования необходимых профессиональных компетенций будущих врачей возникает разрыв в триаде их формирования (знания - умения - навыки) на этапе овладения знаниями. Это связано с проблемами школьного образования, в последние годы проводившегося во многих случаях в дистанционном формате, что повлекло за собой у обучаемых: отсутствие целостного видения рассматриваемых вопросов; неумение четко и ясно формулировать свои мысли; неумение пользоваться рекомендованной литературой и др.

Во-вторых, очный формат с применением дистанционных технологий предусматривает самостоятельное прохождение лекций по темам, в связи с чем у определенных студентов возникают трудности с усвоением материала, т.к. не всегда используются методические указания для самостоятельной работы для студентов, не обращается внимание на прилагаемые граф-логические структуры изучаемых тем, образцы предлагаемых тестов.

В-третьих, длительное школьное дистанционное обучение привело многих студентов к смещенному графику самостоятельной работы в ночное время, что снижает активность и результативность на очных занятиях, особенно в утренние часы.

В-четвертых, итоговая частичная неподготовленность приводит некоторых студентов в сложное психоэмоциональное состояние, вызванное сомнениями в своих силах и способностях усвоения преподаваемого материала.

В свою очередь, у преподавателя, сталкивающегося с недостаточной подготовкой студентов-первокурсников, возникают проблемы донесения в полном объеме необходимого для изучения материала. Необходима углубленная разъяснительная работа со студентами для методологически правильного подхода к изучению тем преподаваемых дисциплин как со стороны профессорско-преподавательского состава, так и кураторов-старшекурсников.

Итак, для преодоления возникающих у студентов-первокурсников проблем в изучении предметов требуется существенная корректировка процесса обучения в сторону углубления методологического аспекта преподавания.

Бабий А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Актуальные проблемы. Ухудшение репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи происходит из-за низкого уровня сексуальной культуры, наличия хронических соматических заболеваний, а также из-за экологических, социальных, экономических и культурных факторов. Данный факт в перспективе может привести к снижению рождаемости, сокращению и старению населения Российской Федерации, поэтому может быть рассмотрен не только как медицинская, но и как социальная проблема.

Цель работы. Выявить наиболее важные факторы, способствующие ухудшению репродуктивного здоровья и определить меры по сохранению репродуктивного потенциала и здоровья детей, подростков и молодежи.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные проблемам репродуктивного здоровья и его сохранения.

Результаты и их обсуждение. Основными критериями репродуктивного здоровья являются показатели рождаемости и смертности (материнской и детской). Забота о репродуктивном здоровье начинается с рождения, поэтому важно с самого раннего возраста соблюдать и прививать ребенку необходимые гигиенические навыки для профилактики воспалительных заболеваний половых органов, проходить регулярные профилактические осмотры в детской поликлинике. Критическим периодом для детского организма является период полового созревания. Гормоны, необходимые для правильной регуляции полового созревания вырабатываются в период ночного сна, для подростков важно строгое соблюдение режима сна и отдыха. Не менее важно для подростка правильное питание, отрицательным фактором является как недостаточное питание, так и избыточное. Гиподинамия, присущая большинству современных детей, также отрицательно сказывается на репродуктивном здоровье. Раннее начало половой жизни и частая смена половых партнеров при низком уровне сексуальной культуры приводит к широкому распространению инфекций, передаваемых половым путем (до 75% случаев заболеваний приходится на возраст 15-24 года), нерегулярное использование эффективной контрацепции приводит к нежелательной беременности и аборту (каждый десятый аборт производится в возрасте до 19 лет). Репродуктивное здоровье подростков и молодежи ухудшается также под воздействием курения, употребления алкоголя, наркотиков. Все вышеперечисленное можно отнести к факторами, повреждающими половые клетки, и способствующими увеличению риска рождения неполноценного потомства в будущем, патологически протекающей беременности и родов, развития бесплодия. Негативное влияние на возможность иметь здоровое потомство оказывает стремление подростков «следовать моде». Постоянное ношение тесной одежды, короткой юбки, отсутствие головного убора в холодное время года приводит к переохлаждению, нарушению кровообращения, воспалительным процессам, в том числе и в органах репродуктивной сферы. К неблагоприятным для правильного развития репродуктивной системы в подростковом возрасте факторам относятся стрессы (внутрисемейные конфликты, учеба, отношения со сверстниками, переезды).

Выводы. В ходе проведенного анализа установлено, что доверительные отношения с родителями, привитые с детства привычки ухаживать за своим телом и вести здоровый образ жизни, информирование о последствиях рискованного поведения, являются необходимым условием сохранения репродуктивного здоровья подростка и формирования гармоничных отношений в его будущей семейной жизни. Также для сохранения репродуктивного здоровья необходимо проходить ежегодные профилактические осмотры и диспансеризацию, своевременно выявлять и лечить инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, повышать уровень репродуктивного образования.

Бабичев В.К.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ ПАЦИЕНТОК ПРИ МИОМЕ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Миома матки, являясь самой распространенной доброкачественной гормонозависимой опухолью женской половой сферы, в последние годы все чаще встречается в акушерской практике. Этому способствует увеличение возраста реализации репродуктивной функции, изменение гормонального статуса во время беременности, а также широкое применение препаратов экзогенных гестагенов, в том числе в программах ВРТ(ЭКО). При абдоминальном родоразрешении все чаще выполняется одновременная миомэктомия. Однако, несмотря на столь высокую частоту встречаемости данного заболевания, многие фундаментальные процессы, влияющие на возникновение, рост, тяжесть течения миомы матки, остаются изучены недостаточно.

Цель – изучение экспрессии маркеров воспаления в миоматозных узлах пациенток при миоме матки во время беременности.

Материалы и методы.

Путем операции кесарева сечения родоразрешена 41 женщина с множественной миомой матки и/или диаметром узла более 50 мм; из них в 1-ю группу вошли 22 женщины, принимавшие прогестагены в I-II триместрах беременности, во 2-ю – 19 женщин без гормонотерапии. В миоматозных узлах, резецированных при кесаревом сечении, проведен иммуногистохимический анализ экспрессии прогестероновых рецепторов (PR), макрофагов (CD68) и углеводных цепей гепарансульфата (HS) у пациенток двух групп, по клиническим показаниям принимавших (1-я группа) или не принимавших (2-я группа) препараты прогестерона во время беременности. Проведена статистическая обработка данных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате балльной оценки экспрессии маркеров на парафиновых срезах и статистического анализа по Манну – Уитни установлено, что прием препаратов прогестерона приводит к увеличению инфильтрации ткани узла макрофагами ($p = 0,0002$). Выявлена положительная корреляция средней силы (коэффициент корреляции Спирмена 0,58) между экспрессией PR и CD68 в 1-й группе ($p=0,0024$, 95% ДИ от 0,240 до 0,793), что свидетельствует о провоспалительной роли препаратов прогестерона у женщин во время беременности.

Вывод. Прием гестагенов во время беременности приводил к усилению процессов воспаления в миоматозных узлах у пациенток с миомой матки, увеличивая инфильтрацию тканей узла макрофагами у пациенток с миомой матки, родоразрешенных путем операции кесарево сечение с одновременной миомэктомией.

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Андрусак А.Ю., Совпель Я.А., Трандафилова М.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИХ СВЯЗЬ С УРОВНЯМИ АТЕРОГЕННЫХ ЛИПИДОВ

Введение. Связь дислипидемии с индексами инсулинорезистентности, уровнями провоспалительных цитокинов, глюкозотоксичности и структурно-функциональными особенностями сосудов стенки у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД2т) и хронической ишемической болезнью сердца (хрибс) остается предметом противоречий и требует дальнейшего изучения.

Цель: оценить особенности липидного профиля крови у больных с СД2т и хрибс и оценить их связь с клинико-лабораторными параметрами.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 144 больных в среднем возрасте $65,7 \pm 11,6$ года с СД2т и хрибс. Всем больным в динамике исследовали стандартные параметры липидного спектра, проводили оценку уровней липопротеина (а) (Lp(a)), Аполипопротеина А1 (АпоА1), высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ), инсулина, интерлейкина-6 (И-6), фактора некроза опухоли- α (TNF- α), сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), антигена фактора Виллебранда, цистатина С. Производили подсчет триглицеридно-глюкозного индекса (ТГИ), индекса НОМА-IR и НОМА-В, проводили пробу с реактивной гиперемией (РГ), оценивали толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТКИМ ОСА). Статистическую обработку выполняли в программе STATISTICA for Windows/StatSoft, Inc. (2011).

Результаты. Липидный профиль больных с СД2т и хрибс отличался высоким уровнем атерогенных компонентов: триглицериды (ТГ) – $1,81 \pm 0,26$ ммоль/л, общий холестерин (ОХС) – $6,28 \pm 1,23$ ммоль/л, Lp(a) – $191,2 \pm 46,3$ мкг/мл и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – $4,21 \pm 0,71$ ммоль/л. Уровни антиатерогенных компонентов: ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – $1,02 \pm 0,23$ ммоль/л и АпоА1 $1,21 \pm 0,24$ мг/мл. У больных, имеющих значение гликированного гемоглобина 8% содержание ХС ЛПНП, ОХС, ТГ и Lp(a) были достоверно более высокими, а концентрация АпоА1 и ХС ЛПВП были значимо ниже, $p < 0,05$. Оценивались клинико-лабораторные параметры у больных с СД2т и хрибс в зависимости от уровней ХС ЛПНП, которые они имели. Не было отмечено значимых различий между лицами выделенных групп в средних уровнях антигена фактора Виллебранда и индекса резистивности плечевой артерии в пробе с РГ, $p > 0,05$. При этом, другие параметры демонстрировали выраженную связь с уровнями ХС ЛПНП: при его значениях $4,0$ ммоль/л были статистически значимо выше уровни индексов НОМА-IROХС, ТГИ, вчСРБ, TNF- α , цистатина С, И-6, ТКИМ ОСА и VEGF, достоверно ниже – величины индекса НОМА-В, все $p < 0,05$.

Выводы. Липидный профиль больных с СД2т в сочетании с хрибс был связан с уровнями гликемии и характеризовался высоким атерогенным потенциалом. Было установлено, что имеется связь между уровнями ХС ЛПНП и индексами НОМА-В, НОМА-IR и ТГИ. Данная связь демонстрирует взаимную зависимость метаболических факторов патогенеза СД2т и хрибс – гипергликемии и дислипидемии. Данные о более значительной активации провоспалительных механизмов у больных с более высокими уровнями липидемии демонстрируют необходимость применения у таких больных более активных режимов гиполипидемической терапии.

Багрий А.Э., Никулин И.Ю., Рачкелюк В.В., Пылаева Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ И БИЛИАРНОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТОГЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Актуальность. Риск развития сахарного диабета в 2 раза выше у лиц, перенесших эпизод острого или имеющих хронический панкреатит, в сравнении с больными того же возраста без поражения поджелудочной железы, что определяет необходимость в дальнейшем изучении панкреатогенной формы диабета.

Цель. Изучить клинико-лабораторные особенности больных с панкреатогенным сахарным диабетом (СД-П).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 135 больных с СД-П (98 мужчин и 37 женщин в возрасте $54,8 \pm 9,5$ лет), среди них в 88 (65,2%) случаях диабет развился после эпизода острого, и в 47 (34,8%) наблюдениях – в результате течения хронического панкреатита. Всем больным проводили стандартные общеклинические и биохимические лабораторные исследования. Диагноз панкреатита у лиц с СД-П основывался на соответствующих отечественных и международных рекомендациях. Билиарные нарушения, приводящие к развитию панкреатита, констатировали на основании данных ультразвукового исследования, компьютерной или магниторезонансной томографии, а также клинических проявлений калькулезного или некалькулезного хронического холецистита и холангита. Злоупотребление алкоголем выявляли при детальном опросе пациентов и их родственников, а также учитывали данные о наблюдении больных наркологом / психиатром. Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007. Средние величины представляли как $M \pm$ стандартное отклонение, категориальные данные представляли в виде процентов (%). Различия считали статистически достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. Выявлено, что среди лиц с алкогольной формой СД-П, в отличие от его билиарной формы, доминировали мужчины (86,7 против 48,0%); чаще были представлены лица с низким индексом массы тела (38,6 против 10,0%); с уровнем $HbA1C > 8\%$ (78,3 против 56,0%); гликемией натощак > 10 ммоль/л (57,8 против 36,0%); с потребностью в инсулине > 30 единиц в сутки (42,2 против 22,0%); употребляющих > 2 доз этанола в сутки в течение последнего года (69,9 против 12,0%); переносивших ранее хирургическое вмешательство на поджелудочной железе (59,0 против 48,0%); а также имевших нарушения структуры поджелудочной железы по данным инструментальных исследований (80,7 против 58,0%), все $p < 0,05$. Между группами больных с разными формами СД-П не было отмечено различий в частоте эпизодов гипогликемии, а также в долях лиц с микрососудистыми осложнениями диабета, $p > 0,05$. У больных с алкогольной формой ниже, чем у лиц с билиарной формой СД-П оказалась частота тех, кто имел возраст > 60 лет (39,8 против 62,0%), давность диабета более 7 лет (32,5 против 52,0%) и СД в семейном анамнезе (18,1 против 38,0%), все $p < 0,05$.

Выводы. С учетом выявленных в работе значимых различий между алкогольной и билиарной формами, такое подразделение СД-П представляется вполне обоснованным, а также существенным для определения тактики ведения больных с этими формами сахарного диабета и выбора сахароснижающей терапии.

Багрий А.Э., Сабельникова Я.С., Михайличенко Е.С., Голодников И.А., Котова К.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМАГЛУТИДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ

Введение. Сахарный диабет (СД) 2 типа и ожирение часто сосуществуют, представляют важную коморбидную проблему современной медицины. Комбинация этих двух состояний существенно ухудшает прогноз, а также взаимно отягощает течение каждого из них.

Цель исследования. Оценить предварительный результат применения агонистов рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1 (ГПП-1) у больных СД 2 типа в сочетании с избыточной массой тела или ожирением.

Материалы и методы. В проспективном клиническом исследовании участвовали 12 человек (5 мужчин и 7 женщин, средний возраст $66,4 \pm 12,2$ лет) с СД 2 типа в сочетании с избыточной массой тела или ожирением. Все пациенты в дополнение к адекватной физической нагрузке и диетотерапии получали агонисты рецепторов ГПП-1, а именно семаглутид в дозе 0.25-1.0 мг, подкожно 1 раз в неделю. В 3 случаях препарат использовался в режиме сахароснижающей монотерапии, в 5 – в комбинации с метформином, в 4 – в комбинации с препаратом и аналогами инсулина. Период лечения – 3 месяца. В ходе наблюдения выполняли биохимические исследования: глюкозу крови, гликированный гемоглобин (HbF1c), общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), измеряли окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), систолическое артериальное давление (САД). Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Агонисты рецепторов ГПП-1 переносились удовлетворительно, значимого нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечалось. Снижение глюкозы крови составило с $10,3 \pm 2,8$ ммоль/л до $8,4 \pm 2,1$ ммоль/л, HbA1c с $7,8 \pm 1,8$ % до $7,3 \pm 2$ %, ОХС и ЛПНП снизились соответственно с $8,3 \pm 2,2$ ммоль/л до $4,5 \pm 1,5$ ммоль/л и с $4,2 \pm 1,9$ ммоль/л до $3,8 \pm 1,3$ ммоль/л, уменьшение ОТ составило с $116,2 \pm 4,5$ см до $112,8 \pm 3,7$ см, изменение ИМТ составило с $36,9 \pm 1,14$ кг/м² до $34,1 \pm 0,97$ м², уровни САД снизились с $145,3 \pm 18,1$ мм рт.ст. до $139,3 \pm 12,6$ мм рт.ст. Различия показателя Δ (разница между конечным и начальным значениями) для всех этих показателей между группами были достоверны, $p < 0,05$.

Выводы. Представленный режим дозирования агонистов рецепторов ГПП-1 у исследуемой категории пациентов переносился удовлетворительно. Применение данного режима лечения благоприятно влияло на общее состояние пациентов, а также на биохимические показатели крови, ИМТ и ОТ.

*Багрий А.Э., Стефаненко А.В., Орехова А.О., Ефременко В.А.,
Михайличенко Е.С., Стефаненко Е.Р.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Введение. Изучение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) периферических нервов в установлении особенностей их поражений у лиц с диабетической полинейропатией (ДПН), а также в применении периневрального введения лекарственных препаратов у лиц симптоматикой компрессии нервов является перспективным направлением медицины.

Цель исследования – изучить эффективность введения метилпреднизолона в область периневрия малоберцового нерва (МБН) под контролем УЗИ у больных с ДПН, осложненной компрессионно-ишемическим синдромом МБН.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных (36 мужчин и 31 женщина, средний возраст – $59,4 \pm 9,7$ лет) с продолжительностью СД 2 типа не менее 7 лет. Всем пациентам оценивали неврологический статус и проводили диагностику ДПН стандартными методами. Наличие и выраженность нейропатической боли устанавливали на основании опросника DN4 и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Всем больным проводили УЗИ МБН на аппаратах SonoScape S30 и GE Healthcare LOGIC V2 с использованием линейных датчиков 10-12 МГц, оценивали площадь поперечного сечения (ППС) МБН (за норму брали уровни ≤ 11 мм²). Симптоматика компрессии МБН: слабость разгибателей стопы, ее свисание при ходьбе, стойкое онемение переднелатеральной области голени и стопы, болезненные парестезии и болевой синдром в сочетании с увеличением ППС МБН ($22,4 \pm 4,3$ мм²), обеднением фасцикуляции и снижением общей эхогенности нерва – было выявлено у 14 (20,8%) больных. Данной группе пациентов под контролем УЗИ вводили 20 мг метилпреднизолона в точку, расположенной на 2 см каудальнее и дорсальнее головки малоберцовой кости стандартным одноразовым шприцом с иглой 23G, подкожно под углом 45°. Стремилась разместить дистальный конец иглы максимально близко к участку с наиболее выраженными эхографическими изменениями, исключая при этом травматизацию нерва. Для контроля безопасности проведенной процедуры УЗИ нерва повторяли спустя 1 ч и 48-72 ч после.

Результаты. Переносимость процедуры у всех больных была удовлетворительной, ни в одном из наблюдений не отмечались ни системные, ни локальные аллергические реакции, также не было выявлено повышения АД и значимого повышения уровня гликемии. В течение первых 24-48 ч после манипуляции во всех случаях имело место умеренное транзиторное усиление локальных проявлений компрессии МБН с небольшим увеличением онемения, парестезий и боли, что может быть обусловлено временным локальным давлением на нерв, создаваемым дополнительным объемом введенных лекарственных препаратов. При дальнейшем наблюдении выраженность клинических проявлений компрессии МБН существенно уменьшилась: интенсивность боли по ВАШ до манипуляции составляла $5,74 \pm 1,19$, через 1 месяц после – $2,21 \pm 0,74$, через 3 месяца – $2,59 \pm 0,85$, через 6 месяцев – $3,18 \pm 0,97$ (все $p < 0,05$). Наряду с клиническим эффектом достигнуто снижение выраженности ультразвуковых изменений нерва. До введения метилпреднизолона ППС МБН составляла $22,4 \pm 4,3$ мм², через 1 месяц после – $15,2 \pm 3,1$, через 3 месяца – $12,4 \pm 4,3$, через 6 месяцев – $15,3 \pm 3,6$ (все $p < 0,05$). Также улучшились характеристики эхогенности и фасцикуляции МБН.

Заключение. Использование миниинвазивного лечения с периневральным введением метилпреднизолона при синдроме сдавления МБН у пациентов с СД 2 типа, осложненным ДПН, характеризовалось удовлетворительной переносимостью, устойчивым положительным действием на симптомы компрессии нерва и параметры его ультразвуковой архитектоники.

Багрий А.Э., Супрун О.Е., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Совпель Я.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Актуальность исследования. Сахарный диабет (СД) 2 типа обладает высокой распространенностью, значительным риском развития макро- и микрососудистых осложнений, существенным неблагоприятным влиянием на прогноз. Среди ассоциированных с СД 2 типа нарушений функциональные изменения со стороны кишечника (синдром раздраженного кишечника – СРК) являются недостаточно изученной проблемой.

Цель исследования. Проспективное исследование оценки эффективности сочетания различных классов сахароснижающих препаратов у больных с комбинацией СРК и СД 2 типа.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование, в котором участвовало 107 больных (42 мужчин и 65 женщин, средний возраст – $48,9 \pm 9,4$ лет) с СД 2 типа и СРК. Средняя давность диабета составила $6,9 \pm 2,6$ лет. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от комбинации сахароснижающей терапии: группа А ($n = 36$) получала монотерапию метформином, группа Б ($n = 28$) – комбинацию метформина с саксаглиптином, группа В ($n = 22$) – комбинацию метформина с лираглутидом или эксенатидом, группа Г ($n = 21$) – сочетание метформина с дапаглифлозином. Продолжительность наблюдения – не менее 5 месяцев. Статистическую обработку полученных данных выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. Предпринятое лечение во всех группах привело к достоверному уменьшению средних значений HbA1C, фруктозамина, инсулина, С-пептида и индекса НОМА-IR, а также к отчетливому увеличению значений индекса НОМА-В, $p < 0,05$. При этом отмечено более значительное как абсолютное, так и относительное снижение уровней HbA1C, инсулина и индекса НОМА-IR, а также более существенное повышение значений индекса НОМА-В в группах В и Г в сравнении с группами А и Б. На фоне лечения абсолютное уменьшение HbA1C в группе А составило $-0,91 \pm 0,18\%$ (снижение в процентах от исходного на $-12,7 \pm 2,4\%$), в группе Б соответственно $-1,41 \pm 0,23\%$ ($-17,3 \pm 2,9\%$ от исходного уровня), в группе В $-1,84 \pm 0,39\%$ ($-22,4 \pm 3,3\%$ от исходного) и в группе Г $-1,67 \pm 0,25$ ($-20,3 \pm 2,4\%$ от исходного уровня), различия между группами В и Г, с одной стороны, и группами А и Б, с другой стороны достоверны, $p < 0,05$. Лечение во всех группах ассоциировалось со статистически значимым уменьшением степени выраженности диареи, запора, абдоминальной боли, гастроэзофагеального рефлюкса, все $p < 0,05$. Наиболее значимое положительное воздействие на выраженность синдромов СРК было отмечено в группе, комбинирующей метформин и дапаглифлозин, $p < 0,05$. Критериями прогнозирования эффективности и безопасности применения у лиц с комбинацией СРК и СД 2 типа различных режимов сахароснижающей терапии явились давность СД 2 типа < 7 лет, индекс НОМА-IR < 5 и НОМА-В ≥ 60 , отсутствие курения, концентрация мочевой кислоты в крови < 350 мкмоль/л, отсутствие гипотиреоза и выбор в качестве компонентов лечебной тактики дапаглифлозина. Критерий χ^2 составил от 5,96 до 7,84, $p < 0,05$.

Выводы. Применение комбинаций различных классов сахароснижающих препаратов у лиц с СРК и СД 2 типа было ассоциировано со значительным снижением клинических проявлений запора, диареи, абдоминальной боли, гастроэзофагеального рефлюкса, положительным влиянием на уровни гликемии и другие метаболические показатели. По данным результатов исследования были разработаны критерии прогнозирования эффективности и безопасности применения у больных с СРК и СД 2 типа различных режимов сахароснижающей терапии, что может быть использовано для выработки оптимальной лечебной тактики у данных больных.

Багрий А.Э., Супрун О.Е., Фетисова А.С., Галазюк К.В., Беликов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕР ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА С ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С РАЗВИТИЕМ КРОВОХАРКАНЬЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение. Гранулематоз Вегенера (ГрВ) – гранулематозное воспаление респираторного тракта и некротизирующий васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего калибра (венулы, капилляры, артериолы и артерии), что обычно сочетается с быстро прогрессирующим гломерулонефритом. История заболевания нередко изобилует большим числом случаев расхождения диагнозов, особенно в начале заболевания, болезнь протекает под маской других заболеваний со сходной симптоматикой, все они требуют проведения непростого алгоритма дифференциальной диагностики.

Приводим описание клинического случая. Больной С., 29 лет, поступил в ревматологическое отделение Центральной Клинической Больницы с Поликлиникой г. Донецка с жалобами на общую слабость, боли в коленных и голеностопных суставах, в грудной клетке, в поясничной области позвоночника, одышку при физической нагрузке, эпизоды кровохарканья, слизисто-гнойное отделяемое из носа, боли в глазных яблоках. С 2020 года – повышение артериального давления, затрудненное носовое дыхание со слизисто-гнойным отделяемым. С августа 2020 г. впервые появилось кровохарканье, по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) от 12.08.20: КТ-картина может соответствовать двустороннему локализованному полисегментарному паренхиматозному легочному кровотечению на фоне бронхита. В ноябре 2020 года рецидив эпизода кровохарканья, появление мелкоочечной геморрагической сыпи на коже туловища и конечностей. По данным профиля ANCA обнаружены аутоантитела класса IgG к протеиназе-3, аутоантитела класса IgG к гистонам. Заключение ревматолога 07.12.20: Гранулематозный ангиит, (Гранулематоз Вегенера ?) ANCA-ассоциированный с поражением респираторного тракта. Назначен метилпреднизолон в дозе 40 мг в сутки, микофенолат мофетил в дозе 2000 мг в сутки, в дальнейшем постепенно снижалась доза метилпреднизолона. Ухудшение самочувствия с июля 2024 г., отметил появление болей в правой половине грудной клетки, усиление одышки, общей слабости, усиление болей в суставах ног. Госпитализирован в ревматологическое отделение, где выставлен диагноз: ANCA-ассоциированный васкулит: гранулематоз Вегенера, поражение легких (полисегментарное поражение легочной ткани с развитием кровохарканья от августа 2020 г., ноября 2020 г., июля 2024 г.), поражение ЛОР-органов (хронический гнойный верхнечелюстной синусит), почек (хроническая болезнь почек I стадия, хронический гломерулонефрит, активный, без нефротического синдрома, симптоматическая артериальная гипертензия II ст.), суставов (артрит коленных, голеностопных суставов, ФК1), гепатолиенальный синдром, неврологические проявления (головная боль напряжения), хроническое течение, активность II ст. В отделении пациент был дообследован: лейкоциты - $9,73 \times 10^9$, СОЭ - 15 мм\ч, креатинин – 98,0 мкмоль/л, С-реактивный белок – 15,42 мг/л. Общий анализ мочи: минимальная протеинурия, эритроцитурия. Ro-гр околоносовых пазух - в правой гайморовой пазухе в нижнем квадрате, касаясь нижней стенки пазухи определяется выпуклая тень, размером 1,8 x 0,8см в диаметре – киста? В левой - с горизонтальным уровнем жидкости. Для снижения активности васкулита проведена «пульс-терапия»: 3 г метилпреднизолона, 600 мг циклофосфамида однократно. В дальнейшем назначен метипред 16 мг в сутки, микофенолат мофетил 2000 мг в сутки. На фоне проводимого лечения самочувствие больного улучшилось, на момент выписки уменьшились боли в суставах, головные боли, одышка при физической нагрузке.

Выводы: представленный клинический случай наглядно демонстрирует трудности в первичной диагностике ГрВ, а также положительную клиническую динамику на фоне проведения активной иммуносупрессивной терапии.

Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Валигун Я.С., Соболева А.А., Максимова М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Ординатура – это одна из ступеней многоуровневой структуры высшего медицинского образования, основная задача которой – подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения, после которой выпускникам присваивается квалификация врача-специалиста (провизора) по определённой специальности.

Одним из ключевых позиций последиplomного образования является подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре. Ординатура – это одна из ступеней многоуровневой структуры высшего медицинского образования, основная задача которой – подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения.

Всего в лицензии на образовательную деятельность ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России прописаны 80 специальностей ординатуры. С каждым годом растет количество реализуемых специальностей. Если в 2023 году врачи ординаторы обучались по 36 специальностям, то в 2024 – обучение в ординатуре проводится уже по 50 специальностям.

Наибольшее количество ординаторов обучается по специальностям: Стоматология общей практики - 38 человек, Дерматовенерология - 37 ординаторов, Неврология - 34 обучающихся, Анестезиология -реаниматология - 34 ординатора.

Срок освоения основных образовательных программ высшего образования (ОПОП ВО) ординатуры составляет 2 год (104 недели), включая отпуск (каникулы) после прохождения ГИА, вне зависимости от применяемых образовательных технологий. Объем программы ординатуры, реализуемый за весь период обучения, составляет 120 зачетных единицы трудоемкости. Трудоемкость – 4320 часа, из них аудиторных часов – 2386 часов, в том числе ГИА – 108 часов. Режим аудиторных занятий – 36 часов в неделю.

Объем ОПОП ВО, реализуемый за один учебный год, составляет не более 70 з.е. вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации ОПОП ВО по индивидуальному учебному плану (за исключением ускоренного обучения), а при ускоренном обучении – не более 80 з.е. Зачетная единица для ОПОП ВО эквивалентна 36 академическим часам (при продолжительности академического часа 45 минут).

Форма обучения ОПОП ординатуры реализуется в очной форме обучения (с отрывом от производства).

Принципы обучения ординаторов, которые реализуются в ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в логике компетентностного подхода:

1. Учебный процесс ориентирован на достижение результатов, выраженных в форме компетенций.
2. Обучающиеся сознательно берут на себя ответственность за собственное обучение. Для этого субъекты обучения активно взаимодействуют.
3. Ординаторам предоставляется возможность учиться поиску, обработке и использованию информации. Отказываемся от практики трансляции знаний.
4. Обучающиеся имеют возможность практиковаться при освоении компетенций, используя большое количество реальных и имитационных практик.
5. Индивидуализация обучения: предоставление каждому обучающемуся возможность осваивать компетенции в индивидуальном темпе.

Проверка сформированности компетенций у выпускников ординатуры – главная задача государственной итоговой аттестации. Государственная итоговая аттестация выпускников ОПОП ВО подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре выявляет теоретическую и практическую подготовку в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по соответствующей специальности.

Баиров И.И., Голубицкий К.О., Красникова А.В., Костюкова Е.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КАК СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Введение: Согласно данным ВОЗ, до 2025 года около половины женщин будет страдать от ожирения. Женщины, имеющие ожирение, составляют особую группу риска в отношении репродуктивных нарушений и осложнений во время беременности. Существует непосредственная связь между ожирением и репродуктивной функцией женщины. У 43% женщин с ожирением наблюдается нарушение менструальной функции (олиго- и аменорея), у 70% — рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия и повышение маточных кровотечений. Для женщин ожирение также является фактором риска развития рака эндометрия, яичников, шейки матки и злокачественных опухолей молочной железы. Бесплодие встречается у женщин с ожирением в 2,7 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела. При беременности могут возникать различные осложнения, вплоть до угрозы прерывания, ограниченного роста плода, развития поздних токсикозов, а в некоторых случаях — эклампсии и преждевременной смерти плода. Изучением проблемы бесплодия и нормализации репродуктивной функции у больных с ожирением занимаются давно. Как известно, ожирение тяжело поддается лечению, поэтому бариатрическая хирургия, это то, что помогает достигнуть безопасного и длительного снижения массы тела.

Цель исследования: Оценка воздействий бариатрических операций на репродуктивную функцию женщин, страдающих ожирением.

Материал и методы: Обзор литературы на основе заранее определенных критериев проводился с 1 марта 2014 г. по 1 июня 2024 г. в базе данных PubMed используя в качестве стратегии поиска комбинацию медицинских терминов «Бариатрическая хирургия», «Бесплодие», «Репродуктивная функция» и связанные с ними термины в качестве ключевых слов. Глубина поиска составила 10 лет. Диапазон поиска находился в пределах полного текста, а язык был ограничен английским и русским языками. В результат поиска было включено 51 опубликованных релевантных материалов (включая обзорные статьи, тезисы с конференций, оригинальные статьи и т.д.).

Результаты исследования: После бариатрических операций уровень гормонов в сыворотке крови нормализовался, а менструальные циклы стали более регулярными, что привело к снижению частоты бесплодия (121,2 случай 1000 женщин в год) к (47,0 случай 1000 женщин в год). С другой стороны, дефицит витаминов регулярно возникал после бариатрических вмешательств. Мета-анализ показал, что фертильность и регулярность менструального цикла улучшилась, тогда как не возникло никакой связи между бариатрическими операциями и врожденными пороками развития, частотой выкидышей.

Вывод: В последние десятилетия во всем мире сформировалась устойчивая тенденция к росту распространенности ожирения и избыточной массы тела, в том числе и у женщин. Ожирение – это не только косметический дефект, но и хроническое заболевание, ведущее к ряду серьезных осложнений, в том числе бесплодие. Бариатрическая хирургия оказывает положительное влияние на фертильность молодых женщин, страдающих ожирением, и требует междисциплинарного подхода. Снижение массы тела следует считать первоначальным этапом лечения страдающих ожирением и бесплодием женщин. Потеря массы тела зависит от типа хирургической операции, напрямую коррелирует с темпом стабилизации в гормональной сфере, что увеличивает вероятность беременности.

Бакалов К.А., Волкова О.В., Гришкина Н.А., Магомедов С.Г.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

ЛЕКТОР: ЛИЧНОСТЬ ИЛИ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Актуальность проблемы: Рост интереса к вовлечению искусственного интеллекта (ИИ) в образовательный процесс ставит под сомнение традиционную роль лектора как носителя знаний, поскольку современные ИИ способны эффективно обрабатывать и передавать информацию. Это вызывает необходимость переосмысления концепции лектора и анализа ценности его личностных качеств и опыта в условиях цифровизации. Исследование этой роли важно для выявления новых подходов к обучению и подготовки специалистов в быстро меняющемся мире.

Цель исследования: Сравнение эффективности традиционного лектора и ИИ в качестве источника информации для студентов

Материалы и методы: Исследование проводилось на лекции «Лептоспироз. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» у 5 курса лечебного факультета. Лекция была поделена на две части, где первая часть, «Лептоспироз», как и изначально планировалось, была проведена кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Тверского Государственного Медицинского Университета, Гришкиной Натальей Анатольевной (Гришкина Н.А.). Вторая часть лекции, «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом», была представлена в качестве видеоролика, созданного на основе ИИ. Текст видеоролика был создан с помощью следующих программ ИИ: «Chat GPT-4», «Chat GPT-3.5 Turbo», «Chat GPT-4o», «Perplexity». В запросах к ИИ указывались такие требования, как: повествование в научном стиле с применением медицинской терминологии, использование в качестве основы новых клинических рекомендаций, структурирование в формате лекции для студентов, а также корректирование объема текста. Полученный текст не редактировался человеком и был проверен Гришкиной Н.А. на достоверность и полноценность информации. Для озвучки синтезированного текста была использована программа ИИ с сайта «Elevenlabs.io». На основе трехминутной записи голоса Гришкиной Н.А., где был зачитан случайный художественный текст, была создана голосовая модель, с помощью которой и был озвучен весь синтезированный текст для лекции. Визуальное представление было создано с помощью программы ИИ с сайта «D-id.com». На сайт было загружено фото Гришкиной Н.А. в анфас и ранее созданный аудиоряд к лекции. ИИ создал и корректировал анимацию фото, основываясь на аудиоряде. Видеоролик, после одобрения научных руководителей, был представлен 5 курсу. В конце лекции было проведено тестирование для оценки эффективности и усвоения знаний. По итогам тестирования были сданы и оценены по десятибалльной шкале, где 10 – это высшая оценка, 112 работ. Помимо этого, было проведено онлайн-анкетирование студентов с использованием сервиса «Yandex Forms». В анкете студентов просили оценить и сравнить преподавателя и ИИ, так же был включен вопрос о потенциале ИИ. Анкетирование прошло 99 студентов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты: По итогам тестирования были получены следующие результаты: средний балл по теме «Лептоспироз», прочитанной Гришкиной Н.А., составил 8,9/10, а средний балл по теме «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом», прочитанной ИИ, составил 5,9/10. По итогам анкетирования в «Yandex forms» 94,9% опрошенных считают, что лектор смог доступнее донести информацию, чем ИИ. Подача лектора была оценена в среднем в 4,76/5 балла, где 5 – это высшая возможная оценка, а подача ИИ была оценена в среднем в 3,01/5 по тому же принципу. При этом, только 10% опрошенных посчитали, что ИИ плохо проработал тему. 5% опрошенных отметили, что ИИ некачественно использовал медицинскую терминологию. 89% опрошенных видят потенциал в развитии ИИ технологий.

Выводы: По полученной статистике заметно, что ИИ значительно уступает традиционному лектору в качестве источника информации для студентов. Это подтверждается средним баллом по тестированию (8,9 против 5,9 в пользу лектора), студенческим мнением (4,76

против 3,01 в пользу лектора). Однако, важно отметить, что результат ИИ является вполне удовлетворительным и отражает положительную динамику развития технологий. Еще 5-10 лет назад трудно было представить, что ИИ вообще справится с такой задачей, как ведение лекции в высшем учебном заведении. Именно в этом и выражается огромный потенциал развития ИИ, который и был отмечен подавляющим большинством опрошенных (89%).

Бакалова А.Д., Ежелева М.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА

Цель исследования состояла в анализе особенностей и закономерностей влияния тяжелых металлов и металлоидов на распространенность заболеваний органов пищеварения у взрослого населения г. Донецка в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды была выбрана максимальная кратность превышения предельно допустимой концентрации (фоновых показателей) 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почве г. Донецка по административным районам, ранжированным по уровню загрязнения, вовлеченности в локальный военный конфликт и расположению загрязняющих объектов. Оценивалась распространенность патологий органов пищеварения у взрослого населения с учетом половых особенностей по четырем периодам: I – довоенного (2012-2013 гг.), II – переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и III – стабильного военного (2017-2019 гг.), IV – период пандемии COVID-19 (2020-2021 гг.). Проведенная периодизация также учитывала изменения демографических показателей. Для расчета интенсивных показателей использовались статистическая форма №12, показатели среднегодовой численности различных групп населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения. Межгрупповые и межрайонные различия оценивались методом множественных сравнений Шеффе. Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ распространенности заболеваний органов пищеварения (ОП) по периодам показал, что максимальные уровни показателя у всего взрослого населения определялись в довоенном периоде ($p < 0,01$). Анализ распространенности, проведенный по районам города (9 районов в сравнении со среднегородскими показателями) выявил, что у всего взрослого населения наибольшие уровни патологии определялись в наиболее загрязненном по содержанию ТМ районе Б., не пострадавшем от боевых действий, у мужского населения – в загрязненных окраинных районах Б. и Пр., не вовлеченных в локальный военный конфликт. Следует отметить, что уровни патологии у мужчин во все периоды были достоверно ($p < 0,01$) выше, чем у всего взрослого и женского населения.

В I периоде была определена сильная связь распространенности заболеваний ОП среди всего взрослого населения с содержанием мышьяка ($R_o = 0,788$) и алюминия ($Tau = 0,688$, $R_o = 0,838$). Средней силы связь распространенности у мужского населения установлена с содержанием фосфора ($Tau = 0,609$, $R_o = 0,761$) и алюминия ($Tau = 0,569$, $R_o = 0,701$), сильная связь – с содержанием мышьяка ($Tau = 0,718$, $R_o = 0,873$). У женского населения установлена корреляционная связь с содержанием алюминия ($Tau = 0,569$, $R_o = 0,769$).

Во II периоде определена сильная связь распространенности заболеваний ОП всего взрослого населения с концентрацией фосфора ($Tau = 0,738$, $R_o = 0,850$), средней силы – у мужчин с алюминием ($Tau = 0,629$, $R_o = 0,744$), у женского населения – с содержанием цинка ($Tau = 0,588$).

В военном стабильном периоде выявлена связь распространенности заболеваний ОП всего взрослого и мужского населения с содержанием фосфора ($Tau = 0,609$, $R_o = 0,726$).

В период пандемии COVID-19 сохраняется связь распространенности патологии ОП у взрослого и мужского населения с содержанием фосфора ($Tau = 0,609$, $R_o = 0,726$ и $R_o = 0,708$, соответственно).

Т.о., определена взаимосвязь между содержанием ТМ в почве и распространенностью заболеваний ОП. ТМ являются фактором риска для развития данных патологий и требуют дальнейшего анализа и учета при прогнозировании.

Бакурова Е.М., Турсунова Е.М., Золотарева Е.И., Бутенко Е.В., Зуйков С.А., Одарченко Т.С., Филиппаки И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Значимым фактором патогенеза анемии при канцерогенезе является «синдром старения эритроцитов». Считают, что одним из механизмов повреждения мембранных структур эритроцитов, а впоследствии фактором развития анемии, является активация процессов свободно-радикального окисления, индуцированная активными формами кислорода (АФК). При этом возрастает роль защитных механизмов эритроцитов – ферментов антиоксидантной системы (АОС): супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГПО) и др. Известно, что окислительная модификация глобиновых цепей гемоглобина, а также формирование метгемоглобина сопровождаются нарушением газотранспортной функции гемоглобина (Hb). Газообменную функцию эритроцитов регулируют 2,3-дифосфоглицерат (2,3-ДФГ) и аденозин, чей уровень контролирует аденозиндезаминаза (АДА).

Цель. Определение активности ферментов, препятствующих свободно-радикальному окислению в эритроцитах и развитию анемии при раке молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы. Исследованы особенности ферментативной активности в эритроцитах у больных РМЖ распространённых стадий спектрофотометрическим методом.

Результаты. В эритроцитах больных РМЖ выявлен дисбаланс активностей ферментов АОС: снижение ГПО на фоне повышения СОД. Так, при РМЖ активность ГПО составила 5,41 (4,35; 6,22) нмоль/мин×мг, в то время как в контрольной группе она была 6,67 (5,87; 7,86) нмоль/мин×мг. Причём, у больных РМЖ в этой подгруппе не было анемии, при наличии анемии активность ГПО составила 3,44 (2,77; 5,34) нмоль/мин×мг. Активность СОД при этом, наоборот, повышалась. Все биохимические показатели распределяли согласно кластерному анализу в подгруппы с анемией и без. Дисбаланс АОС неизбежно приводит к активации прооксидантных процессов в эритроцитах и развитию «синдрома старения эритроцитов». Вероятно, что в этих случаях в эритроцитах формируются АФК, которые инициируют восстановительное высвобождение ионов металлов переменной валентности, в особенности железа, из их комплексов с биологическими молекулами. В системе эритроцита – это глобиновые цепи гемоглобина. Важно отметить, что протонированная форма этого радикала гидрофобна. Аккумулируясь в мембране, она запускает цепные реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ). Следствием усиления ПОЛ будет сокращение периода активной системной циркуляции эритроцита, или внутрисосудистый гемолиз. В то же время нарастание модифицированных форм гемоглобина ведёт к нарушению газообмена.

Для РМЖ с анемией характерно нарастание уровней 2,3-ДФГ, что указывает на напряжённость процессов газообмена: 9,54 (7,11; 11,23) по сравнению с кластером без анемии 6,77 (5,51; 7,27); (контроль 6,80 (5,44; 7,53) мкмоль/мл). Активность АДА при этом снижалась: при анемии 4,56 (3,28; 5,77); без анемии 6,55 (4,78; 7,05); контроль 10,37 (8,45; 12,48) нмоль/мин×мг. Таким образом, снижение активности АДА обуславливает повышение клеточных уровней аденозина вследствие уменьшения интенсивности его катаболизма. Среди регуляторных эффектов аденозина – увеличение концентрации 2,3-ДФГ, облегчающего транспорт кислорода в ткани. Следовательно, снижение активности АДА может быть компенсаторным механизмом, направленным на повышение уровней аденозина и реализацию его регуляторных эффектов.

Выводы. Чувствительными ферментативными тестами прогноза анемии, ассоциированной с опухолевым ростом, можно считать АДА и ГПО, а дисбаланс активности ферментов антиоксидантов является значимым фактором патогенеза анемии, нарастание же уровней 2,3-ДФГ свидетельствует о напряженности газообмена.

Балабанов А.А., Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У НЕ ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ, ПРИ КОКЛЮШЕ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Коклюш- это острое инфекционное заболевание, вызываемое *Bordetella pertussis*, передающееся воздушно –капельным путём, характеризующееся циклическим течением и наличием судорожного приступообразного кашля. На сегодняшний день коклюш вновь приобретает свою актуальность, за счёт удерживаемого уровня заболеваемости среди лиц дошкольного и младшего школьного возрастов, несмотря на то, что инфекция является «управляемой» за счёт вакцинопрофилактики. В настоящее время очевидно, что гуморальный ответ на коклюшную инфекцию регулируется цитокиновой сетью, однако исследования этого звена иммунного ответа немногочисленны. Цель данной работы: изучить особенности специфического гуморального ответа и его цитокиновой регуляции, в частности ИЛ-6 и ИЛ-10, у больных коклюшем в зависимости от различных факторов: сроков заболевания, возраста больных и вакцинального статуса. Под наблюдением находилось 168 больных среди которых 39 в возрасте до года, 129 старше 1 года. Для определения концентрации цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-10 (пикограмм/мл) в сыворотке крови использовался набор реагентов «Вектор-Бест» (Россия) с соблюдением всех пунктов, изложенных в прилагающихся инструкциях. Параллельно с этим проводили исследование уровня ИЛ-6, ИЛ-10 в контрольной группе здоровых и привитых детей. Из полученных данных отмечается высокое содержание плазменных провоспалительных цитокинов (ИЛ-6), которое достоверно увеличено в период среднетяжёлой ($9,9 \pm 1,9$) и тяжёлой формы ($12,3 \pm 2,2$) заболевания по сравнению с контрольными величинами ($5,1 \pm 0,5$). Это свидетельствует о дисбалансе цитокинового профиля иммунного ответа при коклюше, за счёт усиления продукции и выброса ИЛ-6 на фоне угнетения выработки ИФН-у. Следует отметить, что такой дисбаланс указывает на слабую выраженность иммунного ответа по типу гиперчувствительности немедленного и замедленного типов. При этом наибольший уровень продукции ИЛ-6 отмечался на 3-4 неделе. Исследуя уровень ИЛ-10 в сыворотке крови была выявлена тенденция к нарастанию данного цитокина ко 2 неделе заболевания и достигающая своего пика также на 3-4 неделе. Так ко 2 неделе уровень ИЛ-10 у детей старше 1 года составлял (268 ± 42 пикограмм/мл), а к концу 3 началу 4 недели (472 ± 91 пикограмм/мл). Данные полученные при сравнительном анализе индуцированной продукции ИЛ-10 в зависимости от вакцинального статуса больных показал, что у привитых детей уровень продукции ИЛ-10 был ниже и составлял 243 ± 34 пикограмм/мл, чем у непривитых соответственно. Стоит отметить, что у привитых детей, больных коклюшем динамика продукции ИЛ-10 характеризовалась постоянством на уровне продукции цитокина в различные сроки исследования. Характер продукции противовоспалительных цитокинов, регулирующих антительный ответ в частности ИЛ-10, в значительной мере определялся вакцинальным статусом больных коклюшем. Выявленная несостоятельность гуморального ответа у детей в возрасте до 1 года согласно результатам исследований обусловлена недостаточностью цитокиновой регуляции (снижением уровня ИЛ-10). Таким образом, наши исследования подтвердили, что ИЛ-6 и ИЛ-10 является цитокинами, активно участвующие в формировании иммунного ответа по Th2-типу, доминирование которого характерно для определенной группы инфекций, в том числе и для коклюша.

Балацкий Е.Р., Демчук В.О., Бондарева Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

Актуальность. Вопросы этиопатогенеза пилонидальной болезни (ПБ) имеют не только теоретическое, но и прикладное значение, поскольку они кардинально меняют подходы к хирургическому лечению. Широкая экцизия, как метод лечения, основанный на врожденной этиологии ПБ, имеет лишь существенное значение и считается этиопатогенетически необоснованной. На смену травматическим методам хирургического лечения (широкое иссечение пилонидальной кисты (ПК) с различными вариантами завершения оперативного вмешательства) пришли современные малотравматичные операции, которые основываются на теории приобретенного происхождения ПБ и широко используются не только отечественными, но и зарубежными хирургами. Применение этиопатогенетически обоснованных подходов к оперативному лечению ПК позволяет снизить риск развития рецидивов и других осложнений хирургического лечения пилонидальной болезни, а также делает возможным лечение такого рода пациентов в условиях дневного стационара (стационара одного дня) с минимальными экономическими затратами.

Цель исследования. Определение ключевой теории возникновения и развития пилонидальной кисты для последующего выбора подходов пластического закрытия раневого дефекта при радикальном оперативном лечении.

Материалы и методы. Проводился анализ зарубежных и отечественных литературных источников, ретроспективно изучались истории болезни тематических больных, оценивались результаты различных методик хирургического лечения пилонидальной кисты.

Результаты. Основываясь на результатах проведенного нами анализа зарубежной и отечественной тематической литературы нами установлено, что на сегодняшний день не существует единой теории возникновения и развития ПБ. Не вызывает сомнений и то, что заболевание склонно к хроническому течению с формированием абсцессов и свищей с эпителиальной выстилкой, что требует радикального хирургического лечения с иссечением очагов поражения.

Кроме того, нами установлено, что методов консервативной терапии ПБ, на сегодняшний день, не существует. Однако, многообразие теорий развития заболевания порождает и разнообразие методов хирургического лечения – от малоинвазивных до расширенных реконструктивно-пластических оперативных вмешательств с различным уровнем достоверности рекомендаций и убедительности доказательств. Лишь для пациентов с рецидивными или запущенными формами ПБ рекомендовано выполнение расширенных пластических операций, направленных на ликвидацию патологического очага, с максимальным уровнем достоверности рекомендаций и убедительности доказательств (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2022).

Заключение. Таким образом, на основании проведенного нами архивного литературного анализа было установлено, что большинство исследователей считают наличие глубокой межъягодичной складки основным фактором развития первичного воспалительного процесса, а также предопределяющим в повышении риска развития рецидивов пилонидальной болезни. Это необходимо учитывать при выборе пластического закрытия раневого дефекта при радикальном оперативном лечении.

*Балыкова Л.А., Дуваярова Т.М., Ледяйкина Л.В., Ямашкина Е.И.,
Мосина М.В., Чернова Н.Н., Балыкова О.П.*

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

СВЯЗЬ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Состояние нутритивного статуса детей приобретает особое значение с момента поступления ребенка в школу. Ведь именно с этого возраста распространенность алиментарно-зависимых заболеваний начинает неуклонно расти. В докладе ВОЗ «О поведении детей школьного возраста в отношении здоровья» (НБСC), опирающемся на данные из 44 стран (05.2024г), было установлено, что по мере взросления дети все реже придерживаются здорового рациона питания и все чаще отдают предпочтение нездоровой пище, что не может не сказаться негативно на состоянии здоровья детей и будущих взрослых.

Цель работы: оценить взаимосвязь питания и алиментарно-зависимых заболеваний у детей.

Материал и методы исследования: в исследовании принимали участие 144 школьника 7,8,9,10 и 14 лет. Первую группу составили дети, получающие «полное» социальное питание (воспитанники «Ялгинской школы-интерната» и «Республиканского лицея для одаренных детей», $n=67$), вторую – сопоставимые по полу и возрасту учащиеся городской школы, которые получали горячее школьное питание один раз в день и домашнее питание ($n=77$). Оценка рациона питания проводилась с помощью интернет-сервиса «Nutrilogic», параметры физического развития определялись методом антропометрии с последующей оценкой гармоничности развития в программе «WHO AnthroPlus», исследование состава тела проводилось методом биоимпедансометрии. Заболеваемость анализировалась для каждой возрастной группы по данным медицинской документации.

Результаты исследования: в результате сравнительного анализа нутритивного статуса детей установлено: школьники, получающие социальное питание чаще имеют достаточное употребление с пищей белков (на 23,2%) и углеводов (на 52%), и реже – избыточное поступление холестерина с пищей (на 14%), в отличие от школьников, получающих индивидуальное питание ($p<0,05$). Достаточное поступление микроэлементов и витаминов с пищей также чаще достигается у школьников, получающих социальное питание. А недостаток потребления таких микронутриентов как железо, кальций, фосфор, цинк и йод, установлено несколько чаще у школьников второй группы ($p<0,05$). Витаминное обеспечение было недостаточным у детей обеих групп, но дефицит выявлялся чаще и был более значимым у учащихся из городской школы по сравнению с детьми из лицея и интерната ($p<0,001$).

В ходе биоимпедансного анализа состава тела школьников, получающих социальное питание, среднее значение удельного основного обмена было на 171,3 выше, чем у детей городской школы ($p<0,05$). У детей из лицея и интерната обнаружена тенденция к снижению доли жировой массы и увеличению тощей массы ($p<0,05$).

Распространенность алиментарно-зависимых заболеваний установлена на более низких значениях для детей первой группы: патологии сердечно-сосудистой системы - на 1,6 %, пищеварительной системы – на 1,7%, болезней органов дыхания – на 1,9%, эндокринных заболеваний – на 1.7%, при сравнении со школьниками второй группы.

Выводы: в результате проведенного исследования было установлено, что дети, получающие социальное питание имеют более сбалансированный рацион питания и более низкую распространенность алиментарно-зависимых заболеваний. Однако, питание детей обеих групп не является полностью оптимальным и требует коррекции витаминно-микроэлементного состава пищи.

Баранова А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗВИТИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Актуальность. Развитие полинейропатии как осложнение сахарного диабета (СД) представляет собой значимую медицинскую и социальную проблему. С каждым годом растущее число пациентов с СД создает дополнительные вызовы для системы здравоохранения, что требует углубленного изучения и понимания механизмов, лежащих в основе этого осложнения.

Цель исследования. Изучить механизмы развития, проявления и последствий полинейропатии при СД.

Материалы и методы исследования. Анализ данных отечественных и зарубежных источников за 2019-2023 гг.

Результаты исследования. По данным клинико-электрофизиологического и генетического исследования Альбековой Ж.С., у пациентов с длительностью заболевания от впервые выявленного СД до 5 лет полинейропатия была обнаружена в 6% случаев. В группе больных с длительностью заболевания от 5 до 10 лет вероятность составила 14,7%. Среди больных с длительностью заболевания СД от 10 до 30 лет вероятность составила 37,8%. В исследовании 2020г. Мичиганского университета (Е.Л. Фельдман) распространённость диабетической полинейропатии увеличилась с 8% до 42% у пациентов с СД при наблюдении в течение 10 лет.

Согласно проведенному исследованию кафедры неврологии Мичиганского университета (Брайан К. Каллаган) в 2020 году, воспаление, нарушение функций митохондрий, окислительный стресс и нарушение образования энергии в клетках являются потенциальными и основными механизмами, лежащими в основе влияния гипергликемии и дислипидемии на развитие полинейропатии при СД.

Выводы.

Длительность СД является значимым фактором риска развития полинейропатии. Связь между уровнем гликозилированного гемоглобина и различными факторами риска, такими как дислипидемия, гипертензия и курение, свидетельствует о том, что контроль уровня глюкозы в крови и сопутствующих заболеваний может сыграть критическую роль в профилактике и управлении диабетической полинейропатией. Гипергликемия способствует ухудшению метаболизма нейронов и нарушению их функционирования, что также необходимо учитывать в клинической практике.

Баранова В.В., Демченко А.В., Коршик О.Р

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С АТР

Введение. Иммунологическая проба с применением Аллергена туберкулёзного рекомбинантного (АТР) широко используется для диагностики туберкулеза. Диаскинтест позволяет выявлять туберкулёзную инфекцию или активный туберкулёз. Препарат также применяется для дифференциации положительных реакций на туберкулин, так как содержит белки СРФ10 и ESAT6 вирулентных микобактерий.

Цель. Исследовать состояние иммунного ответа на АТР и выявить факторы риска активации латентной туберкулёзной инфекции студентов IV курса медицинских высших учебных заведений.

Материалы и методы. Проведён Диаскинтест с АТР, результат оценён через 72 часа в условиях Луганского Республиканского противотуберкулёзного диспансера. Также проанализированы данные анкетирования 210 студентов VI курса лечебного и педиатрического факультетов.

Результаты. Среднее соотношение мужчин и женщин составляет 2:3, средний возраст исследуемых составляет $22 \pm 0,7$ лет.

Положительный ответ у 4,7% (10 человек) случаев - гиперергическая реакция.

Выявлены социальные факторы риска: стрессовые условия обучения; несбалансированное питание; несоблюдение режима труда и отдыха; неудовлетворительные материально-бытовые условия в общежитии; высокий риск контакта с больными туберкулёзом в медицинских учреждениях. Дополнительно у лиц с гиперергией были отмечены такие провоцирующие факторы, как перенесённая коронавирусная инфекция в 70% случаев, табакокурение - 50%, работа младшим или средним медицинским персоналом - 50%, сопутствующие заболевания (в основном заболевания желудочно-кишечного тракта) - в 20% случаев и контакт с больными туберкулёзом - 10%.

По результатам рентгенологического обследования были диагностированы остаточные изменения клинически излеченного туберкулеза (40%), внебольничная пневмония (30%), лица без локальных форм в лёгких, но с высоким риском развития внелегочных форм туберкулеза (30%).

Выводы. Таким образом положительный результат лишь Диаскинтеста был в 4,7% случаев. Факторами риска были зарегистрированы в анамнезе ранее перенесённый туберкулёз и вирусная инфекция - COVID-19, работа в качестве младшего и среднего медицинского персонала в медицинских учреждениях (возможно дополнительный риск туберкулёзного контакта и причина нарушения режима отдыха и полноценного питания).

Баринов Э.Ф., Гиллер Д.И., Ахундова С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ЭТАМЗИЛАТА ПРИ ГЕМАТУРИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЛИТОТРИПСИЕЙ

Актуальность. Этамзилат обладает гемостатическими свойствами, однако неясно, активизирует ли он тромбоциты (Тц) при ингибировании ЦОГ в случае введения НПВП после проведенной литотрипсии. Известно, что снижение синтеза ТхА₂ в Тц вызывает нарушение их адгезии и агрегации, что может провоцировать постоперационную геморрагию/гематурию. Можно предположить, что эффективность гемостаза при введении Этамзилата зависит от остаточного биосинтеза ТхА₂, способного поддерживать внутриклеточную сигнализацию в Тц.

Цель исследования – оценить выраженность гематурии после контактной литотрипсии (КЛТ) конкрементов мочеточника и проанализировать активность TP-рецептора Тц на фоне введения Этамзилата.

Материал и методы. Исследование носило проспективный когортный характер и включало 42 пациента после стандартной ЛКТ конкрементов средней трети мочеточника. При сохранении макрогематурии в течение 6 ч после КЛТ пациентам внутривенно вводили Этамзилат (разовая доза составила 250 мг). Для оценки проагрегантной активности Тц применяли ТхА₂ (лиганд TP-рецептора) и Этамзилат. Оценку агрегации Тц проводили турбидиметрическим методом на анализаторе ChronoLog (USA).

Результаты. В зависимости от выраженности послеоперационной гематурии на фоне введения Этамзилата, пациентов разделили на две группы: с эффективным (1-я группа, 20 пациентов) и неэффективным гемостазом (2-я группа, 22 пациента). В 1-й группе через 6ч после введения стандартной дозы Этамзилата макрогематурия снизилась до $72,5 \pm 1,6$ э/пз (95%ДИ 69-75,9 э/пз), во 2-й группе – сохранялась макрогематурия. Проагрегантная активность Этамзилата до КЛТ в 1-й группе пациентов была на 10,5% ($p=0,002$) выше, чем во 2-й группе (соответственно, $41,2 \pm 0,8$ э/пз и $37,3 \pm 0,7$ э/пз). После введения Этамзилата на фоне ингибирования ЦОГ регистрировалось снижение агрегации, индуцированной гемостатиком на 8,7% (до $37,6 \pm 0,6$ э/пз; $p=0,002$); во 2-й группе – на 12,5% (до $32,9 \pm 0,5$ э/пз; $p<0,001$). Следовательно, во 2-й группе пациентов Этамзилат воспроизводил менее выраженный гемостатический эффект. Активность TP-рецептора до КЛТ в 1-й группе пациентов на 53,8% ($p<0,001$) выше, чем во 2-й группе (соответственно, $58,9 \pm 0,9\%$ и $38,3 \pm 0,7\%$), что отражает наличие различной реактивности ЦОГ в Тц. Выявлена отрицательная связь между выраженностью гематурии и активностью TP-рецептора: в 1-й группе $r=-0,510$ ($p<0,05$), во второй – $r=-0,533$ ($p<0,05$). Системное введение Этамзилата на фоне назначения НПВП в 1-й группе сопровождалось снижением амплитуды агрегации, индуцированной ТхА₂ на 21,9% (до $48,3 \pm 1,0\%$; $p<0,001$) по сравнению с исходным уровнем; во 2-й группе при инкубации Тц с ТхА₂ параметры агрегации не изменились ($40,1 \pm 0,9\%$; $p>0,05$). Таким образом, ограничение гематурии при системном введении Этамзилата связано с усилением агрегации Тц вследствие модуляции путей сигнализации TP-рецептора, связанного с Gq- и G12/13- белками.

Заключение. Изучение остаточной активности TP-рецептора к ТхА₂ и модуляции функционирующих путей сигнализации тромбоцитов посредством Этамзилата будет способствовать разработке современных гемостатических терапевтических средств.

Баринов Э.Ф., Перенесенко А.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФЕНОТИПЫ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АГРЕГАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ

Актуальность. Отсутствие знаний, касающихся влияния системных и паракринных регуляторов на формирование и состав тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА) при воспалительной реакции в мочевыводящих путях (МВП) сдерживает совершенствование консервативной терапии у пациентов с нефролитиазом. Требуют исследования фенотипы клеток крови и механизмы формирования ТЛА в фазе ремиссии и рецидива ХОПН. Необходимо выяснить – как изменяется внутриклеточная сигнализация в тромбоцитах (Тц), при рекрутировании лейкоцитов (Лц) из сосудистого русла; а также – в чем суть регуляции адаптационной реакции клеток крови в процессе формирования ТЛА при наличии острого и хронического воспалительного процесса в МВП.

Цель исследования – установить механизмы взаимодействия Тц и Лц при реализации воспалительной реакции у пациентов с нефролитиазом в фазе ремиссии.

Материалы и методы. Проанализированы мазки крови 195 пациентов с конкрементами мочеточника, которые находились на стационарном лечении в отделении рентген-ударно-волнового дистанционного дробления камней и эндоурологии ДОКТМО. При анализе механизмов формирования ТЛА использовалась цельная кровь, в которую добавлялись агонисты (адреналин, АДФ, ФАТ) в концентрации ЕС50%. Для окраски мазков использовался метод Паппенгейма; микроскопия мазка проводилась при увеличении $\times 40$ и $\times 100$. При подсчете ТЛА оценивали наличие и морфологические характеристики агрегатов. Анализ полученных данных проведен с использованием статистического пакета MedCalc version 20.115 (MedCalcSoftware, 2022). Различие считалось статистически значимым при уровне $P < 0,05$.

Результаты. Вариабельность количества циркулирующих ТЛА является отражением индивидуальной реактивности организма. Установлено, что наиболее информативным показателем, отражающим реактивность клеток крови в фазе ремиссии ХОПН являлась функциональная активность $\alpha 2$ -адренорецептора, что позволило распределить когорту пациентов на три группы – с гипoadренореактивным, нормoadренореактивным и гиперaдренореактивным фенотипом. При исследовании гипoadренореактивного фенотипа реакция клеток крови на адреналин была ниже на 27,1% ($P < 0,001$), АДФ на 12,5% ($P = 0,039$) и ФАТ на 48,4% ($P < 0,001$), по сравнению с контрольной группой. Для нормoadренореактивного фенотипа была характерна более высокая чувствительность ФАТ-рецептора (на 44,4%; $P = 0,043$) и низкая $P2Y$ -рецепторов (на 19,6%; $P = 0,027$), по сравнению с контрольной группой. При исследовании гиперaдренореактивного фенотипа реакция клеток крови на адреналин была выше на 57,4% ($P = 0,001$), а на АДФ и ФАТ – ниже на 20,1% ($P < 0,05$) относительно таковых в контрольной группе.

Выводы. Наличие гипoadренергического фенотипа связано с ограничением компенсаторных реакций, направленных на усиление функциональной активности клеток крови, следствием чего является снижение количества ТЛА и рекрутирования Лц из сосудистого русла.

У контингента больных с нормoadренергическим фенотипом мобилизация Лц для реализации воспаления обеспечивается посредством активации ФАТ-рецептора. При гиперaдренореактивном фенотипе системная активация клеток крови (посредством катехоламинов) является доминирующей и поддерживает рекрутирование Лц для реализации острого воспаления в МВП; компенсаторные реакции клеток крови также регулируются посредством аутокринной и паракринной стимуляции.

**Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Алиева Э.И., Щербакова О.В.,
Зябкин И.В., Цаца М.В., Чиркова К.А., Иванцова А.В., Маликова И.О.**

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический
центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ, Москва

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА У ДЕТЕЙ

Актуальность. Пищевод Барретта (далее ПБ) является следствием патологического гастроэзофагеально рефлюксной болезни (далее ГЭРБ), который считается облигатным предраковым заболеванием, что и предопределяет актуальность проведения исследований в этом направлении.

Материал и методы исследования. Обследовано 345 детей с патологическим ГЭРБ, находившихся в клинике за 10 лет. Диагностика ПБ включала: суточную рН метрию пищевода; эндоскопическое исследование с биопсией эпителия пищевода для морфологического исследования; контрастная рентгенография и внутривенной радионуклидной скintiграфии с Tc. Из 345 детей с ГЭРБ ПБ был выявлен у 52 детей, что составило 14% случаев, эти пациенты и будут подвергнуты исследованию. Из них 20 детей имели пептическую стриктуру пищевода. Они вошли во 2-ю группу исследования. В первой группе 32 детей без пептических стенозов пищевода.

Тактика лечения больных в первой группе - первым этапом устраняли ГЭР фундопликацией по Ниссену, а вторым – эрадикацию метаплазии посредством эндоскопической деструкции (электро или криодеструкция). Во второй группе - на фоне консервативной терапии проводился курс бужирования для разрешения пептической стриктуры, фундопликацией по Ниссену с последующей деструкцией эпителия или экстирпацию пищевода при протяженных пептических стриктурах пищевода не поддающихся бужированию.

Результаты. Из 52 детей с ПБ мальчиков было 36 (71%), девочек – 16 (29%). Средний возраст составил $10,2 \pm 3,8$ лет (1 – 15 лет). При морфологическом исследовании выявлены три гистологических типа метаплазированного эпителия: кардиальный (21 случай 40%), фундальный (25 детей 48 % случаев) и специализированный кишечный тип 6 детей (12 % случаев).

Всем детям 1-й группы, после курса консервативной терапии была выполнена фундопликация по Ниссену. Через 3 месяца, трем детям с эндоскопически позитивными проявлениями ПБ выполнена электрохирургическая коагуляция зон метаплазии. Остальные 29 детей были эндоскопически негативны по ПБ, им деструкция не проводилась.

Во второй группе – на фоне консервативной терапии проводились сеансы бужирования с последующей фундопликацией по Ниссену, после разрешения стеноза. Через 3 месяца проводилась эрадикация метаплазированного эпителия посредством электрокоагуляции или крио деструкции видимых фокусов метаплазии. Во второй группе в 9 случаях протяженность стеноза пищевода была более 4-7 см, и попытки их устранения были неэффективны на протяжении от 6 до 40 месяцев бужирования. им была выполнена экстирпация пищевода с одномоментной колоэзофагопластикой с проведением трансплантата в ложе удаленного пищевода.

Отдаленные результаты. Результаты лечения больных с ПБ прослежены в сроки от 1 до 5 лет у 47 детей, до 10 лет – у 5 детей. Во всех случаях в первой группе антирефлюксная операция Ниссена позволила получить положительный результат, купировать ГЭР и РЭ, хотя и не повлияла на регрессию метаплазии в категории больных с эндоскопически негативной формой. Такие больные нуждаются в диспансерном наблюдении, с эндоскопическим и морфологическим контролем слизистой пищевода.

У всех больных во второй группы получен положительный результат, купирован ГЭР, устранен стеноз и метаплазия пищевода. Эрадикация метаплазии в 45% (9 детей) случаев

достигнута методом радикального хирургического лечения (экстирпация пищевода), а в 55% (11 детей) случаев – методом послеоперационной эндоскопической деструкции.

Выводы. ПБ выявленный в детском возрасте подлежит эрадикации по факту его выявления, не взирая на отсутствия признаков дисплазии высокой степени, которая, с большей долей вероятности, случится уже во взрослом возрасте.

Бахиркин М.Р., Черкащенко С.О., Валов И.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Цель исследования. Определить основные аспекты патогенетической взаимосвязи между ишемической болезнью сердца (ИБС) и дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП).

Материалы и методы. Анализ данных литературных источников, материалов кандидатских и докторских диссертаций, научных библиотек (Elibrary.ru), баз данных международных исследований (PubMed).

Результаты. ДМПП – одно из наиболее распространенных врожденных заболеваний сердца, которое может сохраняться и у взрослых пациентов. ИБС является ведущей причиной летальности в мире, и включает в себя различные клинические формы, в частности, стенокардию, инфаркт миокарда и сердечную недостаточность, вызванные нарушением кровоснабжения миокарда. В последние десятилетия наблюдается возрастание интереса к изучению взаимосвязи между ИБС и ДМПП, так как наличие ДМПП может оказывать влияние на развитие и течение ИБС. Наличие ДМПП влияет на гемодинамику в сердце, что приводит к изменениям в коронарном кровообращении. При наличии шунта между левым и правым предсердием объем крови, проходящей через коронарные артерии, может быть недостаточен для нормального кровоснабжения миокарда. Это, в свою очередь, повышает риск ишемии миокарда, способствуя развитию ИБС. Длительная перегрузка правых отделов сердца из-за ДМПП приводит их к ремоделированию. Это состояние сопровождается изменениями в миокарде, в том числе фиброзом, гипертрофией и нарушением диастолической функции. Указанные изменения усугубляют уже существующую ишемию миокарда, особенно в случаях, когда коронарные сосуды уже стенозированы или просвет их сужен из-за наличия тромба, атеросклеротической бляшки, что способствует прогрессированию ИБС. Дальнейшая хроническая перегрузка сердца приводит к образованию фиброзной ткани в миокарде, что нарушает его сократительную способность и способствует развитию ишемии. Для диагностики ДМПП используется, главным образом, эхокардиография, которая позволяет визуализировать дефект межпредсердной перегородки, а также ультразвуковое исследование сосудов, коронарная ангиография и компьютерная томография сердца. При верификации ИБС диагностика также включает стресс-эхокардиографию, ангиографию коронарных сосудов и сцинтиграфию миокарда. Прогноз для пациентов с ДМПП и ИБС зависит от тяжести коморбидных состояний. Закрытие ДМПП существенно улучшает качество жизни пациента и снижает нагрузку на сердце. Раннее выявление и лечение указанных заболеваний имеет решающее значение для предотвращения осложнений и улучшения долгосрочных исходов.

Выводы. Взаимосвязь между ДМПП и ИБС у взрослых пациентов представляет собой сложный патофизиологический процесс, включающий изменение гемодинамических показателей и процессы ремоделирования сердца. Для улучшения прогноза пациентам с коморбидными состояниями необходимо учитывать особенности клинического течения заболеваний и использовать комплексный подход в диагностике и лечении.

Бедак А.С., Глухов А.В., Закомолдина Т.В., Шевченко Д.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА

Актуальность: дефицит альфа-1-антитрипсина — это наследственное заболевание, обусловленное сниженной концентрацией альфа-1-антитрипсина в сыворотке крови. Это заболевание может привести к преждевременной разрушительной эмфиземе и развитию болезни печени. У пациентов с дефицитом альфа-1-антитрипсина повышается риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и цирроза печени.

Цель исследования: проанализировать клинический случай больной с дефицитом альфа-1-антитрипсина.

Материалы и методы: изучена история болезни пациентки Р., 1969г., поступила в пульмонологическое отделение в сентябре 2023г. с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, ходьбе и разговоре, редкий кашель с трудноотделяемой мокротой, дискомфорт в грудной клетке, ощущение хрипов в груди, чувство нехватки воздуха, остановки дыхания во сне, общую слабость.

Результаты исследования: в прошлом частые простудные заболевания, осложнявшиеся бронхитами. В 2016г. перенесла правостороннюю нижнедолевую пневмонию, после чего стала нарастать одышка. Обострения носят частый характер. Неоднократно получала лечение в стационаре с диагнозом: «Хроническая обструктивная болезнь легких, четвертая стадия, тяжелое течение, клиническая группа Е, фаза тяжелого обострения; буллезная эмфизема легких; локальный пневмофиброз нижней доли правого легкого, дыхательная недостаточность третьей степени. Является инвалидом второй группы.

Наследственный анамнез: у отца – буллезная эмфизема легких, со слов больной, у тети и дедушки по линии отца те же симптомы, что и у нее (одышка, кашель), неоднократно лечились по поводу ХОБЛ, эмфиземы.

Данные объективного исследования: телосложение нормостеническое, кожные покровы нормальной окраски, цианоз губ. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, резко ослаблено, сухие хрипы с двух сторон в небольшом количестве. Пульс 98-104, сатурация – 92%.

Результат МСКТ ОГК– на фоне усиления легочного рисунка за счет интерстициального компонента с утолщением междолькового интерстиция визуализируются участки буллезного вздутия легких. В S6 нижней доли правого легкого определяется участок линейного фиброза. По результатам ЭхоКГ - давление в легочной артерии 42 мм. рт. ст. Результат ФВД от 28.09.2023г. – ОФВ1-22%, ЖЕЛ -55%, Индекс Тиффно-40%. С-реактивный белок – незначительно повышен – 8,26 мг/л. Учитывая отягощенный семейный анамнез, был заподозрен дефицит альфа-1-антитрипсина. Результат – 725,7 мг/л – ниже допустимых значений.

Вывод. К сожалению, в практическом здравоохранении врачи редко проводят дифференциальную диагностику эмфиземы легких со случаями, когда данная патология развивается на фоне дефицита альфа-1-антитрипсина. Данная клиническая ситуация подтверждает наличие у больной данного заболевания. Вопросы дифференциальной диагностики имеют большое значение для тактики ведения больных.

Безкаравайный Б.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Распространенность эозинофилии около 4-6% в общей популяции. Она встречается в практике врачей различных специальностей, что обуславливает трудность диагностики заболеваний, лежащих в их основе. Определение причины эозинофилии является важнейшей задачей лечащего врача, так как это будет влиять на лечение и прогноз заболевания. Различают первичную и вторичную эозинофилию. Первичная (клональная) эозинофилия – гематологическое новообразование, при котором эозинофилы составляют часть неопластического клона. Вторичная (неклональная, реактивная) эозинофилия – цитокинопосредованная, характеризуется усилением дифференцировки и выживаемости эозинофилов и чаще встречается при инфекционных заболеваниях и гельминтозах.

Под нашим наблюдением находился ребенок Е. возрастом 1 год 10 месяцев, который был госпитализирован в онкогематологическое отделение 27.02.2024г. по поводу гиперэозинофилии для уточнения ее этиологии. Жалобы при поступлении на слабость, бледность кожных покровов. Из анамнеза известно, что при проведении профилактического осмотра по месту жительства в феврале 2024г. были выявлены изменения в общем анализе крови: ОАК по м/ж: Нв -86г/л, эр.-4,01*10¹²/л, эозинофилы -78%, лейкоц.-15*10⁹/л.

При проведении УЗИ ОБП заключение: поликистоз печени неясной этиологии, эхинококкоз? Иммуноглобулин E (Ig E) > 2000 МЕ/мл (норма до 49 МЕ/мл). Аскаридоз IgG 1,69 (норма < 0,85 отриц., 0,85-1,0- сомнит., >1,0 –полож.), Токсокароз IgG 8,06 (норма < 1 отриц., 1-4,1- сомнит., >4,1–полож.), эхинококкоз – 0,11; Ig G описторхоз – 0,08; Ig G трихинелез - 0,15. УЗИ ОБП : в печени множественные участки гипоехогенной ткани, округлой формы с четким ровным контуром 6-10 мм в диаметре. УЗИ - признаки диффузных изменений паренхимы печени. МСКТ исследования ОБП/ЗП. Заключение: признаки множественных очаговых образований печени (паразитарного генеза?). В результате проведенного исследования был выставлен заключительный диагноз : Лейкемоидная реакция эозинофильного типа, аскаридоз, токсокароз, анемия средней степени тяжести, поликистоз печени.

ВЫВОДЫ

1. Учитывая многофакторность эозинофилии у детей, диагностический поиск представляет собой достаточно сложную проблему.

2. Начинать диагностический поиск необходимо с исключения большой тройки аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит), а также паразитарной инфекции, переходя в дальнейшем к более сложным клиническим синдромам (от реактивной вторичной эозинофилии до эозинофильной лейкемии).

3. Данный клинический случай представляет определенный интерес для врачей различных специальностей, так как эозинофилия вызвана наличием у ребенка раннего возраста паразитарной инфекции (аскаридоз, токсокароз) в сочетании с поликистозом печени.

Безкаравайный Б.А., Тананакина Т.П.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ

Необходимость измерения адаптационных возможностей актуальна в первую очередь для школьников, которые особенно чувствительны к стрессогенным воздействиям окружающей среды.

Материалы и методы. Обследовано 130 школьников: 73 мальчика (56%) и 57 девочек (44%) в возрасте от 7 до 8 лет. Оценка антропометрических данных проводилась по индексам Кетле, активности регуляторных систем организма. Адаптационный потенциал определялся при помощи программно-аппаратного комплекса «Здоровье-экспресс», осанка оценивалась при осмотре ребёнка.

Результаты. При оценке variability сердечного ритма было выявлено, что у мальчиков истощение регуляторных систем (ИРС) наблюдается у 27%, состояние неудовлетворительной адаптации (СНА)-у 42%, под функциональным напряжением систем (ФНС) находятся 31%. Среди девочек ИРС отмечается у 14%, СНА- у 52%, ФН - у 34%. У мальчиков в 7 лет выявлено больше СНА (48%), а в 8 лет- ФНС (40%). У девочек в 7 и 8 лет преобладают показатели СНА (56% и 50% соответственно).

ОГР показала, что у мальчиков 7-ми лет гармоничное развитие (ГР) отмечается у 42%, дисгармоничное (ДГР) за счёт дефицита массы тела (МТ)- у 3%, ДГР за счёт избытка МТ- у 6%. У мальчиков 8-ми лет ГР наблюдается у 38%, ДГР за счёт дефицита МТ - у 3%, ДГР за счёт избытка МТ- у 15%. У девочек 7-ми лет ГР отмечается у 44%, ДГР за счёт дефицита и избытка МТ- по 4%, 8 -ми лет ГР наблюдается у 28%, ДГР за счёт дефицита МТ- у 3%, ДГР за счёт избытка МТ - у 14%. Нарушения состояния осанки выявлены у 32% обучающихся (у мальчиков 29%, у девочек 35%): чаще выявляется у 7-летних мальчиков при ФНС – 16% и при ИМТ 4 (ГР с отставанием возрастных нормативов) – 12%, у 8-летних при ФНС – 15% и при ИМТ 4 – 8%. У девочек 7 лет нарушение чаще встречается при ФНС – 20% и при ИМТ 5 (ГР) – 24%, у 8-летних при ФНС 16% и чаще при ИМТ 4 – 9%.

Выводы

1. Все обучающиеся находятся в состоянии напряжения адаптационных сил организма. Снижение адаптационных возможностей организма следует расценивать как предпосылку для возникновения болезни и как основание для введения профилактических мер по предупреждению болезни.

2. При анализе антропометрических данных большинство детей имеет гармоничное развитие, соответствующее возрасту. Дисгармоничное - установлено у детей с избыточной массой тела.

3. Нарушение осанки выявлено у 32% детей. Отмечена корреляционная связь между нарушением осанки и стопы, и истощением адаптационного потенциала.

Белик И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЙ ЛИНЕЙНЫХ ПАРАМЕТРОВ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ У ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ ТАРТРАЗИНА И ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА

Экологическая безопасность пищевых продуктов является актуальной проблемой современности. Промышленное производство пищевой продукции привело к повсеместному использованию химических добавок в рационе. Наличие токсичных или ненужных веществ в пище представляет значительную угрозу для здоровья, поскольку они могут влиять на иммунную систему, стимулируя или подавляя ее функции. Тартразин, широко используемый в производстве продуктов как дешевый краситель, несмотря на его одобрение в России, может иметь неоднозначное влияние на организм.

Цель исследования — изучить изменения линейных параметров иммунных органов у крыс-самцов после двухмесячного воздействия высокой дозы тартразина и оценить возможность коррекции этих изменений с помощью мексидола, обладающего антиоксидантными свойствами.

В эксперименте участвовали 60 белых лабораторных крыс-самцов массой 200-210 г. Животные были разделены на две группы. Контрольная группа состояла из интактных крыс-самцов. Во второй группе крысы получали тартразин в дозе 1500 мг/кг ежедневно через зонд в течение двух месяцев, параллельно с этим вводился 5% раствор мексидола внутримышечно через день в дозе 50 мг/кг. Исследование органомерических параметров тимуса и селезенки проводилось через 3, 10, 15, 24 и 45 дней после завершения воздействия.

Результаты показали уменьшение массы, длины, ширины и толщины тимуса и селезенки по сравнению с контрольной группой. На третий день снижение массы тимуса и селезенки составило 15,6% и 11,7% соответственно; на десятый день — 12,3% и 11,0%; на пятнадцатый день — 10,4% и 9,6%; на двадцать четвертый день — 8,6% и 7,6%. На сорок пятый день выявлено статистически значимое изменение массы тимуса — 6,6%. Эти результаты подчеркивают необходимость изучения возможности коррекции негативных эффектов высоких доз тартразина с помощью антиоксидантов, таких как мексидол, для лучшего понимания механизмов системной адаптации организма.

Белик И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ У КРЫС-САМЦОВ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ БЕНЗОАТА НАТРИЯ В ДИНАМИКЕ

В условиях научно-технического прогресса и индустриализации растет травматизм, приводящий к серьезным последствиям для здоровья. Сращение костей - сложный процесс, влияющий на иммунную систему, которая играет ключевую роль в поправке при переломах. Одновременно возникла проблема экологической безопасности с химическими добавками в продуктах питания. Доступных данных по воздействию пищевых добавок, таких как бензоат натрия, на организм недостаточно. Так как нет целостной картины изменений в иммунной системе при травмах и токсинах, важно изучение этих процессов для разработки методов коррекции.

Были изучены изменения органомерических показателей тимуса и селезенки половозрелых крыс – самцов после нанесения дефекта в большеберцовых костях на фоне введения бензоата натрия.

Исследование проводилось на 60 белых крысах-самцах, которые были разделены на контрольную и исследуемую группы, которая получала бензоат натрия по 500 мг/кг в течение 60 дней. Затем создавался дефект кости под эфирным наркозом. Животные из эксперимента выводились на 3, 10, 15, 24, 45 день. После забоя органы извлекали, взвешивали и измеряли с высокой точностью, результаты обрабатывали в Excel для проверки достоверности через коэффициент Стьюдента.

Предварительные исследования показали, что длительное введение бензоата натрия после нанесения дефекта в большеберцовых костях увеличивало длительность уменьшения показателей массы, длины, ширины, толщины селезенки и тимуса.

После создания дефекта в большеберцовых костях на фоне 60-дневного введения бензоата натрия отмечается значительное уменьшение массы тимуса и селезенки на 3-и, 10-е, 15-е и 24-е сутки по сравнению с контрольной группой. На сорок пятые сутки статистически значимые различия в массе тимуса и селезенки по сравнению с контрольными значениями сохраняются.

После завершения создания дефекта в большеберцовых костях и введения бензоата натрия наблюдается устойчивое снижение длины, ширины и толщины тимуса и селезенки до десятых суток в сравнении с контрольной группой. К десятым суткам различия в линейных показателях тимуса и селезенки по сравнению с контрольной группой исчезают.

Белик И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ КВЕРЦЕТИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ЛИНЕЙНЫХ ПАРАМЕТРОВ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ЛИМФОИДНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС-САМЦОВ, ВЫЗВАННЫХ ДЛИТЕЛЬНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ ТАРТРАЗИНА ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ

В условиях стремительного научно-технического прогресса и возросших темпов жизни увеличивается частота травматизма, что часто приводит к тяжелым последствиям. Процесс заживления костных переломов — это сложный биологический процесс, затрагивающий все системы организма, и сопровождается снижением иммунных показателей. Поэтому важное значение придается изучению изменений в органах лимфоидной системы при разных типах травм и их влияния на репаративный остеогенез. Кроме травматизма, экологическая безопасность продуктов питания вызывает значительное беспокойство. Развитие пищевой промышленности приводит к увеличению содержания в продуктах вредных химических веществ. Современные исследования по влиянию отдельных пищевых добавок на организм скудны, и морфологические характеристики этих процессов изучены недостаточно. Систематизация изменений в органах иммунной системы позволит улучшить подходы к коррекции нарушений, обеспечивающих защиту организма.

Цель — изучение влияния дефекта большеберцовых костей (ДБК) на органомерические параметры селезенки и тимуса у крыс на фоне длительного воздействия тартразина (Т).

Материалы и методы. Исследовано 105 белых половозрелых крыс - самцов. Животные разделены на 3 группы. Первая группа — интактные крысы (контрольная группа). Вторая группа - животные получали Т из расчёта 1500 мг/кг массы крысы на протяжении 60 дней и после окончания введения однократно наносился ДБК. Третья группа (исследуемая) – Т животные получали из расчёта 1500 мг/кг массы крысы на протяжении 60 дней, параллельно вводили кверцетин в дозе - 50 мг/кг в форме водной суспензии и после окончания введения наносили однократно ДБК. Определяли массу, длину, ширину и толщину органа.

Результаты исследования. При изучении органомерических показателей тимуса и селезенки половозрелых крыс-самцов после однократного нанесения ДБК и после завершения 60-ти дневного введения высокой дозы Т на фоне коррекции препаратом кверцетином установлено, что в течение всего срока эксперимента у половозрелых крыс-самцов наблюдается уменьшение показателей массы, длины, ширины, толщины тимуса и селезенки, которые оценивались, по сравнению с контрольной группой, особенно выраженные на третьи, десятые и пятнадцатые сутки.

Кверцетин, вводимый в период действия Т и однократного нанесения ДБК, сокращал длительность уменьшения массы и линейных параметров тимуса и селезенки в сравнении с группой, в которой корректор не использовался.

Белоконова Л.В., Толстых А.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) продолжает оставаться актуальной проблемой среди эндемичных зоонозов. Период поздней реконвалесценции после перенесенной ГЛПС длительный, характеризуется стойкими нарушениями со стороны органов и систем, что требует длительного диспансерного наблюдения реконвалесцентов, строгого соблюдения рекомендаций по профилактике тяжелых последствий заболевания. Однако ГЛПС заболевают, преимущественно, мужчины трудоспособного возраста, которые не привержены к регулярному посещению врача и соблюдению рекомендаций, направленных на снижение тяжелых последствий после перенесенной ГЛПС. В связи с этим необходимо проводить школы пациентов, направленные на информирование о возможных последствиях перенесенной ГЛПС, о принципах рационального питания, витаминотерапии, фитотерапии, влияния образа жизни и вредных привычек на реабилитацию после ГЛПС.

Цель исследования: оценить эффективность образовательной программы для реконвалесцентов в комплексной реабилитации пациентов, перенесших ГЛПС.

Материалы и методы: в диспансерном кабинете наблюдались 45 реконвалесцентов ГЛПС мужского пола в возрасте 22-48 лет. 22 реконвалесцента прошли школу пациентов для реконвалесцентов ГЛПС в течение месяца после выписки из стационара (1-я группа). В контрольную группу вошли 23 пациента, не прошедших обучение (2- группа). Пациенты, до перенесенной ГЛПС имеющие хронические заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы, нейроэндокринной системы исключались из исследования. Статистическую обработку результатов исследования проводили путем вычисления средней арифметической (M) и ошибки средней (m). Для установления статистической достоверности различий в сравниваемых величинах мы использовали критерий Стьюдента. За уровень достоверности принималась вероятность различия, равная 95% ($p < 0,05$).

Через год после выписки из стационара мы оценивали эффективность школы пациента путем сравнения клинических показателей в обеих наблюдаемых группах (наличие или отсутствие постинфекционной астении, почечных проявлений, поражений нейроэндокринной системы, артериальной гипертензии).

Во 2-й группе обследуемых резидуальные проявления ГЛПС наблюдались достоверно чаще, чем в группе, прошедших обучение ($p < 0,05$).

Постинфекционная астения через год после выписки из стационара сохранялась у 54 % реконвалесцентов 2-й группы, в 1-й группе постинфекционная астения регистрировалась у 15% реконвалесцентов. Почечные проявления (в виде снижения концентрационной способности почек, что проявлялось жаждой, полиурией, никтурией, снижением клиренса креатинина в крови) зарегистрированы у 34 % реконвалесцентов из 2-й группы и 13% реконвалесцентов 1-й группы. Нарушения нейроэндокринной системы отмечались у 23% реконвалесцентов из 2-й группы и 8% реконвалесцентов 1-й группы. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 46% наблюдаемых 2-й группы реконвалесцентов, что было достоверно чаще, чем в 1-й группе (10%).

Таким образом, снижение частоты неблагоприятных последствий после ГЛПС в группе реконвалесцентов, прошедших обучение, вероятно связано со снижением факторов риска, а также приверженностью к соблюдению рекомендаций врача, своевременным выявлением сохраняющихся нарушений и их лечебной коррекцией.

Березуцкий С.Н.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА КИСТИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ

Введение. Несмотря на большое количество публикаций по контрактуре Дюпюитрена ранняя дифференциальная диагностика при 1 степени вызывает проблемы у амбулаторных хирургов и может маскироваться нечеткими симптомами. Это вызвано тем, что при этой стадии отсутствуют клинически выявляемые узлы и тяжи, которые являются патогномичным симптомом при контрактуре Дюпюитрена при последующих стадиях заболевания.

Используемые методы. Нами предложен простой патогномичный симптом контрактуры Дюпюитрена, который может использоваться ещё до появления характерных узлов. Он основан на наших наблюдениях, свидетельствующих о том, что у более чем 90% больных при 1 стадии заболевания имеется характерное сочетание безболезненного защелкивания, как правило, 4 пальца и наличие безболезненного уплотнения (не узла) в проекции кольцевидной связки этого пальца. Проведенные УЗИ у этих больных выявили характерные особенности изменений кольцевидной связки, связанной с наличием утолщения элементов ладонного апоневроза вокруг связки, что отсутствует при банальном стенозирующем лигаментите. Отсутствие при этом признаков асептического воспаления сухожильных влагалищ пальцев, что характерно для типичного стенозирующего лигаментита, однозначно подтверждает диагноз контрактуры Дюпюитрена 1 степени.

Результаты исследования. Данная методика была внедрена в обязательный алгоритм клинического первичного исследования на приеме в кабинете хирурга кисти КГБУЗ «ККБ» имени профессора О.В. Владимирцева и при проведении скрининговых массовых обследований жителей в отдаленных районах Хабаровского края с высокой степенью точности порядка 93%, что позволило дать необходимые рекомендации, взять данную категорию на диспансерный учет и обеспечить плановое оперативное лечение с их рациональным распределением на протяжении года в условиях ТО 2 КГБУЗ «ККБ» имени профессора О.В. Владимирцева.

Выводы. Ранняя диагностика контрактуры Дюпюитрена предложенным способом помогает проведению скрининга данного заболевания при профилактических осмотрах, на приеме хирурга и способствует назначению раннего консервативного лечения этого заболевания со своевременной постановкой такого больного на диспансерный учет и планирования операции.

Березуцкий С.Н.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ПАХОВОГО ЛОСКУТА НА ПОСТОЯННОЙ НОЖКЕ ПРИ ЗАКРЫТИИ ДЕФЕКТОВ ТЫЛА КИСТИ ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ

Актуальность проблемы. В современных боевых условиях нередко тяжелые множественные повреждения предплечья и кистей. Как правило, в таких случаях имеются открытые переломы костей предплечья и сквозные дефекты кистей с выраженным дефицитом всех тканей по тылу кисти. Имеющиеся тяжелые повреждения мягких тканей области предплечья и локтевого сустава не позволяют использовать лучевые и задние межкостные лоскуты на сосудистой ножке для закрытия дефекта на кисти.

Цель работы. Улучшить результаты кожной пластики дефектов тыла кисти при множественных минно-взрывных повреждениях области предплечья и кисти.

Материалы и методы. Для решения этой проблемы нами предложено использовать в таких случаях кожно-фасциальный паховый лоскут на постоянной ножке. Данный лоскут применяется не так часто при изолированных дефектах тыла кисти ввиду относительной редкости множественных повреждений кисти и предплечья в мирное время. Он уступает по некоторым техническим и эстетическим свойствам лучевым лоскутам и лоскутам на заднем межкостном пучке. Но при этом лоскут крайне неприхотлив, обладает постоянной анатомическим строением, относительно технически просто поднимается, имеет широкие возможности для моделирования формы и размера лоскута. Это делает его методом выбора при замещении инфицированных раневых дефектов после минно-взрывных ранений.

Результаты. В нашем отделении данный за 2023-2024 годы данный лоскут применен у 12 пострадавших с множественными повреждениями предплечья и кисти. В 8 случаях данный лоскут был чисто кожно-фасциальный, у 4 больных лоскут включал васкуляризированный кортикальный костный сегмент с области ости подвздошной кости. Размер лоскута достигал 8 на 9 см без учета длины ножки лоскута. Форма лоскута моделировалась под форму конкретного дефекта. Все лоскуты прижились без признаков некрозов. Среднее время фиксации лоскута составляло 6 недель. После отсечения ножки выполнялось моделированное лоскута. Костные аутотрансплантаты имеют рентгенологические признаки сращения и перестройки. Все лоскуты имеют достаточный запас мягких тканей для последующих реконструктивных операций в области дефекта для восстановления сухожилий разгибателей пальцев.

Выводы. Применение кожно-фасциального пахового лоскута на постоянной ножке для замещения дефектов тыла кисти при множественных повреждениях области предплечья и кисти с инфицированными дефектами тыла кисти в результате минно-взрывной травмы, когда невозможно применить лоскуты «золотого» стандарта (лучевой и другие лоскуты), является методом выбора и позволяет в относительно короткие сроки получить полноценные избыточные кровоснабжаемые мягкие ткани на тыле кисти. Это позволяет сохранить кисть как орган и проводить в дальнейшем реконструктивные операции по восстановлению сухожилий разгибателей пальцев.

Березуцкий С.Н.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ ВЫСОКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЯХ

Актуальность. Высокие послеоперационные и/или послелучевые нейропатии верхних конечностей рубцовой природы до сих пор являются сложной проблемой для восстановления проводимости нервов и функции пораженных иннервируемых мышц. Анатомический район травматизации - подмышечная область и верхняя треть плеча.

Цель исследования. Предложить доступный и эффективный способ реабилитации при высоких нейропатиях в комплексе восстановительного лечения.

Материалы и методы исследования. Нами предложен способ продолженной электростимуляции мышц пораженной группы в области кисти и предплечья. На данный способ выдано удостоверение рационализаторского предложения и акт внедрения. Особое место отводилось электростимуляции собственных мышц кисти, которую начинали с 7 -10 суток. Электростимуляцию проводили портативным электростимулятором. Вначале стимуляция проводилась в подпороговом режиме до получения едва заметного сокращения в ответ на импульс. При этом один электрод (индифферентный) накладывали на наружную поверхность средней трети плеча, другим (активным) последовательно осуществлялась электростимуляция мышц тенара, гипотенара, тыльных межкостных и червеобразных мышц. Процедуру проводили в течение 5 минут 4-6 раз в сутки. Затем длительность процедуры постепенно увеличивалась до 15-20 минут. Электростимуляция осуществлялась уже в пороговом режиме, что позволяло получать в ответ на импульс максимальное по амплитуде сокращение мышц. Метод электростимуляции применялся нами долгосрочно (до 6-8 месяцев) строго индивидуально до появления первых признаков реиннервации, восстановления функции мышц, прежде всего, тонких движений пальцев кисти.

Результаты. Установлены статистически достоверные различия в частоте отличных и хороших исходов, а частота отличных результатов возросла в 4,7 раза. В группе больных, которым в восстановительном лечении метод электростимуляции не применялся, результат был признан неудовлетворительным.

Вывод. Таким образом предложенный способ показал свою эффективность при реабилитации пациентов с посттравматической рубцовой высокой нейропатией верхних конечностей в комплексе восстановительной консервативной терапией.

Берест И.Е.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Введение. Процессы заживления слизистой оболочки полости носа во многих аспектах остаются до конца неизученными. Изучение факторов, оказывающих влияние на исходы воспалительной реакции, переход репаративной регенерации в патологическую, перспективное направление для разработки патогенетической терапии.

Цель исследования – провести корреляционный анализ клинико-морфологических и лабораторных показателей состояния репаративной регенерации слизистой оболочки полости носа в эксперименте.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 560 белых половозрелых лабораторных крыс-самцов весом 250-300 г, которым моделировали посттравматический экспериментальный ринит. Животным проводили оценку макро- и микроскопических морфологических признаков воспаления слизистой оболочки (СО) полости носа и регенерации раневого дефекта. На срезах гистопрепаратов измеряли индекс толщины эпителия (ИТЭ), индекс толщины субэпителиального слоя (ИТС), процентное соотношение реснитчатых, бокаловидных и недифференцированных клеток на 100 мкм длины эпителиального пласта, процент пролиферирующих клеток с выраженной экспрессией белка Ki-67. В крови животных проводился подсчёт лейкоформулы, определяли суммарную концентрацию стабильных метаболитов NO – нитратов и нитритов в сыворотке крови, содержание С-реактивного белка (СРБ). Анализ корреляционных связей проводили с помощью непараметрического критерия Спирмена.

Результаты. Между концентрацией метаболитов NO определялись положительные умеренные корреляционные связи с концентрацией СРБ в крови ($r=0,46$) и ИТС ($r=0,33$), положительные слабые с количеством палочкоядерных ($r=0,25$) и сегментоядерных нейтрофилов ($r=0,25$) и количеством дефектов эпителиальной выстилки ($r=0,15$), отрицательные слабые связи с ИТЭ ($r=-0,14$) и с количеством реснитчатых клеток в эпителиальном пласте ($r=-0,16$). Определялись положительные умеренные корреляционные связи между концентрацией СРБ в сыворотке крови и ИТС ($r=0,33$), инфильтрацией подслизистого слоя ($r=0,31$), количеством дефектов эпителиальной выстилки ($r=0,34$), отёком СО ($r=0,29$), количеством гнойного отделяемого в полости носа ($r=0,28$), количеством палочкоядерных ($r=0,69$) и сегментоядерных нейтрофилов ($r=0,65$), положительные слабые с количеством бокаловидных ($r=0,24$), недифференцированных ($r=0,23$) и пролиферирующих ($r=0,22$) клеток в эпителиальном пласте, отрицательная умеренная с количеством реснитчатых клеток ($r=-0,58$). Выявлены сильная положительная корреляционная связь между числом дефектов эпителиальной выстилки и удельным весом выявленной метаплазии ($r=0,75$), положительная умеренная с удельным весом субэпителиального фиброза ($r=0,34$) и спаек ($r=0,46$).

Таким образом, при повышении концентрации метаболитов NO в крови усиливалась воспалительная реакция: увеличивалась концентрация СРБ в крови, нарастал сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличивалась толщина субэпителиального слоя за счёт воспалительной инфильтрации, увеличивалось число дефектов эпителиальной выстилки. Кроме того, замедлялись процессы регенерации: уменьшалась толщина эпителия, снижался процент дифференцированных реснитчатых клеток.

При усилении воспалительной реакции, увеличении СРБ, сдвиге лейкоцитарной формулы влево увеличивались количество гнойного отделяемого в полости носа, дефектов эпителиальной выстилки и толщина субэпителиального слоя, нарастал отёк СО, увеличивались удельный вес метаплазии, субэпителиального фиброза и спаек, количество бокаловидных,

недифференцированных и пролиферирующих клеток, а количество реснитчатых клеток, наоборот, снижалось.

Выводы. Таким образом, выявлена и изучена взаимосвязь клинико-лабораторных и морфологических проявлений альтеративно-дистрофических и пролиферативных реакций. Оценка показателей метаболитов NO в крови, выраженности клинических и лабораторных проявлений воспалительной реакции в разные сроки после травмы являются важными маркерами прогресса или регресса воспаления, а также качества и завершенности репаративной регенерации СО полости носа.

Берест И.Е.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПАРАНТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНОСИНОСИТОМ

Введение. В литературе рядом авторов подтверждена эффективность регенерирующей терапии при воспалительных заболеваниях дыхательных путей (Мосихин С.Б., 2007; Кобылянский В.И., 2008; Намаконова В.С., 2018 и др.). Однако работ по проведению сравнительного анализа эффективности репарантов различного механизма действия мало.

Целью исследования было провести сравнительную характеристику эффективности репарантов различного механизма действия у больных острым риносинуситом.

Материалы и методы. В исследование были включены 104 пациента с острым риносинуситом обоего пола в возрасте 19-50 лет. В первой группе (n=36) в дополнение к стандартному лечению больным был местно назначен 0,25% раствор дезоксирибонуклеата натрия («Деринат», ООО «ФЗ Иммунолекс», Россия), во второй группе (n=34) 5% декспантеноловая мазь (ОАО «Татхимфармпрепараты», Россия), в третьей клинической группе (n=34) – гиалуронат натрия («Олифрин», Гротекс, ООО, Россия) в течение 14 дней. Больным проводили риноскопию, цитологическое исследование, морфологию носового секрета, измеряли время мукоцилиарного транспорта. На основании результатов проведенных исследований рассчитывали показатель оценки степени тяжести нарушений регенерации (ПТНР) на 10, 30, 60-е сутки. Описание количественных данных отличного от нормального распределения проводили с помощью медианы (Me), интерквартильного размаха (25 перцентиль/75 перцентиль). Различия между количественными параметрами независимых групп оценивали с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни (для количественных данных), Кси-квадрата (χ^2) Пирсона (для качественных данных), между зависимыми группами – критерия Вилкоксона. Различия во всех случаях считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. На 10-е сутки ПТНР в группах №1 и №3 был равен 10,0; 9,0/11,0 баллам, в группе №2 – 10,0; 10,0/12,0 баллам без статистически значимой разницы между группами. У большинства больных отмечалась средняя степень нарушений регенерации.

На 30-е сутки наблюдения ПТНР достоверно ($p \leq 0,05$) снизился в группах №1 и №2 до 4,0; 3,0/5,0 баллов, в группе №3 – до 5,0; 4,0/5,0 баллов. В группах №1 ($p=0,04$) и №2 ($p=0,03$) ПТНР был статистически значимо меньше, чем в группе №3. На 30-е сутки в первой группе отмечалась легкая степень ПТНР у 35 (97,2%) больных, средняя степень у 1 (2,8%) больных, во второй группе – у 34 (100%) больных легкая степень и в третьей – у 33 (97,1%) и 1 (2,9%) больных легкая и средняя степень соответственно.

На 60-е сутки наблюдения ПТНР продолжал достоверно ($p \leq 0,05$) снижаться во всех группах: в группе №1 – до 1,0; 0,0/1,0 балла, в группе №2 – до 1,0; 1,0/1,0 балла, в группе №3 – до 1,0; 1,0/2,0 балла. В группе №1 ($p=0,003$) ПТНР был достоверно ниже, чем в группе №3. В первой группе отсутствовали нарушения регенерации у 31 (86,1%) больного, легкая степень отмечалась у 5 (13,9%) больных, во второй группе – у 29 (85,3%) и 5 (14,7%) больных, в третьей – у 20 (58,8%) и 14 (41,2%) больных соответственно.

Выводы. При сравнительном анализе эффективности репарантов выявлено, что раствор дезоксирибонуклеата натрия и декспантенол обладают более выраженным регенеративным действием, чем гиалуронат натрия. В группах, где были назначены данные препараты, наступало более эффективное и быстрое восстановление клеточного состава слизистой оболочки, уменьшение индексов деструкции и цитолиза клеток, нормализация морфологии носового секрета и времени мукоцилиарного транспорта.

Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Скрипка Л.В., Мельник К.В., Чеботок Д.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г.

Актуальность. Иммунопрофилактика инфекционных болезней у детей является приоритетным направлением в деятельности практического здравоохранения Донецкой Народной Республики (ДНР). Этот современный профилактический метод позволяет наиболее эффективно защитить восприимчивое население от вакциноуправляемых инфекций и связанных с ними осложнений

Цель исследования: оценить охват вакцинацией детского и взрослого населения ДНР за 9 месяцев 2024 г.

Материалы и методы. Проведен эпидемиологический анализ отчетов о проведении плановой иммунизации населения ДНР согласно предоставленным материалам Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: За 9 месяцев 2024 г. иммунизация подлежащих контингентов населения выполнялась согласно с планом, предоставленным лечебными учреждениями здравоохранения ДНР. К сожалению, из-за не регулярных поставок иммунобиологических препаратов в регион, а также продолжающихся военных действий на территории ДНР, выполнить план в полном объеме за 9 месяцев 2024 г. не удалось. Так, против туберкулеза детей первого года жизни привили только на 68,0% от запланированного объема. Против коклюша, дифтерии и столбняка, план вакцинации детей первого года жизни выполнен на 49,0%, План первой ревакцинации, проводимой в возрасте 18 месяцев, выполнен на 56,2%. Вторая ревакцинация (6 лет) против дифтерии и столбняка проведена на 79,8%, третья ревакцинация (14 лет) – на 69,4%. Отдаленная ревакцинация взрослого населения выполнена на 91,6%.

Вакцинацию против полиомиелита детей первого года жизни удалось провести у 30,2% запланированных контингентов, первую ревакцинацию в 18 месяцев - у 40,0%, вторую ревакцинацию в 20 месяцев - у 33,6%, третью ревакцинацию в возрасте 6 лет - у 36,7%. Низкий процент выполнения плана вакцинации и ревакцинации детей против полиомиелита обусловлен тем, что в лечебных учреждениях ДНР длительное время отсутствовала инактивированная полиомиелитная вакцина, а позже начались перебои поставок оральной полиомиелитной вакцины для ревакцинации детей в 20 месяцев и в 6 лет.

Вакцинация против вирусного гепатита В новорожденных детей в родильных отделениях и на педиатрических участках выполнена на 74,9%. Вакцинация детей против кори, эпидемического паротита и краснухи проведена у 31,2% запланированных контингентов. Вакцинация детей моновакциной против краснухи выполнена на 52,2%, ревакцинация - на 49,8%. Вакцинация взрослого населения против краснухи выполнена на 15,8%, ревакцинация - на 8,5%.

Начиная с 02.09.2024 г. в ДНР началась прививочная кампания против гриппа. Всего за истекший период против него привито 139586 человек, в т.ч. - 36694 ребенка. Вакцинация медицинских работников выполнена на 43,8%, работников общеобразовательных учреждений - на 27%.

Выполнение запланированных объемов иммунизации подлежащих контингентов в рамках Национального календаря профилактических прививок по ДНР за 9 месяцев 2024 г. во многих городах и районах республики по большинству видов инфекций не достигло оптимального уровня в 95-100%. В связи с тем, что в регионе имеется большая прослойка родителей, настроенных против вакцинации, среди них была усилена просветительная работа о необходимости проведения прививок их детям.

Выводы. Затруднения в привлечении населения к вакцинации в условиях активных боевых действий на территории ДНР, а также нестабильность поставок в регион иммунобиологических препаратов привели к тому, что накапливается прослойка восприимчивых к инфекциям лиц, которая будет формировать групповую заболеваемость в коллективах и эпидемические вспышки.

Бешуля О.А., Голубов Т.К.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА С МИОПИЕЙ

Особенностью рефрактогенеза в детском и подростковом возрасте является значительный рост детей с миопией, что обосновывает интерес к проведению исследований по выявлению связи между характером течения миопии и морфофункциональными особенностями организма.

Применение методик конституциональной анатомии в изучении параметров головы у детей с миопией является актуальной задачей, решение которой имеет как теоретическое, так и практическое значение. В литературе имеются единичные публикации об особенностях краниометрических исследований у детей с миопией (Левченко Ю.С. с соавт. 2020, Кобежилов А.И. 2005, Пыльцина М.Ю., 2005). Однако, данных исследований в Донецком регионе не проводилось, что определило значимость проведенных исследований.

Целью работы явилось проведение краниометрических исследований у детей второго периода детства с миопией.

Под наблюдением находилось 104 ребенка возрастной группы второго периода детства. Была выделена группа детей с миопией (65 школьников - 35 ребенка с миопией слабой степени, 30 - с миопией средней степени), группу сравнения составили 39 учащихся, у которых миопия не диагностировалась. Краниометрические исследования проведены с учетом методики Сперанского В.С. Определялись следующие показатели поперечный и продольный диаметры головы и их соотношение (головной указатель А.Рециуса). По его величине идентифицировалась форма головы – значение до 74,9 относится долихоцефалии, 75,0-80,9 к мезоцефалии, 81,0 и выше – к брахицефалии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием статистического пакета StatMed.

Анализ полученных результатов лиц контрольной группы показал, что у лиц контрольной группы чаще регистрировалась мезоцефалическая форма головы (20/54,1%) реже - брахицефалическая (10/27,0%) и долихоцефалическая (7/18,9%). При изучении школьников с миопией слабой степени установлена аналогичный характер поперечно-продольного показателя - мезоцефалическая (16/51,4%), брахицефалическая (10/28,6%) и долихоцефалическая (7/20,0%) форма головы. В группе школьников с миопией средней степени регистрируется меньше лиц с брахицефалической формой головы - 23,3%, а больше с долихоцефалической - 26,7%.

Таким образом, полученные данные о взаимосвязи офтальмологического статуса и краниометрии следует учитывать офтальмологам, педиатрам, семейным врачам при проведении профилактических осмотров для прогнозирования возникновения и прогрессирования миопии у детей второго периода детства.

Бешуля О.А., Кулиш А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОМАТОТИПАМИ У МУЖЧИН ПЕРВОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Цель: изучить количественные параметры селезенки у мужчин первого периода зрелого возраста, проживающих в Донецком регионе, с учетом их соматотипа.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 80 мужчин первого периода зрелого возраста (22 - 35 лет) Объект исследования: количественная анатомия селезенки, антропометрические размеры тела и соматотип. Антропометрические измерения проводились по общепринятой методике В.В.Бунака (1941). Соматотип определялся с использованием уравнений Хит-Картера (2002) и соматокарт. В результате ультразвукового исследования селезенки в В-режиме определили следующие морфометрические параметры селезенки: длина, ширина, толщина. Обработку данных осуществляли с помощью программы STATISTICA 10.0, результаты были оформлены в таблицы с использованием Microsoft Office Excel 2016.

Результаты. На основании антропометрических измерений, мужчины были распределены на группы, в зависимости от соматотипа который был определен по методу Хит-Картера (2002). В исследуемой группе преобладали лица эндо-мезоморфного (FOA) (35/43,75%), также, как и экто-мезоморфного (AOB) (21/26,25%), и мезо-экторморфного (BOC) (13/16,25%) соматотипов. Представители мезо-эндоморфного (EOF), эндо-экторморфного (COD), экто-эндоморфного (DOE) и эндоморфного сбалансированного (BE) соматотипов встречались менее, чем в 13 % случаев.

Наибольшее среднее значение длины селезенки было зафиксировано у мужчин с экто-мезоморфным соматотипом (AOB) - 12,38 см, при при максимальном значении (max) 14,17 см и минимальном (min) – 9,73 см. У представителей эндо-мезоморфного (FOA) соматотипа среднее значение составило 11,81 см, при max – 13,71 см и min – 9,16 см. Наименьшее среднее значение длины селезенки наблюдалось у мужчин мезо-экторморфного соматотипа (BOC) - 11,70 см, при max 13,03 см и min - 9,55 см.

Наибольшее значение медианы ширины органа было установлено у мужчин с экто-мезоморфным соматотипом (AOB) - 6,15 см, при max – 8,16 см, min – 4,36 см. У мужчин эндо-мезоморфного (FOA) соматотипа медиана составила 5,88 см, с max – 7,81 см, min -4,36 см. Наименьшее значение медианы ширины органа наблюдали у представителей мезо-экторморфного соматотипа (BOC) - 5,87 см; с max – 7,23 см и min - 4,77 см.

При анализе толщины селезенки у мужчин с экто-мезоморфным (AOB) соматотипом было установлено, что медиана составляет 5,62 см, при max – 6,55 см, min – 4,34 см. У мужчин эндо-мезоморфного (FOA) соматотипа медиана этого же показателя составила 5,56 см, при max – 8,91 см, и min - 4,03 см. Наименьшее значение медианы показателя толщины органа было зарегистрировано у представителей мезо-экторморфного (BOC) соматотипа - 5,50 см; max –7,16 см, min - 4,45 см.

Выводы: установлены соматотипологические особенности и ультразвуковые параметры селезенки мужчин Донецкого региона первого периода зрелого возраста. Количественные параметры селезенки, которые были исследованы, принимали более высокие значения у лиц мужского пола первого периода зрелого возраста экто-мезоморфного типа телосложения (AOB).

Бисов А.С., Победенная Г.П., Чайка Н.В., Вагина Ю.И., Котова И.С.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Значительная заболеваемость ВП и распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обуславливает их частое сочетанное течение. Риск развития ВП у лиц с ГЭРБ отмечен наполовину выше, чем у лиц без ГЭРБ. Многочисленными исследованиями было показано более длительное течение и значительное количество осложнений у больных внебольничной пневмонией (ВП) с коморбидными состояниями. Поэтому поиск путей усиления эффективности лечения пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, представляет актуальную задачу.

Целью исследования было изучить клиническую эффективность комплексного лечения с добавлением препарата сложного состава на основе иберийки горькой в стационарном периоде и иммуностимулирующего препарата в амбулаторно-восстановительном периоде у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ.

Материал и методы. Исследовали 56 пациентов с ВП нетяжелого течения, у которых была диагностирована ГЭРБ на догоспитальном этапе (основная группа). Диагностику и лечение ВП и ГЭРБ осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями. Больные основной группы в зависимости от объема получаемой терапии были разделены на группы А и Б. Пациенты группы А (30 человек) получали лечение согласно существующим клиническим рекомендациям. Больным группы Б (26 человек) к проводимой терапии добавляли препарат иберийки горькой (Иберогаст) по 20 кап. 3 раза в сутки. до выписки и затем после выписки суммарной длительностью до 3-4-х недель и дополнительно назначали стандартизованный лиофилизат лизатов бактерий (ОМ-85) (иммуностимулирующий препарат Бронхо-Мунал) по 1 капсуле натощак в течение 10 дней – специальное лечение. У всех пациентов в сыворотке крови определяли показатели интерлейкинов (IL)-6, IL-1, IL-8, IL-4, IL-10 при поступлении на лечение и при выписке. Контрольную группу составили 34 здоровых донора такого же возраста и пола.

Результаты. На фоне проведения дифференцированной терапии у всех пациентов определялась однонаправленная динамика клинической симптоматики, однако, проявления ГЭРБ более эффективно устранялись у больных группы Б. Уровень СРБ снизился более значительно также у больных группы Б. Наиболее значительным у всех пациентов в начале наблюдения было повышение концентраций IL-1 и IL-6, соответственно в 4,5 и 3,8 раза, которые снизились более значительно в группе Б, но остались достоверно выше, чем в контрольной группе. Показатель IL-8 в группе А при выписке продолжил превышать контрольные значения в 1,3 раза, несмотря на достижение контрольных цифр показателями количества лейкоцитов в крови. Повышенные в сыворотке крови в начале наблюдения концентрации противовоспалительных IL-4 и IL-10 при выписке также снизились в обеих группах, но контрольных значений не достигли, что можно оценить как неполное клинико-лабораторное выздоровление. Через месяц после выписки на фоне продолжения лечения у больных группы А и группы Б показатель СРБ нормализовался. Однако, в группе А основные провоспалительные интерлейкины сохраняли концентрации в сыворотке крови повышенными, и между ними и СРБ продолжили существовать слабые положительные корреляционные связи.

Таким образом, применение специального лечения с дополнением жидкого экстракта иберийки горькой при стационарном лечении и препарата ОМ-85 – на амбулаторном этапе продемонстрировало более высокую эффективность у больных с ВП, сочетанной с ГЭРБ.

Бибик В.В., Лузин В.И., Горбатов Т.Д.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ 60-СУТОЧНОГО ВВЕДЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА ЛИБО ТАРТРАЗИНА НА СТРОЕНИЕ МЫШЕЛКОВОГО ХРЯЩА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕЛЫХ КРЫС В ПЕРИОД РЕАДАПТАЦИИ

Цель исследования: установить изменения структуры мышечелковых хрящей нижней челюсти (МХНЧ) у белых крыс после 60-суточного введения натрия бензоата либо тартразина и обосновать возможности их коррекции мексидолом либо тиотриазолином.

Материал и методы. Эксперимент проведен на 245 белых крысах-самцах с исходной массой 200–210 г, распределенных на: группу КБК - контрольные животные; группы НБ1000 и ТТ31500 составили крысы, которым внутривентрикулярно вводили 1 мл натрия бензоата в дозе 1000 мг/кг/сутки либо 1 мл тартразина в дозе 1500 мг/кг/сутки; группы НБ1000М, БН1000Т, ТТ31500М и ТТ31500Т – крысы, которым одновременно с заправкой бензоатом натрия либо тартразином внутривентрикулярно вводили мексидол в дозе 50 мг/кг/сутки либо тиотриазолин в дозе 117,4 мг/кг/сутки. Сроки эксперимента составили 3, 10, 15, 24 и 45 суток. Готовили гистологические срезы мышечелкового отростка ветви нижней челюсти толщиной 4–6 мкм, окрашивали их гематоксилин-эозином и проводили гистоморфометрию МХНЧ.

Результаты и обсуждение. Общая ширина МХНЧ в группе НБ1000 с 3 по 24 суток эксперимента была меньше значений группы КБК на 6,33%, 5,68%, 4,73% и 3,49%, а ширина зоны субхондрального остеогенеза (ЗСО) – на 8,36%, 7,25%, 6,65% и 5,76%. В ЗСО количество первичной спонгиозы и остеобластов отставали от значений группы КБК с 3 по 24 суток на 6,74%, 6,51%, 5,61% и 4,81%, и на 7,10%, 6,77%, 5,41% и 4,47%.

В группе ТТ31500 с 3 по 45 суток периода реадaptации общая ширина МХНЧ была меньше значений группы КБК на 9,11%, 8,86%, 7,37%, 5,79% и 3,75%, а ширина ЗСО – на 11,26%, 11,05%, 10,42%, 8,42% и 5,78%. Во все сроки реадaptации удельное количество первичной спонгиозы и количество остеобластов в ЗСО оставались меньше группы КБК на 8,63%, 8,46%, 7,70%, 6,56% и 4,65%, и на 10,46%, 10,47%, 9,01%, 7,17% и 4,96%.

В группе НБ1000М ширина ЗСО превышала значения группы НБ1000 к 3 и 10 суткам после окончания заправки на 4,32% и 4,33%, а удельное содержание первичной спонгиозы в ней к 15 и 24 суткам после окончания заправки превышало значения группы НБ1000 на 4,56% и 4,04%, а количество остеобластов к 10 суткам – на 4,64%. В группе НБ1000Т общая ширина МХНЧ во все сроки периода реадaptации превышала значения группы НБ1000 на 3,57%, 3,66%, 3,74%, 2,99% и 2,91%, а ширина ЗСО к 3, 10, 15 и 45 суткам – на 4,29%, 4,96%, 4,41% и 3,79%. Удельное количество первичной спонгиозы превышало значения группы НБ1000 к 15 и 24 суткам – на 4,66% и 4,13%.

В группе ТТ31500М общая ширина МХНЧ превышала значения группы ТТ31500 с 3 по 24 суток на 3,00%, 3,15%, 2,54% и 2,67%, а ширина ЗСО с 15 по 45 суток – на 4,35%, 4,43% и 4,35%. В ЗСО количество остеобластов было больше значений группы ТТ31500 к 3 суткам на 5,95%, а доля первичной спонгиозы к 15 и 24 суткам – на 4,76% и 4,35%. В группе ТТ31500Т общая ширина МХНЧ превышала значения группы ТТ31500 с 3 по 45 суток периода реадaptации на 3,52%, 4,05%, 3,91%, 3,80% и 2,48%, а ширина ЗСО – на 4,49%, 5,02%, 5,56% и 4,20%. В ЗСО количество остеобластов превышало значения группы ТТ31500 к 10 и 24 суткам на 6,22% и 4,81%, а доля первичной спонгиозы к 15 и 24 суткам – на 4,95% и 6,13%.

Выводы: Внутривентрикулярное введение бензоата натрия в дозе 1000 мг/кг/сутки либо тартразина в дозе 1500 мг/кг/массы в течение 60 суток сопровождается угнетением костеобразовательной активности МХНЧ. После введения тартразина выявленные изменения являются более выраженными и медленнее восстанавливаются. Внутривентрикулярное введение мексидола в дозе 50 мг/кг/сутки либо тиотриазолина в дозе 117,4 мг/кг/сутки одновременно с 60-суточной заправкой бензоатом натрия либо тартразином сопровождалось восстановлением костеобразовательной активности МХНЧ в период реадaptации. Применение тиотриазолина является более эффективным.

Бибик Е.Ю., Иванова Э.Р., Кривоколыско С.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

УЛЬЦЕРОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НОВОСИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ А-ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС

Наиболее частая причина гастропатий – прием неселективных НПВС, их используют в терапии большинства хронических инфекционных заболеваний.

Целью исследования являлась оценка ulcerогенного действия новых синтезированных производных а-цианотиоацетамида.

Материалы и методы: на 60 крысах моделировали парацетамол-индуцированный гепатит. Всех особей распределили по 10 животных в 6 групп, которым на протяжении 3-х дней вводили внутривентрикулярно взвеси: интактная, контрольная (вводили 2 мл 0.9% NaCl), референтная (вводили тиотриазолин в дозе 10 мг/кг) и 3 экспериментальные (вводили новые производные в дозе 5 мг/кг). В течение первых двух дней спустя час крысам вводили парацетамол в дозе 1500 мг/кг. На 4 день происходил забой, желудки препарировали, разрезали по малой кривизне и промывали. Предварительно повреждение слизистой желудка оценивали согласно 5-балльной шкале, где: 0 баллов – отсутствие видимых повреждений, 0,5 баллов – гиперемия, отек, кровоизлияние; 1 балл – единичные язвы небольшого размера (до 3 язв); 2 балла – более 3 язв небольшого размера; 3 балла – одна крупная язва и несколько небольших; 4 балла – язвы крупного размера; 5 баллов – прободная язва. Затем для каждой группы рассчитывали индекс изъязвления.

Согласно, оценке по 5-балльной шкале, животные без изъязвлений и с нулевым индексом изъязвления (ИИ) находились в интактной (без лечения и моделирования патологии). В контрольной группе (получавшей парацетамол в дозе 1500 мг/кг) изъязвления наблюдались у 38,5% особей. На слизистой у одного из препарированных желудков язвы были крупного размера, сам желудок был отечен с кровоизлияниями. У оставшихся представителей с изъязвлениями в этой группе язвы были небольших размером и варьировались в количестве. У группы, которой вводили внутривентрикулярно тиотриазолин, 50% крыс имели изъязвления, ИИ составил 1,13. Половина имела единичные язвы на слизистой, а у других наблюдались явления множественных небольших язв и одной крупной.

Наилучший результат у представителей группы, получавшей внутривентрикулярно производное а-цианотиоацетамида с лабораторным шифром d02-123 в дозе 5 мг/кг. Процент животных с изъязвлениями 16,70%, а ИИ составляет 0,07. Только у одной особи были обнаружены единичные язвы, большинство же обладало гиперемией с нестойким отеком или же отсутствием признаков повреждения слизистой оболочки. Также положительными результатами, в сравнении с референтной группой, обладали крысы, находящиеся в группах tag-037 и tag-014. Индекс изъязвления у группы с применением tag-037 – 0,12, животных с изъязвлением – 28,55%. Тем временем ИИ у группы tag-014 составил 0,57 у 42,85% крыс.

Анализируя полученные результаты, было выявлено, что новые производные а-цианотиоацетамида, обладающие выраженными противовоспалительными свойствами, оказывают низкий ulcerогенный эффект на слизистую оболочку желудка.

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

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

На сегодняшний день установлено сходство патофизиологических механизмов боли и психовегетативных расстройств у пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями. Исследование взаимосвязи между выраженностью болевого синдрома (БС) и психовегетативными нарушениями у пациентов с псориатическим артритом (ПсА) будет способствовать оптимизации эффективности дифференцированных методов комплексной диагностической и терапевтической тактики.

Цель: исследовать наличие связей между выраженностью болевого синдрома и психовегетативными нарушениями у больных псориатическим артритом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 49 пациентов (15 мужчин и 34 женщины) с ПсА (средний возраст - $44,5 \pm 1,2$ года, средняя продолжительность ПсА - $9,2 \pm 0,8$ года). У большинства пациентов (28 случаев) установлена умеренная активность воспаления. БС, продолжительность утренней скованности, показатель состояния здоровья пациента (СЗП) оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) самими пациентами, а врачом проводился подсчет числа болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС). Уровень тревожности по шкале Спилбергера 30-45 баллов оценивали как умеренный, более 45 баллов - высокий. Выраженность депрессии по шкале депрессии Гамильтона (ШДГ) оценивались как: 6-8 баллов - норма, 16-18 баллов - наличие непсихотического депрессивного состояния, а более 18 баллов - возможная психотическая депрессия. Вегетативную дисфункцию (ВД) определяли тестированием по методикам «Вейн-пациент» - ВП и «Вейн-врач» ВВ, где возможная ВД - более 15 баллов по ВП, а подтвержденная - более 25 баллов по ВВ.

Результаты и обсуждение. По показателям БС у пациентов получены следующие данные: ЧБС - $6,8 \pm 0,5$, ЧПС - $3,5 \pm 0,3$, боль в суставах - $60,0 \pm 2,6$ мм, в позвоночнике - $64,1 \pm 2,5$ мм, утренняя скованность - $64,6 \pm 2,4$ мм, СЗП - $65,7 \pm 2,4$ мм. Показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у больных ПсА (соответственно $37,9 \pm 1,2$; $46,1 \pm 1,1$ баллов) были достоверно выше нормативных. При этом у 28,6% наблюдалась высокая РТ, а у 34,7% больных высокая ЛТ. При оценке результатов по ШДГ средние значения у обследованных были значимо выше, чем нормативные - $17,8 \pm 0,84$ баллов. Депрессивные расстройства обнаружены у 31 пациента. Результаты анкетирования «ВП» и «ВВ» выявили наличие ВД у 43 из обследованных - $23,0 \pm 0,8$ и $33,5 \pm 1,1$ баллов соответственно.

Проведенный корреляционный анализ выявил взаимосвязь между отдельными показателями БС и психовегетативного статуса. А именно, выраженность депрессии по ШДГ зависела от боли в суставах и позвоночнике и СЗП (соответственно $r=0,49$, $p<0,001$; $r=0,32$, $p=0,024$; $r=0,29$, $p=0,044$). Выявлена прямая связь между РТ, ЛТ и СЗП ($r=0,35$, $p=0,013$; $r=0,32$, $p=0,026$, соответственно), а также достоверные связи между признаками ВД («ВП», «ВВ») и СЗП (соответственно $r=0,36$, $p=0,012$; $r=0,29$, $p=0,042$). Достоверные связи установлены только в отношении тех показателей БС, которые определялись самим пациентом, то есть более значимым в формировании психовегетативных расстройств был эмоционально-аффективный компонент боли.

Выводы. Хроническая боль способствует ухудшению качества жизни больных ПсА, а также формированию у них тревожных и депрессивных расстройств. В связи с этим является целесообразным изучение влияния антидепрессантов и анксиолитиков в группе пациентов с ПсА, как для снижения проявлений тревожности, так и для ускорения регресса БС.

Блудова Н.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕПЕРФУЗИОННЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В настоящее время реперфузионная терапия (РТ) является золотым стандартом лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Проведение РТ сопряжено с риском развития реперфузионных аритмий (РА), которые не могут считаться исключительно маркером реперфузии, так как в некоторых случаях могут представлять угрозу жизни пациента, что ставит их также в ряд осложнений РТ. Поэтому РА должны являться объектом для тщательного изучения как патогенетических аспектов их возникновения, так и клинически предрасполагающих факторов.

Нами были изучены истории болезни 67 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ЛРКБ с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда (ОИМ)», среди них 13 женщин и 54 мужчины. Средний возраст пациентов 60 ± 14 лет. 30 больных (44,7%) имели в анамнезе сопутствующую патологию. 48 пациентов перенесли Q-позитивный ИМ, 14 – Q негативный ИМ, 24- повторный ИМ. Всем пациентам была проведена РТ в виде чрескожного коронарного вмешательства по поводу острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST.

Всего в исследуемой группе было зарегистрировано 48 случаев РА, что составило 71,6%. При этом большинство РА составили желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭ), гемодинамически значимая синусовая брадикардия (СБ) с частотой сердечных сокращений менее 55 в минуту и желудочковая тахикардия (ЖТ). Анализ зависимости структуры РА от локализации ИМ методом сравнения рядов распределения показал, что в рядах распределений ЖЭ, ЖТ, СВЭ и СБ достоверно зависели от локализации поражения миокарда (χ^2 факт. $> \chi^2$ должн.) При этом большинство случаев ЖЭ и ЖТ регистрировались при переднем ИМ, тогда как СВЭ и СБ более характерны для инфарктов задней локализации. Анализ зависимости частоты возникновения РА от длительности ишемии показал, что среднее время ишемии миокарда до проведения реперфузии составило 5 часов с интервалом от 1 до 12ч. При этом наименьший процент РА наблюдался в вариационном ряду, где РТ проводилась в первые 2 часа, увеличение же периода ишемии вело к увеличению частоты распределения РА. Но после 10 часов ишемии процент РА уменьшился, что может быть как следствием увеличения массы некроза кардиомиоцитов из-за неэффективности РТ, так и соответствовать закону распределения вариационных рядов. При сравнении групп больных с наличием сопутствующих заболеваний и без таковых, РА регистрировались в последней достоверно чаще (32% и 64% соответственно, $F=7,02$ $p<0,05$). Анализ рядов распределения больных по возрасту не выявил зависимости между частотой распределения РА и возрастом пациентов.

Таким образом, нами изучена структура РА у больных с острым ИМ, которая показала доминирование желудочковых нарушений ритма. Установлена связь между определенными видами аритмий и локализацией поражения миокарда, а также выявлена прямая зависимость частоты возникновения РА от длительности ишемии миокарда, что является клинически важным моментом и подтверждает положение о целесообразности проведения РТ в максимально ранние сроки от момента развития ОКС, что намного увеличивает ее эффективность. В нашем исследовании не было выявлено зависимости между частотой РА и возрастом пациентов, однако, определена обратная зависимость между наличием у пациентов сопутствующей патологии.

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

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Как известно, наличие сахарного диабета (СД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) сопряжено с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых (СС) событий. Кроме того, у значительной части больных СД АГ имеет резистентное течение, поэтому в практике врача-кардиолога по-прежнему остается актуальным вопрос поиска наиболее эффективных комбинаций гипотензивных препаратов. Цель: изучить эффективность разных комбинаций гипотензивных препаратов с использованием телмисартана у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа. Материалы и методы. В исследование включены 36 пациентов с резистентной формой АГ на фоне СД 2 типа. Резистентное течение АГ устанавливали в соответствии с критериями РКО (клинические рекомендации по лечению АГ, 2024). Начальная доза телмисартана составляла 40 мг/сут. Комбинированная (трех- или четырехкомпонентная) гипотензивная терапия включала также прием β -блокаторов и/или антагонистов кальция, и/или препараты центрального действия и диуретиков, в том числе верошпирона в максимально переносимых дозах в течение 2 недель. При недостаточном клиническом эффекте доза телмисартана была увеличена до 80 мг/сут. Период наблюдения составил 10 недель. В исследование включались больные с АГ 2-3 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой почечной или печеночной недостаточности. Эффективность терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению целевого АД в данной группе пациентов (менее 130/80 мм рт.ст.) через 1, 2, 4, 8 недель. Результаты исследования. Через 1 неделю динамика значений периферического АД составила в среднем 8,3/6,1 мм рт.ст., при этом цифры САД снизились в среднем с 172 ± 11 мм рт.ст. до 159 ± 12 мм рт.ст., ДАД – с 94 ± 6 мм рт.ст. до 88 ± 4 мм рт.ст. Однако, целевых значений АД $< 130/80$ мм рт.ст. в группе больных достигнуто не было. Через 2 недели сохранилась положительная динамика показателей АД. Так, наблюдалось снижение САД до 154 ± 13 мм рт.ст., ДАД до 87 ± 5 мм рт.ст. Целевых значений АД в исследуемой группе также не установлено. Динамика значений периферического АД в среднем составила 6,1/4,2 мм рт.ст. После повышения дозы телмисартана до 80 мг в сутки в составе комбинированной гипотензивной терапии в течение 2 последующих недель отмечалась следующая динамика: показатели САД в среднем составили 143 ± 15 мм рт.ст., ДАД - 79 ± 7 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем составила 8,4/4,2 мм рт.ст. Целевые значения АД в исследуемой группе были достигнуты у 10 (28%) больных. На фоне продолжения лечения по схеме комбинированной гипотензивной терапии с использованием максимальной дозы телмисартана в течение последующих 4 недель у больных исследуемой группы отмечалось снижение цифр САД до 140 ± 14 мм рт.ст., ДАД до 76 ± 8 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем составила 6,1/3,8 мм рт.ст. Следует отметить, что целевые значения АД через 4 недели приема телмисартана в максимальной дозе в составе комбинированной терапии были достигнуты у 21 (58%) пациентов, к 8 неделе наблюдения целевые значения показателей АД зафиксированы 27 (75%) больных. В течение всего исследуемого периода в группе пациентов, получавших разных схемы гипотензивной терапии с использованием телмисартана в дозе 40 и 80 мг в сутки, не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений, требующих прекращения приема препаратов.

Таким образом, использование высоких доз телмисартана в составе комплексной гипотензивной терапии демонстрирует высокую антигипертензивную эффективность и безопасность у пациентов с резистентными формами АГ на фоне СД 2 типа, что может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

Бобоев М.М, Маматов Б.Ю., Эргашев Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ВВЕДЕНИЯ НАРКОЗА С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Актуальность: Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в анестезиологию позволяет повысить точность введения наркоза, минимизировать риски осложнений и индивидуализировать подход к каждому пациенту. Современные ИИ-алгоритмы способны анализировать большие объемы данных и принимать оптимальные решения в режиме реального времени.

Цель исследования: Разработать и внедрить алгоритмы искусственного интеллекта для автоматизации и оптимизации процесса введения анестезии.

Методы: Сбор и анализ данных жизненно важных показателей пациентов (ЧСС, АД, насыщение кислородом и др.). Разработка моделей машинного обучения для прогнозирования дозировки анестетиков. Тестирование алгоритмов на симуляторах и в клинических условиях.

Результаты: Предварительные исследования показывают, что использование ИИ:

- Уменьшает риск гипо и гиперанестезии на 25%;
- Позволяет на 30% сократить время реакции на изменения состояния пациента;
- Повышает точность прогнозирования осложнений, связанных с введением наркоза.

Выводы: ИИ имеет значительный потенциал в анестезиологии, позволяя улучшить безопасность, эффективность и качество проведения наркоза. Дальнейшие исследования направлены на внедрение ИИ - алгоритмов в повседневную клиническую практику.

Бобоев М.М., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ТИПА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ОЦЕНКА РИСКОВ

Актуальность: Выбор метода анестезии является критически важным для успешного проведения хирургической операции и минимизации рисков для пациента. Современные методы анестезии требуют индивидуального подхода, учитывающего возраст пациента, его физическое состояние, сопутствующие заболевания и характер хирургического вмешательства. Правильный выбор анестезии способствует снижению осложнений и улучшению послеоперационного восстановления.

Цель исследования: Целью исследования является анализ факторов, влияющих на выбор метода анестезии в зависимости от состояния пациента и типа хирургической операции, а также разработка рекомендаций по минимизации рисков.

Материалы и методы: Исследование основано на анализе данных 150 пациентов, прошедших хирургические операции различной сложности. Использовались методы клинического анализа, статистической обработки данных и мониторинга анестезиологических показателей в процессе операции.

Результаты:

1. **Состояние пациента:** На выбор метода анестезии существенно влияет возраст, наличие хронических заболеваний, а также степень тяжести заболевания. Для пожилых пациентов и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями предпочтение отдается регионарной анестезии.

2. **Типы операций:** Для несложных операций, таких как лапароскопия, применялась локальная и регионарная анестезия. Для сложных вмешательств (например, кардиохирургия) использовалась общая анестезия с интенсивным мониторингом.

3. **Минимизация рисков:** Использование капнографии, анализа газов крови и других методов мониторинга позволяет снизить риски осложнений и повысить безопасность пациента.

Заключение: Правильный выбор метода анестезии зависит от множества факторов, включая состояние пациента и тип операции. Применение индивидуализированного подхода и новейших технологий мониторинга значительно повышает безопасность анестезии. Рекомендуется дальнейшее развитие персонализированных методов анестезиологической помощи, что обеспечит снижение риска осложнений и улучшение исходов хирургических вмешательств.

Бобоев М.М., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ НАРКОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Актуальность: Прогнозирование и предотвращение осложнений при проведении анестезии является важной задачей в современной анестезиологии. Искусственный интеллект (ИИ) позволяет анализировать большие массивы данных в реальном времени, что способствует более точному прогнозированию возможных осложнений и улучшению исходов для пациентов. Внедрение ИИ в анестезию открывает новые возможности для повышения безопасности и точности в управлении анестезией.

Цель исследования: Разработка и внедрение ИИ-алгоритмов для прогнозирования осложнений при проведении наркоза на основе анализа жизненно важных показателей пациента.

Материалы и методы:

1. Использование алгоритмов машинного обучения для анализа данных пациента (возраст, пол, хронические заболевания, витальные параметры).
2. Применение нейронных сетей для предсказания вероятности развития осложнений в процессе анестезии (например, гипотензия, гипоксия, аллергические реакции).
3. Клинические испытания и валидация ИИ-моделей на основе исторических медицинских данных.

Результаты: Предварительные результаты показали, что ИИ способен:

- С точностью до 90% предсказать риск гипотензии и гипоксии у пациентов в ходе анестезии.
- Уменьшить количество нежелательных событий на 15% в случае использования прогнозирующих алгоритмов на базе ИИ.
- Обеспечить индивидуальный подход к пациентам, учитывая их медицинскую историю и реакции на анестетики.

Выводы: Использование искусственного интеллекта для прогнозирования осложнений при введении наркоза позволяет значительно повысить безопасность пациента, минимизировать риск непредвиденных ситуаций и улучшить качество анестезиологического обслуживания. Применение ИИ в реальной клинической практике требует дальнейших исследований и валидации моделей, но уже на текущем этапе продемонстрировало значительные преимущества.

Боборовицкая А.И., Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Журбий О.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Публикации многих авторов свидетельствуют о специфических изменениях в легких у детей при COVID-19 инфекции. Однако, термин «пневмония» не отражает клинко-рентгенологические и морфологические признаки патологического процесса, который наблюдается при поражении легких этим вирусом. Следует оценивать такое поражение легких как пневмонит или интерстициопатия, что существенно меняет терапевтические подходы. Принимая во внимание сложности диагностического поиска у детей с внегоспитальной пневмонией, представляем вашему вниманию клинический случай.

Ребенок К. 9 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,50С. Появился сухой кашель, который сохраняется по настоящее время. Из анамнеза жизни известно, что наследственность не отягощена. Ребенок от первой физиологически протекавшей беременности, срочных самостоятельных родов. Вес при рождении 3540 г, рост 51 см. Раннее развитие соответствовало возрасту. Привит в соответствии с возрастом. Из анамнеза заболевания известно, что неделю тому назад его семья вернулась из отпуска. По возвращении проведено исследование ПЦР на SARS-CoV-2 (результат отрицательный). Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,80С. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вес 27 кг, рост 128 см. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Слизистые чистые, умеренная гиперемия небных дужек. Небные миндалины гипертрофированы 2-й степени, налетов нет. Периферические лимфатические узлы по типу микрополиадамии, единичные, подвижные, безболезненные. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно ЧСС 96 /минуту, тоны приглушены, чистые. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Аускультативно ЧД 24 /минуту, жесткое дыхание во все отделы легких, хрипов нет. Сатурация кислорода 98%. Живот мягкий при пальпации, доступен во всех отделах, безболезненный. Физотправления в норме. Рекомендовано повторить ПЦР на SARS-CoV-2. На фоне терапии появилась слабость, потливость на 7 сутки от начала заболевания стойкая лихорадка до 39,00С, которая плохо купировалась на фоне жаропонижающей терапии. Зафиксировано снижение сатурации кислорода до 93%. Появились локальные симптомы со стороны легких: ослабление перкуторного звука и мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах слева. Гемограмма (7-й день болезни): эритроциты $4,15 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 118 Г/л, лейкоциты $18,9 \times 10^9/л$, лимфоциты 22%, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 65%, моноциты 4%, эозинфилы 2%, СОЭ 42 мм/ч. Нагрузочный эритроцитарный коэффициент 3,55 усл.ед. ($N=0,5 \pm 0,05$ усл.ед.); клеточно-фагоцитарный потенциал 402,12 усл.ед. ($N=471,9 \pm 12,5$ усл.ед.), иммунно-лимфоцитарный потенциал 116,40 усл.ед. ($N=618 \pm 17,8$ усл.ед.), аллергическая настроенность организма 105,82 усл.ед. ($N=337,0 \pm 14,9$ усл.ед.). ПЦР на SARS-CoV-2 отрицательный. Рентгенограмма органов грудной клетки (8-й день болезни): инфильтративные изменения в области нижней доли левого легкого. Установлен диагноз: Внегоспитальная, левосторонняя, очаговая пневмония, средней тяжести, острое течение, ДН1. Рекомендована антибактериальная (амоксиклав), патогенетическая и симптоматическая терапия. На фоне лечения (3 сутки) снизилась температура до 37,70С, улучшилось самочувствие. Антибактериальную терапию получал 10 суток, с положительной клинической динамикой выписан из стационара.

Клинический случай демонстрирует сложности диагностики внегоспитальной пневмонии в период COVID-19 инфекции. Показатели расширенной гемограммы (НЭК) отражают значительную метаболическую интоксикацию и недостаточную способность организма обеспечить кооперирующие взаимодействие клеток крови отвечать на антигенный раздражитель. Своевременная диагностика внегоспитальной пневмонии, назначение антибактериальной терапии обеспечило течение болезни без осложнений.

Боброва А.А., Рудова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЕЛИКИЙ УЧЕНИК СПАСОКУКОЦКОГО

Актуальность. Сегодня знание истории своей страны России, своего края, истории своей *Alma mater* и ее основателей лежит в основе формирования в будущих врачах устойчивой, высокой и несокрушимой человечности, гражданственности, чувство долга перед людьми, нравственно-этических качеств, профессиональной этики.

Цель исследования. Выделить факторы, которые способствовали профессиональному и жизненному успеху профессора Богославского Владимира Матвеевича.

Материалы и методы. Проведен анализ мемуаров живых родственников и современников, изучены литературные источники. Применен аналитический метод.

Результаты. Богославский Владимир Матвеевич стоял у истоков создания хирургических кафедр медицинского института в г. Сталино. Он прошел школу замечательного ученого-хирурга профессора Сергея Ивановича Спасокукоцкого, был одним из лучших его учеников. Родился Владимир Матвеевич в 1888 г. в Харьковской области. С детства выбрал самую ответственную профессию врач-хирург. После окончания школы учился в Петербургской военно-медицинской академии, участвовал в студенческих забастовках, в 1914 году закончил университет в г.Тарту. С1917 по 1924г.получил большой опыт и звание приват-доцента работая в клинике Спасокукоцкого в Саратовском университете. Владимир Матвеевич был убежден, что наибольшую пользу он принесет людям работая в урологическом отделении г. Сталино, где стал зрелым хирургом. Он живо принимал все новое в медицине и хирургии. С 1931 года стал применять переливание крови. Он способствовал началу научных направлений в лечении язвенной болезни, опухолей желудочно-кишечного тракта. Его отделение стало научным центром Донбасса до открытия медицинского института, в дальнейшем возглавил кафедру общей хирургии. Вначале 1933-1934гг он организовал кафедру факультетской хирургии, а затем и госпитальной хирургии. В годы Великой Отечественной Войны он был ведущим хирургом эвакуогоспиталя, награжден орденами «Отечественной войны» I степени, «Красной звезды», «Ленина», медалями.

В после военные годы он руководил кафедрой госпитальной хирургии. Блестящий организатор и талантливый хирург, он воспитал плеяду учеников, пытливых и талантливых как он сам. Вместе они разработали новые, трудные методы лечения спонтанной гангрены, гнойных процессов в легких, рака пищевода и мочевого пузыря. Жизнь и деятельность его были полны оптимизма, неиссякаемой энергии и творческого вдохновения в хирургии и общественной жизни страны. Высокое признание народа выразилось в избрании его депутатом Верховного Совета Союза ССР. Свою любовь к людям, стране, к Донбассу Владимир Матвеевич выражал через самоотверженный труд и благородные поступки.

Профессор Богославский Владимир Матвеевич выдающийся хирург Донбасса, талантливый ученик Спасокукоцкого, известный во всей стране как ученый, наставник-педагог студенческой молодежи, основатель хирургических кафедр в медицинском институте Донбасса. Трудолюбие, воля, дисциплина, любовь к своему делу, Родине эти черты помогут добиться своей цели.

Выводы. Мощное тяготение к личности великого хирурга состоит в том, что научная, педагогическая, врачебная и жизненная философия Владимира Матвеевича имеют духовную основу, где превалирует профессионализм, милосердие, врачебная этика, гуманитаризация медицинского образования и врачебной практики.

Бобрышева Г.Н., Бочарова Т.В., Оселедько Е.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРГАНОВ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ИНДУЦИРОВАННОМ ОЖИРЕНИИ

Под воздействием различных факторов в эндокринной системе возникают изменения как по гипофизарно-тиреоидной, так и по гипофизарно-надпочечниковой оси. При этом проблема ожирения в мире занимает лидирующие позиции. Знания патогенеза, поиски возможных решений и путей коррекции ожирения выводят данное направление работы на новый уровень, а нерешенные вопросы обеспечивают его актуальность. Учитывая, что морфологическая доказательная база по данной проблеме до сих пор отсутствует, на кафедре анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, в настоящее время под руководством заведующего кафедрой профессора В.И. Лузина проводится анатомо-экспериментальное исследование влияния ожирения на морфогенез основных интегрирующих систем организма. Изучение морфофункциональной взаимосвязи между органами эндокринной системы при экспериментально индуцированном ожирении является частью кафедральной темы и выполняется под руководством профессора кафедры К.А. Фоминой.

Целью настоящего исследования явилось установление структурных преобразований гипофиза, щитовидной и надпочечных желез на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях организации у крыс, находившихся на высокожировой и высокоуглеводной диете на основе лярда и фруктозы в течение одного, двух и трех месяцев.

Через месяц специальной диеты в изучаемых органах эндокринной системы были обнаружены признаки снижения пролиферативной, синтетической и секреторной активности клеток, десквамативные явления. В аденогипофизе более значительные изменения зафиксированы в тиротропах и кортикотропах. В щитовидной железе во многих полях зрения фолликулярный эпителий трансформируется из кубического в плоский. Многие фолликулы переполнены гомогенным, плотным, ярко-розовым коллоидом. Площадь фолликулов возрастает на 5,44% ($p < 0,05$) за счет увеличения площади коллоида на 7,05% ($p < 0,05$). Также морфометрическим подтверждением выявленных структурных изменений в щитовидной железе было сопутствующее уменьшение высоты тироцитов и увеличение среднего диаметра и индекса накопления коллоида в фолликулах. Такие результаты могут указывать на то, что в органе процессы коллоидонакопления преобладают над процессами коллоидовыведения, что может указывать на снижение функциональной активности щитовидной железы. В надпочечных железах зафиксированы изменения в виде увеличения ширины пучковой зоны их коркового вещества, увеличения площади кортикостероцитов и их ядер, что может косвенно указывать на повышение их функциональной активности и согласуется с начальными реакциями со стороны надпочечных желез при стрессе. Корово-мозговой индекс, свидетельствующий об активности коркового вещества, был повышен на 6,34% ($p < 0,05$).

Через два и три месяца установленные сдвиги нарастают прямо пропорционально длительности измененного питания. В аденогипофизе сохраняются дистрофические изменения в тиротропах и кортикотропах. Уменьшается количество и площадь, занимаемая митохондриями и секреторными гранулами. В щитовидной железе некоторые фолликулы полностью разрушены, нередко в коллоиде обнаруживается тироидный эпителий. Большая часть тироцитов низкопризматической формы. В корковом веществе надпочечных желез увеличивается количество и общая площадь, занимаемая липидными каплями.

Таким образом, можно предположить, что через месяц высокожировой и высокоуглеводной диеты сохраняется функциональная взаимосвязь между аденогипофизом и железами-мишенями. Через два и три месяца морфологические перестройки в эндокринной системе возрастают и свидетельствуют об угнетении функционального состояния гипофиза, щитовидной и надпочечных желез. Максимально выраженные статистически значимые сдвиги установлены при воздействии пищевого фактора на протяжении трех месяцев.

Богослав Ю.П., Даценко М.В., Афенченко А.А., Аминова Э.Д., Кузнецова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБОУ «Гимназия 6 городского округа Донецк»

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «СЧАСТЬЕ БЫТЬ МАМОЙ» – ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ

Современная ситуация в демографических процессах требует пристального внимания медиков и педагогов. Снижение рождаемости, наблюдаемое в данное время обусловлено рядом особенностей репродуктивного поведения молодежи, таких как традиции малодетности (не более 2х детей в семье), традиции позднего деторождения (после 30-35 лет), несознательное отношение к репродуктивному здоровью (отсутствие репродуктивных планов у молодых людей, у мужчин – нет традиции профилактических исследований репродуктивного здоровья), толерантное отношение к абортам, негативное отношение к ВРТ и донорским методикам.

Для преодоления этих тенденций в разрабатывается научно-образовательный проект «Счастье быть мамой», направленный на формирование мотивации молодых людей на планирование семьи и рождение детей.

Цель образовательного проекта – создать внутреннюю потребность в создании семьи, рождении и воспитании детей.

В рамках проекта разработан цикл лекций для молодежи, рассчитанный на 1 учебный год (1 лекция в четверть), включающий следующие темы:

1. Половое созревание и становление менструальной функции. Влияние беременности и родов на здоровье женщины
2. Планирование семьи и контрацепция
3. Беременность, роды, грудное вскармливание. О поддержке государства молодым семьям и одиноким матерям
4. Профилактика и лечение бесплодия; вред абортов.

По результатам проведенных лекций был выполнен опрос, который показал изменение отношения слушателей к вопросам репродуктивного здоровья.

*Боечко Д.С., Боечко Н.Д., Ляшенко Е.Г., Талалаенко И.А., Солдатенко В.В.,
Боечко С.Д., Талалаенко Л.Р.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ МИКОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

Грибковые поражения околоносовых пазух являются одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. По сообщениям ряда авторов, отмечается увеличение частоты грибковых поражений носа и околоносовых пазух. По современной классификации выделяют инвазивную и неинвазивную формы грибковых поражений околоносовых пазух.

Целью нашей работы являлось улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с неинвазивной формой микотического поражения верхнечелюстной пазухи (ВЧП) – мицетомой (грибковым телом).

Материалы и методы. В клиниках кафедры оториноларингологии ФНМФО ФГБОУ ВО «ДонГМУ им. М Горького» Минздрава России с 2011 по 2024 г. прооперировано 236 больных с диагнозом мицетома ВЧП. У 115 (48,7%) пациентов мицетома ВЧП сочеталась с патологией внутриносовых структур (ВНС). В предоперационном периоде всем пациентам выполнялись эндориноскопия и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Всем больным данной группы сначала выполнялась коррекция ВНС препятствующих выполнению оперативного вмешательства со стороны пораженной пазухи. Одновременно с этим выполнялась санация ВЧП.

Приводим клинический случай, в котором мицетома ВЧП сочеталась с патологией ВНС. Пациентка Д., 58 лет, обратилась на консультативный прием 02.07.24г. с жалобами на слизисто-гнойное отделяемое из носа, стекание слизисто-гноя по задней стенке глотки, неприятный запах в носу, затруднение носового дыхания. Болеет более 15 лет. На КЛКТ 05.07.24г. – субтотальное затемнение левой ВЧП с наличием в пазухе инородного рентгенконтрастного тела, холмообразное искривление носовой перегородки влево, гипертрофия нижних носовых раковин. При диагностической эндориноскопии: носовая перегородка искривлена, нижние носовые раковины гипертрофированы, их задние концы увеличены. После анализа полученной информации установлен диагноз: Левосторонний хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Инородное тело левой ВЧП. Мицетома левой ВЧП. Искривление носовой перегородки. Хронический гипертрофический ринит.

12.07.24г. под многокомпонентной в/в анестезией в условиях миорелаксации и искусственной вентиляции легких была выполнена коррекция искривленной носовой перегородки и нижних носовых раковин, а затем санация ВЧП и удаление инородного тела комбинированным доступом через расширенное естественное соустье и переднюю стенку ВЧП. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде выполнялись туалет полости носа и промывание левой верхнечелюстной пазухи через сформированное соустье. «Носовой» комфорт полностью восстановлен. Выписана в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции с рекомендациями амбулаторного наблюдения у ЛОР-врача по месту жительства.

Результаты. У всех 115 (48,7%) пациентов после проведенного хирургического лечения по представленной выше методике не наблюдалось рецидива мицетома ВЧП. Период наблюдения составил от 1 до 5 лет.

Выводы. 1. По нашему мнению, указанная хирургическая тактика позволяет добиться адекватной санации ВЧП у пациентов с неинвазивной формой микотического поражения. 2. Указанная методика позволяет избежать нежелательного повреждения структур в области остиомеатального комплекса и среднего носового хода. 3. Кроме того, указанная хирургическая тактика облегчает послеоперационное ведение больного.

*Боечко Д.С., Боечко Н.Д., Ляшенко Е.Г., Чубарь В.А., Талалаенко И.А.,
Боечко С.Д., Талалаенко Л.Р.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ДАКРИОЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

Взаимосвязь между патологией внутриносовых структур (ВНС) и околоносовых пазух (ОНП) достаточно хорошо изучена. Однако, описание случаев патологии ВНС с одномоментным вовлечением в воспалительный процесс ОНП и слезоотводящих путей в медицинской литературе встречается не часто.

Целью нашего исследования является оптимизация лечебно-диагностической тактики у пациентов с сочетанной патологией ОНП и слезоотводящих путей на фоне патологических изменений ВНС.

Материалы и методы. В клиниках кафедры оториноларингологии ФНМФО ФГБОУ ВО «ДОНГМУ им. М Горького» Минздрава России с 2002 по 2024 гг. по поводу хронического гнойного дакриоцистита прооперировано 126 больных. Мужчин было 30 (23,8%), женщин – 96 (76,2%). Возраст больных колебался от 14 лет до 71 года. В предоперационном периоде всем пациентам выполнялись эндориноскопия и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Все больные были консультированы врачом-офтальмологом.

Приводим клинический случай, в котором хронический гнойный дакриоцистит сочетался с патологией ОНП и ВНС. Пациентка С., 70 лет, обратилась на консультативный приём 31.07.24г. по направлению от врача-офтальмолога с диагнозом: левосторонний хронический гнойный дакриоцистит. Жалобы на затруднение носового дыхания, частые насморки, слезотечение и периодическое гноетечение из левого глаза. Наблюдалась у офтальмолога по поводу хронического гнойного дакриоцистита, неоднократно лечилась у оториноларинголога по поводу хронического полисинусита. Болеет более 10 лет. На КЛКТ с контрастированием слезоотводящих путей от 31.07.24г. – в правой ВЧП округлое образование с ровными, четкими контурами, холмообразное искривление носовой перегородки влево, гипертрофия нижних носовых раковин, нарушение оттока рентгенконтрастного вещества из слезоотводящих путей левого глаза. При диагностической эндориноскопии: носовая перегородка искривлена, в среднем носовом ходе справа полипы, нижние носовые раковины гипертрофированы, их задние концы увеличены. Установлен диагноз: Правосторонний хронический полипозно-кистозный верхнечелюстной синусит. Искривление носовой перегородки. Хронический гипертрофический ринит. Левосторонний хронический гнойный дакриоцистит. 04.09.2024г. под многокомпонентной в/в анестезией в условиях миорелаксации и ИВЛ выполнены следующие оперативные вмешательства: пластика носовой перегородки, правосторонняя микрогайморотомия, правосторонняя этмоидотомия и остиопластика, левосторонняя дакриоцисторинотомия. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде выполнялись туалет полости носа, промывание правой верхнечелюстной пазухи через сформированное соустье, промывание слезных путей левого глаза. «Носовой» комфорт полностью восстановлен, слезотечение из левого глаза не беспокоит. Выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции с рекомендациями амбулаторного наблюдения у ЛОР-врача и офтальмолога по месту жительства.

Особенностью приведенного клинического наблюдения является одномоментная коррекция трех анатомических структур: носа, околоносовых пазух и слезоотводящих путей.

Выводы. 1. Применение КЛКТ носа и ОНП в сочетании с рентгенконтрастным исследованием слезоотводящих путей позволило объективно оценить состояние пациента и определить тактику оперативного вмешательства. 2. Использование современных эндоскопических хирургических методик реализовало одномоментное выполнение коррекции ВНС, патологии синусов и слезоотводящих путей.

Боенко Д.С., Гинькут В.Н., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

Обучение ординаторов-оториноларингологов и накопление ими необходимого клинического опыта требуют наличия не только хорошей теоретической базы, но и возможности приобретения навыков и умений в освоении новейших технологий и методик в сфере их профессиональной деятельности.

Практическую подготовку можно считать полноценной лишь при условии свободного владения ординаторами мануальными навыками выполнения той или иной оториноларингологической операции с ответственным осмыслением ими всех возможных рисков и неудач.

Учебная программа ординатуры предусматривают обогащение молодых врачей полноценными практическими навыками. Компетенции обучающихся, которые должны быть сформированы в результате освоения учебной дисциплины «Оториноларингология», касаются выполнения ординаторами отдельных этапов хирургических вмешательств пациентам с заболеваниями и состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи.

Традиционно усвоение и совершенствование умений ординаторами происходило по принципу: «Посмотрел, повторил, научился». В силу известных причин в настоящее время такой подход становится всё более проблематичным. Вместе с тем, существует большое количество врачебных приёмов и манипуляций, особенно инвазивного характера, которые стали просто невозможными в исполнении ординаторами без информированного добровольного согласия больного на медицинское вмешательство.

Это связано как с этическими принципами, так и с рядом новых юридических документов, которые регулируют отношения между пациентом и врачом. Даже в университетских клиниках ординаторы имеют ограниченный доступ к выполнению врачебных манипуляций и операций. Данная ситуация вызывает понятную озабоченность преподавателей кафедры, которые несут моральную и юридическую ответственность за качество практической подготовки врачей.

В своё время на нашей кафедре при отработке мануальных навыков и приёмов хирургических вмешательств на среднем ухе успешно использовались блоки височной кости. Освоение техники таких операций проводилось на кадаверном материале. Ординаторы воочию видели разнообразие анатомических типов строения сосцевидных отростков, варианты залегания антрума, архитектонику барабанной полости, ход лицевого нерва и расположение сигмовидного синуса. К окончанию обучения все ординаторы выполняли тимпанопункцию, миринготомию, антромастоидотомию, радикальную операцию на ухе и вскрытие сигмовидного синуса.

Кроме того, на кафедре имелись муляжи с тематическим набором искусственных барабанных перепонки для освоения ординаторами отоскопии и отработки мануального навыка наложения парацентеза. К сожалению, те времена канули в лету.

В настоящее время проблема сокращения числа «доступных» пациентов – это насущная задача, требующая внедрения новых методов и подходов к обучению. Прежде всего, это касается симуляционного обучения (моделирования). Решение проблемы видится в создании специальных медицинских центров моделирования для приобретения ординаторами практических навыков без участия пациента.

Основная задача подобных центров будет состоять во внедрении симуляционных методов обучения для обеспечения качественной подготовки ординаторов при овладении мануальными навыками. В таких центрах можно будет отрабатывать инвазивные лечебные и диагностические процедуры. При правильной организации работы и приобретении необходимого симуляционного оборудования, здесь можно будет готовить не только ординаторов, но и обучать врачей-оториноларингологов при прохождении ими циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Боечко Д.С., Талалаенко И.А., Боечко Н.Д., Чубарь В.А., Талалаенко Л.Р., Боечко С.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ПАЦИЕНТОВ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Публикации, посвященные исследованию влияния ЛОР-патологии на возникновение и клиническое течение судорожного синдрома, немногочисленны в современной медицинской литературе. Однако исследование причинно-следственных связей при судорожных состояниях чрезвычайно важно (К.Э.Лебедев, М.Р.Маматханов, 2016).

Цель исследования: улучшение качества жизни пациентов с хронической ринологической патологией в сочетании с судорожным синдромом.

Материалы и методы. Проведен анализ двух клинических случаев пациентов с внутриносовой патологией в сочетании с носовой обструкцией, имеющих в анамнезе судорожные состояния. Изучены жалобы, медицинская документация, данные объективного исследования ЛОР-органов, результаты эндориноскопии, конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых пазух, электроэнцефалографии и заключения психиатра.

Эндоназальные операции проводились эндоскопически, под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией лёгких и были направлены на элиминацию хронических очагов инфекции, санацию околоносовых пазух и пластику их соустьев, коррекцию внутриносовых структур.

Результаты. При обращении в ринологический центр оба пациента предъявляли жалобы на длительную носовую обструкцию, головные и лицевые боли, судорожные приступы. Был диагностирован хронический мультифокальный синусит в сочетании с множественными внутриносовыми аномалиями. У первого обследованного, помимо этого, обнаружен тяжёлый одонтогенный гайморит и выявлен эписиндром. Ему произведена септопластика, атипичное удаление 25, 26 зубов, пластика ороантральной фистулы от 25, 26 зубов, левосторонняя передняя этмоидотомия и пластика соустья левой верхнечелюстной пазухи, правосторонняя микрогайморотомия, шейверная аденотомия, двухсторонняя высокочастотная пластика задних концов нижних носовых раковин, двухсторонняя подслизистая вазотомия, двухсторонняя нижняя конхопексия. У второго больного хронический воспалительный процесс локализовался в передней и задней группе околоносовых пазух, выявлен хронический сфеноидит, очаговое поражение левой задней лобно-теменной области с эписиндромом и парциальными Джексоновскими приступами. Ему выполнена левосторонняя эндоназальная сфеноидотомия, коррекция носовой перегородки, двухсторонняя подслизистая вазотомия, двухсторонняя конхопексия, двухсторонняя высокочастотная конхопластика задних концов нижних носовых раковин, двухсторонняя задняя конхотомия.

У обоих пациентов успешное хирургическое вмешательство оказало положительное влияние на клиническое течение судорожных состояний, приступы были полностью купированы, прекратились головные и лицевые боли, улучшился эмоциональный фон. Это подтверждалось улучшением неврологического статуса наблюдаемых нами больных. В первом случае доза противосудорожных препаратов была значительно снижена, а во втором препараты отменены.

Выводы: 1. Представленные клинические наблюдения свидетельствуют, что патологические изменения внутриносовых структур и околоносовых пазух не только задней, но и передней группы, могут являться причиной индукции патологических рефлексов со слизистой оболочки носа судорожных приступов с потерей сознания при эпилептическом синдроме. 2. Коррекция внутриносовых структур, нормализация носового дыхания и санация околоносовых пазух способствуют улучшению клинического течения эпилептического синдрома.

Болгарова А.А., Сотникова Н.А., Перфильева М.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА

Актуальность. Кафедра микробиологии на протяжении последних лет занимается вопросами донозологической психодиагностики и реабилитации детей и подростков, то есть проблемами психогигиены детского возраста. Поскольку нервная система и психика в незрелом возрасте ранима и хрупка, то основной задачей в данном случае должно стать обеспечение формирования психически здорового молодого поколения для предупреждения развития психических заболеваний в более позднем периоде.

Значимость проблемы психического здоровья, как нельзя, актуальна сегодня и обусловлена прежде всего тем, что значительная часть психических расстройств современности связана с теми достижениями цивилизации без которых мы сегодня не можем представить себе обыденную жизнь.

Цель: Выявление особенностей коммуникативной деятельности и возможных признаков интернет-зависимости у студентов наиболее молодой (2 курс) возрастной группы ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава РФ

Материалы и методы. Исследование проводилось в виде анкетирования по опроснику, специально разработанному ассистентом кафедры микробиологии, и состоящему из 15 пунктов.

Результаты и их обсуждение. Были проанализированы первые 10 вопросов и получены следующие данные.

Все студенты пользуются разнообразными гаджетами: ПК, ноутбук, нетбук, смартфон, I-pad, I-phone. Почти все (97.2% лиц мужского пола и 100% лиц женского пола лечебного факультета) не только пользуются социальными сетями, но и зарегистрированы в них.

Кроме того, студенты педиатрического факультета все зарегистрированы в социальных сетях и пользуются ими. Среди студентов мужского пола лечебного факультета 2 респондента не пользуются социальными сетями, а один даже не зарегистрирован в них. Наибольшее количество лиц мужского пола (38.6%) проводят в социальных сетях ежедневно от 1 до 3 часов, а 44.4% респонденток – ежедневно более 3 часов. В целом, в интернете 45.7% студентов мужского пола и 39.5% женского проводят ежедневно от 1 до 3 часов, а приблизительно половина из них (47.1% юношей и 47.6% девушек) - ежедневно более 3 часов.

Среди всех опрошенных студентов только одна девушка пользуется интернетом всего 1-2 раза в неделю (0.8%).

Признаки интернет-зависимости обнаружили у себя 8.6% юношей и 15.3% девушек лечебного факультета. И только двое из 28 студенток педиатрического факультета ответили положительно на предложенный вопрос.

За использованием различных гаджетов около половины юношей (44.2%) проводят ежедневно более 3 часов. Приблизительно такое же количество девушек (46%) проводят за этим занятием от 1 до 3 часов ежедневно.

Выводы. 1. Современный студент младшего курса медицинского университета активно пользуется различными электронными средствами коммуникации.

2. За использованием различных гаджетов около половины юношей (44.2%) проводят ежедневно более 3 часов. Приблизительно такое же количество девушек (46%) проводят за этим занятием от 1 до 3 часов ежедневно.

3. Почти все студенты независимо от пола и факультета в данной возрастной группе (18-23 года) зарегистрированы в социальных сетях и ежедневно пользуются ими.

4. Наибольшее количество лиц мужского пола (38.6%) проводят в социальных сетях ежедневно от 1 до 3 часов, а 44.4% респонденток – ежедневно более 3 часов.

5. Признаки интернет-зависимости обнаружили у себя 8.6% юношей и 15.3% девушек лечебного факультета, а также 7.1% девушек педиатрического факультета.

Бондаревский-Колотий В.А., Ластков Д.О., Сихарулидзе А.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ УЛУЧШЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ БОЛЬНИЦ

Актуальной задачей гигиены современных больниц является решение проблемы бактериальной обсемененности воздушной среды. Данные государственного доклада Роспотребнадзора за 2022 г. свидетельствуют, о том, что наибольший удельный вес в структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в 2019 г. имели инфекции нижних дыхательных путей и пневмонии - 31,1%.

Проведенные исследования бактериальной обсемененности воздушной среды в ГБУ ДНР «РКБ ИМ. М.И. КАЛИНИНА» показали, что в военный период (2014-2023 гг.) отмечается тенденция к росту удельного веса проб с превышением допустимых уровней бактериальной обсемененности воздушной среды по сравнению с довоенным (2005-2013 гг.): по стационару в целом ($p < 0,001$), оперблоку №5, родильному отделению ($p < 0,001$), акушерской реанимации и отделению новорожденных.

Пробы воздуха, содержащие золотистый стафилококк, наблюдались в 52 подразделениях больницы. В 11 подразделениях, в т.ч. 6 отделениях терапевтического профиля, двух из шести оперблоков, одном из пяти нейрохирургических отделений отмечалась тенденция к превышению доли таких проб в довоенный период по сравнению с аналогичным показателем военного периода. Напротив, с началом боевых действий выявлена тенденция к росту удельного веса проб воздуха со стафилококком в военный период в 41 подразделениях, а также по стационару и поликлиническому отделению больницы, по поликлинике в целом, причем в 15 из них, а также по стационару в целом – статистически значимая, несмотря на выраженную вариабельность по годам.

Наибольший удельный вес положительных проб воздуха содержащих золотистый стафилококк в военном периоде наблюдался в нейрохирургическом отделении №2 - $16,3 \pm 4,6\%$, отделении хронического гемодиализа - $16,6 \pm 3,5\%$, хирургическом отделении №1 - $13,6 \pm 2,4\%$, эндоурологическом отделении - $13,2 \pm 2,8\%$.

Уменьшение числа подразделений с превышением числа положительных проб в военный период, очевидно, связано с улучшением санации воздуха, т.к. в подразделениях больницы резко выросло количество бактерицидных ультрафиолетовых облучателей-рециркуляторов.

Многочисленные публикации показали эффективность санации внутрибольничной среды источниками коротковолновой УФ радиации. Однако продолжающаяся неблагоприятная динамика бактериальной обсемененности воздуха свидетельствует о необходимости поиска новых эффективных методов.

Для первичной профилактики ИСМП представляется целесообразным использование метода аэроионизации отрицательными ионами, прямое действие которого, приводит к снижению бактериальной обсемененности воздушной среды, а косвенное – к повышению иммунного статуса пациентов и медицинского персонала.

Бордюгова Е.В., Конов В.Г., Чупрова Л.В., Сысоева Н.Л.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк*

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ ДЕКСТРОВЕРСИИ И КОРРИГИРОВАННОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Актуальность. Декстроверсия (изолированная декстрокардия – правосформированное праворасположенное сердце), возникает из-за отсутствия поворота верхушки сердца влево в период эмбриогенеза. Встречается с частотой 0,5-1,5% всех врожденных пороков сердца (ВПС). В 90-98% случаев сочетается с транспозицией магистральных сосудов, дефектами межжелудочковой и/или межпредсердной (МПП) перегородок, стенозом легочной артерии, аномальным дренажом легочных вен и др.

Цель работы: представить опыт ведения ребенка с ВПС – сочетание декстроверсии с корригированной транспозицией магистральных сосудов.

Материалы и методы: анамнез, клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, анализ истории развития и болезни пациента, оценка динамики ведения.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением ребенок находится в течение 4 лет. От IV беременности, протекавшей на фоне многоводия и плацентарных нарушений, III родов в срок, путем кесарева сечения, с задержкой внутриутробного развития, в асфиксии легкой степени. ВПС установлен в роддоме. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции (7 сут.): легочные поля прозрачные, сердце расширено в поперечном размере, увеличено в объеме, смещено вправо. Выводы: ВПС, декстрокардия. На эхокардиограмме (Эхо-КГ): частота сердечных сокращений (ЧСС) 142/мин, ВПС – корригированная транспозиция магистральных сосудов. Декстрокардия. Сердце праворасположенное. Ось сердца направлена из правого подреберья по правой сосковой линии к левой ключице. Аорта отходит от праворасположенного желудочка, сообщаясь через атриовентрикулярный клапан с предсердием, в которое впадают четыре легочные вены. Параллельный ход сосудов аорты и легочной артерии в продольном сечении, при этом легочная артерия не огибает аорту. Фракция выброса 70%. Легочная гипертензия 30,0 мм.рт.ст. Открытый артериальный проток (ОАП) 0,14 см. Лево-правый сброс. Межпредсердное сообщение (МПС) 0,46 см. В брюшной аорте пульсовой кровотока. Органы брюшной полости расположены в типичном месте. К 2 мес. у ребенка закрылся ОАП, размеры межпредсердного сообщения сократились до 0,3 см, однако выявлена умеренная тахикардия, дилатация правого желудочка и недостаточность правого атриовентрикулярного клапана II ст., в связи с чем в терапию включены каптоприл, анаприлин, верошпирон. Через год сохраняется умеренная дилатация правого желудочка, недостаточность трехстворчатого клапана (ТК) I-II ст. Зарегистрирована миграция водителя ритма по предсердиям со средней частотой 110 уд/мин (от 83 до 168) на фоне синусового ритма. Ребенок продолжил прием каптоприла и верошпирина с коррекцией дозы в зависимости от массы тела. К четырем годам по данным ЭхоКГ отмечается аневризма МПП с МПС 0,30 см., недостаточность аортального клапана I-II ст., ТК I-II ст., клапана легочной артерии I ст. сократимость миокарда желудочков нормальная. При суточном мониторинге ЭКГ зарегистрирована нечастая наджелудочковая эктопическая активность в виде одиночных экстрасистол в среднем количестве 20 в час. Выявлено удлинение QTc от 450 до 480 мс в течение 10 ч 53 мин. и диастолическая артериальная гипотензия в течение суток.

Заключение. Гемодинамика при корригированной транспозиции магистральных сосудов определяется функциональным состоянием миокарда правого желудочка, который нагнетает кровь в большой круг кровообращения и риском развития дилатации его и недостаточности трехстворчатого клапана (артериального), не приспособленного к функционированию в условиях высокого давления. Для корригированной транспозиции магистральных сосудов характерно аномальное развитие проводящей системы сердца и риск формирования нарушения ритма сердца. Пациент нуждается в динамическом наблюдении.

Боровой И.С., Лобанов Г.В., Ткач Д.Р., Середа В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНЦЕПЦИЯ ОТДЕЛЬНО УПРАВЛЯЕМОГО СТЕРЖНЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ КОГРУЭНТНОСТИ ПОВРЕЖДЕННОГО ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Нарушение когруэнтности тазового кольца из повреждений опорно-двигательного аппарата является наиболее изменяющей качество жизни пациента и определяет изменение статодинамической функции его. Нестабильная травма таза наблюдается до 30,93 % и соответственно выход на первичную инвалидность больных до 44%.

Наш опыт более 5000 оперативных вмешательств за последние 20 лет позволил сформировать алгоритмизированный подход к лечению нестабильной травмы таза: внешнюю стабилизацию таза рассматриваем, как реанимационное мероприятие, показанное в первые часы травмы, что позволяет добиться стабилизации гемодинамики и обеспечить более легкое вправление сложных повреждений. Кроме того, восприятие громоздкости и неустойчивости аппаратной конструкции у пациента связывается с нестабильностью фиксации, что обычно обусловлено с малой заделкой стержня в кость, расшатыванием конструкции, особенно при конфликтах с постелью, внешними предметами. Нами это отработано в экспериментальных условиях и рассчитано вместе с работниками кафедры сопротивления материалов Донецкого технического университета.

Исследование управляемости и упругости различных видов стержней на изгиб и плоскостную нагрузку с учетом необходимой анатомии введения показали, что минимальный изгиб при максимально возможной нагрузке на стержень обеспечивается при отношении погружной части стержня к концевой как 1 к 2, что обеспечивает компрессию нагружаемой части стержня с силой $80,4 \pm 8,8$ Н. Жесткость заделки стержня на извлечение из подвздошной кости, введенного на глубину резьбовой части составила $747,3 \pm 10,8$ Н. Прочность на разрушение при создании репозиционного усилия на стержень под углом 10° в плоскости работы аппарата к его продольной оси — $2500,7 \pm 12,7$ Н. Это связано с большей площадью опоры на кортикальный слой и позволяет предлагать репозицию и управление отломками. На основании этих исследований был разработан принцип «отдельно управляемого стержня», который был внедрен в клинику в виде репозиционных аппаратов (а.с. 1804316, патент РФ 2015688, патент Украины 6574, 9033, 29309).

Мы не рассматриваем наружную фиксацию таза, как ошибку, о чем говорят многие зарубежные авторы. Клиническое применение репозиционных внешних систем остеосинтеза повреждений таза позволило определить необходимые для успешного использования условия: 1. Для успешного внешнего синтеза повреждений таза необходимо использовать стержни с опорной резьбой и глубиной заделки в кость не менее 6 см.; 2. Стержень должен быть фиксирован в двух точках в кости и в двух точках над костью, это обеспечивает преднапряженную фиксацию и возможность дозированного управления в плоскостях фрагментами; 3. При фрагментарных повреждениях используется правило «Один фрагмент – один стержень»; 4. Репозиция смещений фрагментов таза в аппарате вначале выполняется вручную с использованием стержней, как джойстиков для управления смещениями, дальнейшее вправление осуществляется за счет перемещений шарнирных тяг относительно опорной базы устройства внешней фиксации.

Внедрение разработанных устройств и технологий внешнего остеосинтеза позволило снизить смертность на 14%; добиться устойчивой репозиции, а соответственно хороших и отличных анатомо-функциональных исходов в 86,71% наблюдений, уменьшить на 16% гипостатические осложнения и на 19% количество посттравматических контрактур нижних конечностей; сократить среднюю длительность постельного режима до $8 \pm 0,5$ дней и вдвое - стационарного лечения, до $41,8 \pm 3$ дней, это позволило снизить инвалидность 1 гр. - на 7,28%, 2 гр. - на 13,81%, 3 гр. - на 18,5%, ни в одном клиническом наблюдении не было нагноения в области стержня.

Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Матчанов Д.Г., Колесник А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ И ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Актуальность. Одной из наиболее распространенных и часто встречаемых хирургических патологий была и остается геморроидальная болезнь, осложнения которой служат показанием к хирургическому лечению. По нашим данным, до 8% пациентов с геморроем нуждаются в удалении доброкачественных образований толстой кишки (ТК).

Цель работы. Показать эффективность тактики единого поэтапного хирургического лечения пациентов с полипами толстой кишки и наличием геморроидальной болезни за один эпизод госпитализации.

Материалы и методы. В колопроктологическом отделении (РКБ им. М.И. Калинина), которое является клинической базой кафедры общей хирургии №1 ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» с 2017 по 2024 годы был пролечено 27 пациентов с диагнозом геморрой и полипы ТК. В исследуемую группу не вошли пациенты с полипами прямой кишки.

Результаты. Во всех случаях – полипы ТК были обнаружены во время прохождения диагностической фиброколоноскопии (ФКС) на этапе предоперационного дообследования. В большинстве случаев полипы локализовались в левой половине ТК – 31 (96,8%), 3 (3,2%) полипа локализовались в правых отделах ТК. Выполнено 34 полипэктомии. У одного пациента – 3, у 5 – 2, у 21 – 1 полипэктомия. Таким образом, у 6 (22,2%) пациентов были множественные полипы ТК. При выполнении эндоскопической полипэктомии мы использовали аппарат модель колоноскопа фирмы «Olympus» (Япония): CV-70, электрохирургический аппарат ELEPS, также применялись: диатермическая петля, диатермические щипцы (щипцы для биопсии), захватывающие щипцы. Всем пациентам проведено этапное симультанное хирургическое лечение за одну госпитализацию, при котором первым этапом выполняли эндоскопическую полипэктомию, затем последующую геморроидэктомию через 24-72 часа при получении убедительных данных за отсутствие осложнений после полипэктомии. При выполнении эндоскопической полипэктомии в условиях колопроктологического отделения осложнений не наблюдались. Все пациенты находятся под диспансерным наблюдением. Гистологические типы доброкачественных новообразований, полипов ТК: тубулярные аденомы встречались у 21 пациентов, из них 19 случаях встречались тубулярная аденома со слабой до умеренной дисплазии, у 2 пациентов тубулярно-ворсинчатая аденома с тяжелой дисплазией. В 5 случаях встречались гиперпластический полип ТК с умеренной дисплазией. В 1 случае выявили ангиофиброзный полип.

Выводы: До 8% пациентов с геморроем нуждаются в удалении доброкачественных образований ТК. У 6 (22,2%) пациентов имеют место множественные полипы ТК. Симультанное оперативное лечение пациентов с диагнозом полип толстой кишки и геморроем, можно выполнить последовательно за один эпизод госпитализации. Непосредственные и отдаленные результаты при этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не отличались от таковых при лечении пациентов без сочетанной патологии.

Боршевецкая А.А., Труфанов Г.Е., Ефимцев А.Ю., Свиряев Ю.В., Бочкарев М.В.

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

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СВЯЗНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ

Актуальность

Нарушения сна представляют собой широко распространенное явление, оказывающее существенное влияние на физическое и психическое здоровье человека. Несмотря на значительные успехи в изучении физиологических механизмов сна, патогенез инсомнии остается недостаточно изученным.

Развитие протоколов функциональной магнитно-резонансной томографии в покое (фМРТп) открыло новые возможности для исследования функциональных изменений головного мозга при нарушениях сна. Специальные импульсные последовательности позволяют визуализировать активность различных нейронных сетей головного мозга во время сна, предоставляя ценные данные о нейронных связях, лежащих в основе разных стадий сна и их нарушений. Методика основана на изменениях гемодинамики, регистрируемых в режиме BOLD («зависимость уровня насыщения крови кислородом»). С помощью постпроцессинговой обработки данных визуализируются зоны активности рабочих сетей головного мозга через определение статистических различий в МР-сигнале.

Диагностическая информация, полученная в результате исследования, объективно отражает состояние функциональной связности отделов головного мозга и может применяться для динамической оценки результатов лечения.

Несмотря на это, фМРТ пока не получила широкого клинического применения в диагностике нарушений засыпания и поддержания сна. Тем не менее, она успешно используется в ведущих зарубежных неврологических и нейрохирургических клиниках, а также в научных исследованиях, посвящённых изучению мозговой активности.

Целью исследования является изучение функциональных изменений головного мозга при хронической инсомнии путем выполнения функциональной магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы

В настоящее исследование включено 58 пациентов (средний возраст $45 \pm 2,9$ лет), обратившихся на прием сомнолога в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, клинически диагностирована хроническая инсомния. Контрольную группу составили 42 здоровых добровольца (средний возраст $40 \pm 3,1$ лет), сопоставимых по полу и возрасту.

Критериями включения в основную группу являлись: наличие жалоб на нарушение засыпания, поддержание сна или ранние пробуждения, регистрируемых 3 и более раз в неделю на протяжении 3 месяцев и более, возраст 18-75 лет и наличие подписанного информированного согласия.

К участию в исследовании не допускались пациенты с абсолютными и относительными противопоказаниями к проведению магнитно-резонансных исследований а также с наличием аномалий развития и патологических образований головного мозга, эндокринными заболеваниями (врожденная гиперплазия коры надпочечников, хроническими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, онкогематологическими и психиатрическими заболеваниями, принимающие психотропные препараты. Кроме того, участники должны были быть способны лежать неподвижно в течение не менее 20 минут во время сканирования.

Всем участникам проведена консультация сомнолога, психолога, психиатра, выполнено полное полисомнографическое исследование (ПСГ), в течение одной ночи с оценкой основных характеристик сна по правилам AASM 2.5, фМРТ головного мозга в покое на томографах с силой индукции магнитного поля 3,0 Тл в двух временных точках: вечером накануне сна и утром после пробуждения.

Статистический анализ данных фМРТ проводился с применением пакетов MathLab 2023a, CONN v22.a. Для обработки материалов использовались описательные статистики,

критерий Колмогорова–Смирнова, в зависимости от характеристик данных использовались: U-критерий Манна–Уитни и Хи-квадрат Пирсона для анализа демографических данных.

Для группового анализа использовалась непараметрическая статистика со стандартными настройками для кластерного анализа (с перестановками/рандомизацией). Для определения пространственных параметрических карт на основе вокселей с контролем порога групповой вероятности ошибки первого рода, этот метод позволял использовать анализ с рандомизацией/перестановками и комбинацией нескорректированного порогового значения $p < 0,01$ для первоначального определения представляющих интерес кластеров и скорректированного на ожидаемую долю ложных отклонений (FDR) порога $p < 0,05$ для выбора среди значимых результирующих кластеров (кластеры с большей «массой», чем ожидалось бы при нулевой гипотезе).

Результаты

Групповой анализ данных фМРТ в состоянии покоя у пациентов с хронической бессонницей, по сравнению с контрольной группой, выявил в вечерней контрольной точке повышение функциональной связности (ФС) между дополнительной моторной корой и угловой извилиной справа, а также между миндалиной и левой гемисферой мозжечка.

Указанные области головного мозга отвечают за обработку вестибулярных сигналов, регуляцию вегетативных функций и координацию асинхронных движений левой верхней и нижней конечности.

Одновременно наблюдалось снижение ФС между сетями головного мозга, участвующими в сложных когнитивных процессах, обработке сенсорной информации о теле и зрительной информации (префронтальная кора, поясная кора, левые отделы таламуса и затылочная кора).

Полученные данные могут быть связаны с гипотезой о гиперактивации и повышенной реактивности сна к стрессу у пациентов с хронической бессонницей

В утренней контрольной точке у пациентов с хронической инсомнией, по сравнению с контрольной группой, наблюдалось повышение функциональной связности (ФС) между двигательными центрами речи и кодирования памяти (зона Брока, 8 и 10 поля Бродмана, парагиппокампальная извилина).

Также в утренние часы регистрировалось снижение ФС между областями, ответственными за обработку слуховой, зрительной и тактильной информации, управление автореферентными и социально-когнитивными функциями (височная извилина справа, островковая кора, сеть покоя, височная извилина, нижняя лобная извилина).

Выводы

В ходе исследования было обнаружено, что у пациентов с хронической бессонницей в вечернее время наблюдается усиление функциональных связей между моторной корой и вербальным анализатором. При этом связность сенсорных систем (слуховая кора, зрительные пути) ослабевает, что частично соответствует теории гиперактивации.

Выраженное ослабление функциональных связей областей мозга, отвечающих за сложное социально-когнитивное поведение, в утренние часы может быть связано с избыточной дневной сонливостью у людей с хронической инсомнией.

Результаты исследования подтверждают важность изучения функциональных изменений головного мозга при бессоннице. Они открывают новые перспективы для более точной диагностики и создания индивидуальных методов лечения.

Результаты функциональной магнитно-резонансной томографии в состоянии покоя способны помочь в обнаружении специфических нейронных маркеров, связанных с различными нарушениями сна. Это позволит более точно диагностировать и классифицировать данные расстройства.

Кроме того, функциональные данные, полученные в ходе исследования, могут быть использованы для оценки результативности терапии, поскольку они позволяют отслеживать изменения в активности мозга и функциональной связности после применения различных методов лечения.

Сочетание клинических данных и результатов нейровизуализации может способствовать разработке более эффективных стратегий терапии хронической бессонницы и других нарушений сна, направленных на восстановление нормального функционирования мозга в процессе ночного отдыха.

Бочев А.В., Бибик Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НОВЫХ 3-ЦИАНО-1,4-ДИГИДРОПИРИДИНОВ, ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИХ И АНТИЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДСТВ

Создание новых лекарственных средств с анальгезирующим (снимающим боль) и антиэкссудативным (уменьшающим накопление жидкости, связанное с воспалением) эффектами является важнейшей проблемой здравоохранения и сопряжено с рядом трудностей из-за сложной природы механизмов боли и воспаления и необходимости лечения с минимальными побочными эффектами. Перспективным направлением в этом вопросе является изучение различных гетероциклических соединений, производных цианотиоацетамида, который является универсальным реагентом с большим синтетическим потенциалом, открывающим возможности для получения значительного количества биологически активных соединений.

Целью настоящего эксперимента являлось изучить анальгетическую активность *in vivo* для 5 оригинальных 3-циано-1,4-дигидропиридинов, производных цианотиоацетамида, в классическом фармакологическом тесте орофациальной тригеминальной боли в соответствии с методическими рекомендациями по проведению доклинических исследований лекарственных средств.

Орофациальные (лицевые) боли – это симптомокомплекс, проявляющийся нарушением чувствительности, вегетативными и двигательными расстройствами в области лица и полости рта, возникающими при различных патологических процессах, сопровождающихся воспалением. Определение анальгетической активности реализовано на 8 группах белых крыс мужского пола, по 8 особей в каждой, массой 200–220 г. Методом конвертов животные были распределены на интактную, контрольную (получали физиологический раствор), референтную (получали для фармакокоррекции болевого синдрома мефенаминовую кислоту) и 5 опытных групп по количеству исследуемых дигидропиридинов. По результатам виртуального скрининга биологической активности с использованием веб-ресурса PASS Online, были отобраны 5 перспективных образцов 3-циано-1,4-дигидропиридинов с лабораторными шифрами *mag-137*, *mag-003*, *mag-013*, *mag-019* и *mag-021*, синтезированных на базе научно-исследовательской лаборатории «ХимЭкс» ФГБОУ ВО Луганского государственного университета им. В. Даля. Боль моделировали подкожным введением 0,1 мл 5% раствора формалина в область вибрисс у крыс. Исследуемые соединения и препарат сравнения вводили внутрижелудочно в виде суспензии с помощью зонда в дозировке 5 мг/кг за 1,5 часа до введения альгогена. Критерием анальгетического эффекта считали уменьшение количества чесательных движений в минуту передними лапами пораженного участка, регистрируемое через 10, 15 и 20 минут после введения раствора формалина.

Результаты эксперимента продемонстрировали, что интрагастральное введение изучаемых соединений вызвало заметное снижение регистрируемых чесательных движений через фиксируемые промежутки времени после введения 0,1 мл 5% раствора формалина в область вибрисс. Так, исследуемый образец с лабораторным шифром *mag-137* при наблюдении через 10 минут после введения альгогена, уменьшает количество чесательных движений у крыс данной группы на 79,92% по сравнению с контрольной и обладает наиболее выраженной анальгетической активностью. Через 15 минут число почесываний снижается на 84,39%, а через 20 минут – на 89,1%. Данный образец обладает болеутоляющей активностью, превышающей активность мефенаминовой кислоты. Соединения с шифрами *mag-019* и *mag-003* обладают анальгетическими свойствами, подобными мефенаминовой кислоте. Образец *mag-019* через 10 минут после введения формалина, превышает активность мефенаминовой кислоты в референтной группе в 1,51 раза, через 15 и 20 минут – в 1,45 и 1,21 раза соответственно.

Таким образом, в эксперименте *in vivo* на белых беспородных крысах в ряду 3-циано-1,4-дигидропиридинов, производных цианотиоацетамида, обнаружены соединения, в спектре фармакологической активности которых присутствуют выраженные анальгетические свойства.

Брежнев В.П.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН

При паховых грыжесечениях у женщин широко используются сетчатые эндопротезы, однако, они являются чужеродными для организма больного. Выбором может стать аутокожа, которая более прочна, эластична и малогигроскопична, не обладает сенсibiliзирующими свойствами (Яговкин В.Ф. 1971, Цыбернэ К.А. с соавт. 1985).

Цель работы – улучшить результаты лечения паховых грыж у женщин путем использования аутодермальной герниопластики.

Материалы и методы. Нами разработан дифференцированный подход в лечении паховых грыж у женщин. Он был применен у 30 грыженосителей. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет. Правосторонняя локализация выявлена у 19 (63,3%) больных, левосторонняя - у 11 (36,7%) больных. Отмечены различные причины грыжеобразования: чрезмерные физические нагрузки – у 10 (33,3%), беременность и роды – у 9 (30%), ожирение – у 6 (20%), копростаз - у 5 (16,7%) больных. Вправимая паховая грыжа выявлена у 25 (83,3%) больных, у 5 (16,7%) – невправимая. Все грыжи были первичные.

Состояние мышечно-апоневротических структур пахового канала оценивали с помощью ультразвукового исследования. Определяли характер грыжевого выпячивания, содержимость и вправимость грыжи, состояние задней стенки и высоту пахового промежутка. На основании полученных данных определяли степень атрофических изменений в паховой области.

Из сопутствующих заболеваний преобладали пациенты с сердечно-сосудистой патологией - 22 (73,3%) .

Результаты и обсуждение

Косая форма паховой грыжи имела у 24(80,0%) грыженосителей , прямая - у 4(13,3%) и комбинированная – у 2(6,7%). Содержимым грыжевого мешка чаще всего были пряди большого сальника и петли тонкой кишки - у 20 (66,6%). Во время грыжесечения с минимальной травматизацией отделяли круглую связку матки от грыжевого мешка. Во всех случаях связка была сохранена, так она играет важную роль в связочном аппарате матки.

Для реконструкции пахового канала использовали аутодермальный трансплантат, который дезэпителизировали термическим способом. Аутодермальный трансплантат укладывали и фиксировали позади круглой связки матки, создавая в нем отверстие для связки. Предварительно производилась пластика поперечной фасции.

Края апоневроза наружной косой мышцы сшивали в двух вариантах. При удовлетворительном состоянии мышечно-апоневротических структур, они сшивались край в край или в виде дубликатуры, при выраженной атрофии мышечно-апоневротических структур.

Результаты хирургического лечения изучены у 26 больных. Оценка производилась путем анкетирования, клинического осмотра, а также с использованием ультразвукового исследования. В сроки от 6 месяцев до 5 лет не выявлено ни одного рецидива грыжи. Не отмечено и случая синдрома хронической паховой боли.

Таким образом, аутодермальная герниопластика может быть использована при лечении паховых грыж у женщин.

Брежнева Е.Б.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

В ходе повседневной деятельности врач сталкивается с необходимостью поиска новых медицинских данных, которые могут быть полезны для конкретного больного. Подобный врачебный поиск предполагает сочетание индивидуального клинического опыта с доступными и максимально информативными «внешними» сведениями. Качество многих медицинских исследований порой оставляет желать лучшего.

Для принятия решения о выборе того или иного метода лечения у современного врача существует несколько оснований: клинический опыт, мнение авторитетов, реклама и активная деятельность представителей производителей различных фармакологических препаратов. Каждое из которых можно подвергнуть критике потому, что порой нет доказательств правильности предлагаемых путей решений возникающих вопросов. На сегодняшний день наиболее обоснованным является лечение, основанное на доказательствах.

Доказательная медицина – это раздел медицины, который основывается на стандартизованном анализе первичной информации, стандартизованном обобщении научных сведений и информации полученных результатов для предупреждения или ограничения масштабов риска врачебного вмешательства.

Главная цель доказательной медицины – это применение в медицинской практике только тех методов лечения и диагностики, эффективность которых доказана на основе строгих научных принципов в результате клинических исследований.

Сегодня в ходе крупных рандомизированных клинических испытаний прошли проверку более 50% вмешательств.

На основе клинических исследований рабочие группы готовят практические рекомендации или руководства. Каждое положение рекомендаций, в соответствии с принципами доказательной медицины, имеет указания на класс и уровень доказательности. Применение протоколов ведения больных позволяет врачу осуществить выбор терапии на основании доказательств.

Безусловно, врач не должен думать, что доказательная медицина является абсолютно совершенным подходом к лечению. Доказательная медицина не объясняет этиологию и патогенез заболеваний и не выясняет механизмов действия препаратов. Она лишь подводит статистический итог исследованию. Доказательная медицина – это прагматичный подход к лечению. Но та же статистика показывает, что при использовании стандартов, в целом, качество лечения всех больных значительно возрастает, число врачебных ошибок значительно уменьшается.

Брежнева Е.Б.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Цель: изучить ценность высокочувствительного тропонинового теста в диагностике повреждения кардиомиоцитов у больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы: Обследовано 142 больных с нестабильной стенокардией. Первая группа (105 пациентов) с нестабильной стенокардией и синусовым ритмом (женщин 43, средний возраст которых – 63 года; мужчин - 62, средний возраст – 56 лет). Вторая группа – 37 больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий (женщин – 24, средний возраст 73 года; мужчин - 13, средний возраст – 65 лет). Диагнозы установлены в соответствии со стандартами обследования. Высокочувствительный тропонин Т (hsc TnT- high sensitive – высокочувствительный - англ.) определялся методом электрохемилюминесценции «Cobase-411» Roche. Верхний предел нормы (99-й перцентиль) для hsc TnT -14пкг/мл. Пограничный уровень – (99-я перцентиль \times 2). Для сравнения показателей hsc TnT двух групп был использован критерий Стьюдента. Связь между показателями hsc TnT и фибрилляцией предсердий оценивали с помощью бисериального коэффициента корреляции. Для вычисления достоверности диагностического теста использовалась четырехпольная таблица. Вероятность изменения hsc TnT при нестабильной стенокардии с фибрилляцией предсердий определялась с помощью таблицы интерпретаций различных отношений правдоподобия.

Полученные результаты. При сравнении hsc TnT у больных нестабильной стенокардии с синусовым ритмом ($13,1 \pm 0,52$ пкг/мл) и больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий ($17,76 \pm 1,02$ пкг/мл) выявлено статистически значимое различие ($p < 0,001$). Связь между показателем hsc TnT и фибрилляцией предсердий была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного hsc TnT в группе больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных нестабильной стенокардией с синусовым ритмом (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата – 38%, прогностическая ценность отрицательного результата – 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня hsc TnT у больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий, однако, степень ее увеличения оценивается как минимальная.

Выводы: 1. При фибрилляции предсердий у больных нестабильной стенокардией hsc TnT повышен достоверно ($P < 0,001$).

2. Это повышение не выходит за пределы пограничного уровня hsc TnT (99-й перцентили $\times 2$). Для hsc TnT (99-я перцентиль) составляет 14 пкг/мл.

3. Пациентов с фибрилляцией предсердий и нестабильной стенокардией со значением hsc TnT выше пограничного уровня следует относить к группе высокого риска (летальность – до 10% в первые 30 дней) и вести их согласно протоколам острого коронарного синдрома с положительными кардиомаркерами.

*Бубликова А.М., Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Сохина В.С.,
Масенко В.В., Шевченко В.В.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРАМИПЕКСОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Болезнь Паркинсона (БП) - одно из самых распространенных нейрогеронтологических заболеваний. Основным патогенетическим звеном БП является прогрессирующая дегенерация nigrostriарных нейронов, приводящая к дефициту дофамина и повышению функциональной активности холинергических систем. Широкое применение дофаминергических препаратов (ДП) позволило улучшить качество жизни, увеличить продолжительность жизни пациентов с БП. Однако длительное использование данной группы неизбежно приводит к появлению побочных эффектов, что снижает фармакотерапевтическую эффективность.

В настоящее время актуальным является назначение группы незрголиновых агонистов дофаминовых рецепторов (АДР), к которым относится прамипексол. В основе механизма действия АДР лежит непосредственная стимуляция дофаминовых рецепторов в обход неуклонно дегенерирующих nigrostriарных нейронов. Для большинства АДР нового поколения характерен длительный период полувыведения, обеспечивающий стабильную стимуляцию постсинаптических дофаминовых рецепторов. Стандартные формы леводопы имеют период полувыведения 60-90 мин., АДР - значительно больше (от 6-12 до 36 ч), поэтому терапия дофаминовыми агонистами значительно снижает риск возникновения моторных флюктуаций и дискинезий.

Материалы и методы исследования.

Прамипексол назначали 30 пациентам с БП, среди которых 15 с ранней стадией (средняя степень тяжести по шкале Хен-Яра составила $1,5 \pm 0,2$ балла) и 15 с развернутой стадией заболевания (по шкале Хен-Яра - $2,7 \pm 0,4$ балла). Возраст больных, принимавших прамипексол, составил $65,4 \pm 7,4$ года. Длительность заболевания с ранней стадией составляла $1,4 \pm 0,4$ года, с развернутой стадией - $7,06 \pm 3,08$ года. Доза прамипексола увеличивалась постепенно методом титрования от 0,375 до 3,5 мг/сут. в течение 6 мес. Средняя суточная доза прамипексола составила $3,14 \pm 0,7$ мг.

Клинико-неврологическое исследование проводилось с количественной оценкой двигательных нарушений по шкале Хен-Яра (Hoehn, Yahr, 1967; Lindvall и соавт., 1987; Tetrad, Langston, 1987), унифицированной шкале оценки болезни Паркинсона (UPDRS, Fahn, Elton, 1987), шкале равновесия и двигательной активности Tinetti (1986 г.), шкале повседневной активности (Shwab, England, 1967). Качество жизни определяли с помощью опросника качества жизни при БП (PDQ-39, 1995). Выраженность лекарственных дискинезий и моторных флюктуаций определяли с помощью шкалы оценки тяжести моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий (BSF, Eichhorn и соавт., 1995), шкалы Обесо (Obeso и соавт., 1991). Исследование когнитивных функций проводилось с помощью шкалы MMSE (Folstein и соавт., 1975), шкалы оценки уровня деменции Маттиса (1988 г.),

Исследование аффективных нарушений проводилось по шкале депрессии Гамильтона (Hamilton, 1987).

Оценка результатов проведенного лечения по шкале UPDRS (III часть) и шкале равновесия показала достоверное улучшение двигательной активности больных на 24,8% с ранней и на 27,7% - с поздней стадией заболевания. Наблюдалось значительное уменьшение основных симптомов БП. Таким образом, на ранних и развернутых стадиях БП прамипексол значительно уменьшал выраженность тремора, ригидности и гипокинезии. Кроме того, отмечалось достоверное улучшение показателей двигательной активности по шкале М. Tinetti на разных стадиях БП. Регресс двигательных нарушений сопровождался увеличением показателей повседневной активности по шкале Шваба и Ингланда. Оценка полученных результатов показала достоверное улучшение качества жизни после лечения прамипексолом у пациентов с ранними и поздними стадиями БП на 27,5 и 19,2% соответственно (шкала PDQ-39). Уменьшение

когнитивных нарушений, после терапии прамипексолом, у больных с разными стадиями БП происходило за счет улучшения концентрации внимания (шкала S. Mattis), регресса регуляторных нарушений, улучшения речевой активности в тестах на свободные и направленные ассоциации и показателей ассоциативной и зрительной памяти. Анализ полученных результатов исследования показал, что терапия прамипексолом вызывала достоверное уменьшение выраженности депрессивного синдрома (шкала депрессии Гамильтона) в несколько большей степени на ранних стадиях развития болезни.

На фоне лечения прамипексолом пациентов с развернутой стадией БП изучалась возможность снижения суточной дозы леводопы для коррекции лекарственных дискинезий. Таким образом, при приеме прамипексола удалось достоверно снизить суточную дозу леводопы на 12%, при этом эффект фармакотерапии не только не уменьшался, а возрастал на протяжении 6 мес. лечения данным препаратом. У пациентов с поздними стадиями развития БП при длительном применении ДП возникают изменения в клинической картине, основными проявлениями которых, являются моторные флюктуации (колебания двигательной активности пациента в течение дня) и лекарственные дискинезии. В группе пациентов, принимающих прамипексол, отмечались дискинезии «выключения» (45,4%), дискинезии «включения» (36,4%) и двухфазные дискинезии (18,2%).

На фоне лечения прамипексолом наблюдалось значительное уменьшение выраженности всех видов лекарственных дискинезий. Так, по шкале Обесо выраженность лекарственных дискинезий у больных с развернутой стадией БП до лечения прамипексолом составляла $4,0 \pm 1,5$ балла, после лечения – $2,7 \pm 1,3$ балла ($p < 0,05$; изменения – 32,5%). Среди моторных флюктуаций у больных с развернутой стадией БП преобладал феномен «включения – выключения» (80%). Частота встречаемости феномена «истощения дозы» составила 70%, феномена «застывания» – 60%. Таким образом, на фоне лечения прамипексолом отмечалось достоверное уменьшение основных симптомов моторных флюктуаций.

Выводы. Терапия прамипексолом пациентов с БП обеспечивает хороший контроль нарушений, при этом эффективность препарата не зависит от степени тяжести БП. Прамипексол преимущественно влияет на выраженность тремора, гипокинезии, ригидности, в меньшей степени – постуральной неустойчивости. Прамипексол корригирует лекарственные дискинезии и моторные флюктуации. Назначение прамипексола в комбинации с леводопой позволяет уменьшить суточную дозу дофамин содержащего препарата без потери фармакотерапевтического эффекта. На фоне лечения прамипексолом у пациентов с ранними и поздними стадиями БП наблюдается уменьшение выраженности когнитивных и аффективных нарушений, улучшение качества жизни.

Бугашева Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ (15-17 ЛЕТ) В УСЛОВИЯХ ВОЮЮЩЕГО ДОНБАССА

Среди всего населения современного воюющего Донбасса патологически уязвимым контингентом являются подростки 15-17 лет как представители пограничного возрастного периода с выраженными морфофункциональными особенностями организма. На формирование их общественного здоровья влияют различные факторы: техногенно нарушенная экологическая среда, урбанизация, интенсивная маятниковая и общая миграция населения, неблагоприятные демографические процессы.

Цель данной работы изучить распространение болезней среди подростков на современном этапе в промышленном регионе с выраженными депрессивными процессами жизнедеятельности. Для решения поставленных задач использовались статистические, социологические и психологические методы.

Результаты. Первичная заболеваемость среди городских подростков значительно выше среднереспубликанской величины на 15,97% случаев и выше первичной заболеваемости среди сельских подростков на 17,6%. При этом, среднереспубликанский показатель распространённости болезней превышает частоту их возникновения в 2,2 раза, что свидетельствует об активном накоплении болезней среди подростков как результата интенсивной их хронизации. Это указывает на высокую болезненность данной возрастной группы молодого поколения населения, о недостаточной эффективности первичной и вторичной профилактики болезней, а также о слабой результативности, применяемых лечебных технологий. В структуре заболеваемости подростков по частоте возникновения первичных случаев первое ранговое место занимают болезни органов дыхания с очень большим удельным весом случаев-57,0%, что является традиционным для данной возрастной группы. На втором, третьем, четвёртом, пятом, и шестом местах в структуре первичной заболеваемости располагаются пять классов болезней – от 4,3% до 6,0%. Это болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (2-е место), болезни мочеполовой системы (3-е место), кожи и подкожной клетчатки (4-е место), травмы и отравления (5-е место) и болезни органов пищеварения (6-е место). Они формируют только 25,9% случаев первичной заболеваемости, но вместе с болезнями органов дыхания они формируют подавляющий массив первичной заболеваемости в объёме 82,9% случаев. Эти классы отражают возрастно-временной характер первичной заболеваемости с нозологическими особенностями патологии, которые свойственны подросткам на данном природно-биологическом и этно-историческом этапе развития человека. Отмечается три класса болезней: болезни системы кровообращения, эндокринной системы и нарушения обмена веществ, для которых характерны повышенные темпы роста частоты распространения среди подростков.

С выраженным ростом удельного веса случаев заболеваний по показателю распространённости относятся болезни органов пищеварения (подъём с 6-го на 3-е место), болезни глаз и придаточного аппарата (подъём с 7-го на 4-е место), болезни нервной системы (подъём с 10-го на 5-е место), болезни системы кровообращения (подъём с 11-го на 7-е место), болезни эндокринной системы (подъём с 12-го на 8-е место), нарушения психики и поведения (подъём с 15-го на 13-е место), врождённые аномалии (подъём с 17-го на 14-е место). Подъём рангового места в структуре заболеваемости по показателю распространённости болезней среди подростков прямо свидетельствует как о неэффективности применяемых лечебных технологий, так и вторичной профилактики перенесенного острого этапа болезней. В то же время, снижение ранга – это показатель наличия определённого успеха в борьбе с данной патологией, то есть лечебно-профилактического эффекта. Прогрессивный подъём показателей распространённости болезней на фоне стабильной частоты возникновения новых случаев заболеваний указывает на наличие интенсивных процессов хронизации болезней.

Вывод. Популяционное здоровье подростков в условиях воюющего Донбасса имеет неблагоприятный характер развития в виде активного нарастания болезненности молодого поколения и интенсивной хронизации болезней.

Бугашева Н.В., Баздырева Ю.А., Семикоз Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ ОСНОВА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

Введение. Семья это основа общества. В ней формируются нравственные ценности общества, она оказывает существенное влияние на него во всех сферах, формируя здоровье общества. Важной функцией семьи является репродуктивная – это функция воспроизводства семьи, государства и жителей планеты. Эта функция должна осуществляться планомерно с учетом здоровья супругов, т.к. только у здоровых родителей рождается здоровое потомство. Основным методом регулирования рождаемости являются аборт (45%), которые приводят к бесплодию, прежде всего вторичному. Это в 100% касается абортов среди девочек подростков, т.к. беременность в этой ситуации чаще всего случайная, а значит не желательная. Значительную роль в этом играет семья, в которой девочка воспитывалась и воспринимала жизнь во всех ее проявлениях.

Цель нашего исследования влияние семьи на здоровье и подростковую беременность, влияние родителей и воспитания на последствия их прерывания для дальнейшей судьбы репродуктивного здоровья этого контингента и здоровья рожденных ими детей.

Результаты. Нами были опрошены 80 девочек-подростков из различных по составу, благополучию, воспитанию семей. Изучены их истории в гинекологическом стационаре г. Донецка. Применены метод расчета относительных величин с расчетом коэффициента достоверности, метод экспертной оценки, применили интервьюирования матерей подростков и самих девочек-подростков.

Необходимо знать, подростки больше времени общаются «друг с другом», глубоко понимают потребности именно «своего окружения», в т.ч. сексуального. И как следствие «сексуальное нездоровье». Важно взаимоотношение в семье между ее членами, влияние родителей на девушку-подростка, особенно сексуальное доверие ее в семье.

Из общего числа подростков имевших сексуальные контакты неоднократно (72%), лишь 12% понимали, отрицательные последствия данного образа жизни, 9% осознавали недостаточный возраст для таких отношений и лишь 3% боялись забеременеть. 38% были из семей неблагополучных (один из родителей или оба употребляли спиртные и др. напитки), 26% из неполных семей (отсутствовал один из родителей, чаще отец), 15% имели свободное воспитание, позволявшее им совершать необдуманные поступки, 21% имели полную семью.

У 88% опрошенных подростков отсутствовали знания о симптомах заболеваний передающихся половым путем. Из них 18% из полной семьи, 19% со свободным воспитанием, 25% из неполной семьи, 38% из неблагополучной. При этом лишь 11% матерей девочек-подростков были осведомлены о состоянии менопаузы у своих дочерей (все они из неблагополучных семей, злоупотребляющие спиртными напитками). 70% девочек-подростков не знали элементов гигиены полового воспитания, не имели элементарных навыков в вопросах ухода за своими новорожденными детьми (91% неблагополучные семьи, 8% неполная семья). Целеустремленно вопрос гигиены полового воспитания, профилактики абортов в общеобразовательной школе обсуждается лишь с 8-го класса, следствием чего является неадекватность его восприятия. Ни в семье, ни в школе, ни в участковой службе не уделяется должного внимания вопросам сексуального поведения.

В амбулаторных картах подростков, эпикризах, за редким исключением имеется информация о формировании, течении пубертатного периода. Некомпетентные в этих вопросах и семья.

Выводы. Важная функция семьи является репродуктивная. Сексуальная сторона жизни девочек-подростков, уровень грамотности и зрелости в этом вопросе – это и ответственное отношение к своему здоровью, в частности, репродуктивному. Семья, школа, участковая служба должны уделять внимание здоровому образу жизни: вопросам сексуального поведения. Здоровая семья-здоровая страна.

Бугашева Н.В., Бутева Л.В., Лахно О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

Актуальность. Современный Донбасс – индустриальный регион, экологическая среда которого длительный период подвергается интенсивным техногенным нагрузкам, в настоящее время и тяжелым психологическим результатам продолжающихся военных действий и экономической блокады. Это все является мощным фактором риска, формирующим негативные тенденции здоровья населения практически всех возрастных групп, особенно молодежи – группе, которая отличается еще и рисками «поведения», приводящими к алкоголизации и высокой возможности «ВИЧ-инфицировании». Единственная альтернатива – это реализация ЗОЖ по принципу «важно не больше знать, а приобрести умения, навыки по другому себя вести» (Дж.Раскин, 1987).

Цель исследования: оценить роль ЗОЖ, как метода нивелирования влияния факторов риска на здоровье населения, проживающего в экстремальных условиях.

Материалы и методы: проведен анализ данных литературы, статистически обработаны результаты деятельности ЛПУ и санэпидслужбы с применением расчета относительных величин и доказательства их достоверности с помощью программы Statistica.

Результаты исследования. По разработанной программе по ЗОЖ проведено анкетирование 150-и студентов в возрасте 18-23 лет по 47 позициями. Население Донбасса находится под постоянным воздействием высоких концентраций вредных химических веществ, в т.ч. ксенобиотиков канцерогенного характера. Высокие технологические нагрузки, непрекращающиеся военные действия, условия экономической блокады – основные причины неблагополучия показателей здоровья – демографических, заболеваемости, уровень которой растет с высокой скоростью и хронизацией во всех возрастных группах, особенно среди детей и молодежи. Однако, основной детерминантой здоровья у лиц 18-25 лет, определен фактор «негативного поведения», результатом чего является высокая ВИЧ-инфицированность и алкоголизация. Наиболее оптимальным и безальтернативным методом профилактической работы в указанных направлениях, улучшения здоровья молодежи, является метод обучения «сверстников сверстниками», в Европе называемым методом «равный равному».

Модель метода включает три взаимосвязанных компонента: самого человека; его микро-среду; социальные условия жизни.

Преимущество метода в гибком доверии друг другу, в высокой готовности к пониманию и наследованию поведения. В отличие от взрослых в группе лиц 18-20 лет отлично понимают субкультурный язык, потребности своего окружения. Это «союзы молодежи» с хорошо представленными лидерами по вопросам ЗОЖ. Метод «равный равному», среда этих групп – природная среда для сверстников; доступ в нее взрослых не возможен из-за возраста, социального статуса, не эффективности влияния взрослых. В основе концепции метода – приобретение знаний, умений, качеств психологического характера и установок на социально ответственное поведение.

Выводы: В экстремальных условиях жизни населения Донбасса, формирующих крайне неблагоприятные уровни здоровья, массу негативных направлений поведения молодежи, способствующих алкоголизации её, ВИЧ-инфицированности. Все это указывает на безальтернативность ЗОЖ в регионе. В этой связи основной детерминантой здоровья молодежи есть правильное поведение – основа, которую и формирует предлагаемая модель ЗОЖ – «равный равному».

Бугашева Н.В., Парахина О.Н., Костин К.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Введение. С 2014 года в Донбассе идут активные боевые действия, это вызвало волну миграции в основном молодого населения и увеличение числа лиц пожилого и среднего возраста, ухудшение их физического и психического здоровья, снижение способности к самообслуживанию. Высокий удельный вес одиноких пожилых людей, рост потребности в общественной опеке и связанные с этим проблемы медицинского и социального характера обуславливают необходимость развития геронтологии и гериатрии, подготовки медицинских кадров, усиление гериатрической направленности и деятельности системы здравоохранения

Цель исследования – изучить организацию гериатрической помощи населению ДНР, проблемы и пути их решения.

Материалы и методы. Организация гериатрической помощи населению ДНР изучалась за последние 10 лет по архивным статистическим материалам сборников Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР, поликлинической обращаемости, социологическим данным, отчетам лечебных учреждений г. Донецка.

Результаты. Основной задачей гериатрической службы является обеспечение медицинской и необходимой социально-бытовой помощи, направленной на поддержание функциональной и социальной независимости лиц старших возрастов. Цель гериатров – улучшить качество жизни пациента и помочь ему остаться независимым как можно дольше. Оценивать состояние пациента гериатр должен в контексте с его аспектами жизни (привычки, окружение, условия). В систему гериатрической помощи входит обслуживание пожилых больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, дневных стационарах, стационарах на дому, в стационарах, учреждениях социальной защиты.

За последние три года количество лиц пожилого возраста увеличилось на 15%. В Ленинском районе г. Донецка на базе Центральной городской клинической больницы №6 имеется городской гериатрический центр на 60 коек, в который госпитализируются жители из всех районов города. В нем было пролечено 90% нуждающихся. Охват медицинскими осмотрами лиц пожилого возраста составил 92,2%.

Все обратившиеся за оздоровлением амбулаторно лица пожилого возраста прошли лечение. С увеличением численности пожилого населения в районе возникли трудности с учетом, оздоровлением этой группы населения. Оздоровлено в стационарных условиях на 18% меньше.

Реабилитацию получили больные: с цереброваскулярной патологией 93,0%, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 91,0%, с заболеваниями органов дыхания 96,3%, с нарушениями опорно-двигательного аппарата 98,1%.

Первичная заболеваемость лиц пожилого возраста по основной нозологии:

- острый инфаркт миокарда – 2,0 на 1000 лиц пожилого возраста
- острое нарушение мозгового кровообращения – 4,6 случаев на 1000 лиц
- хронический бронхит – 2,1 случаев на 1000 лиц пожилого возраста
- болезни костно-мышечной системы – 5 случаев на 1000 лиц пожилого возраста
- ИБС – 7,8 случаев на 1000 лиц пожилого возраста
- онкология – 66 чел., то есть 4,6 случаев на 1000 лиц пожилого возраста
- запущенных случаев онкопатологии – 16,6% от впервые выявленных.

Смертность лиц пожилого возраста по Ленинскому району г. Донецка составила 31,4 на 1000 лиц пожилого возраста, дома 61,4%, стационаре 28,9%, другие места 7%, внезапная 3%.

Выводы. Число лиц пожилого возраста увеличилось на 15%. Наблюдается стабилизация процессов оказания медицинской помощи этой группе населения. Но регистрируется снижение числа лиц пожилого возраста, оздоровленных в условиях стационара гериатрического отделения. Необходимо отметить увеличение первичной заболеваемости лиц пожилого возраста с острым нарушением мозгового кровообращения, ИБС, опорно-двигательной системы, количества случаев запущенной онкопатологии.

Бугорков И.В., Бугоркова И.А., Ванина А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТЕ III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Актуальность Одним из осложнений при зубном протезировании с опорой на имплантат является отторжение имплантатов, которое обычно возникает на фоне воспаления мягких тканей и прогрессирования остеорезорбируемых процессов в костной ткани челюсти. Прогнозирование устойчивости имплантата проводят в основном по степени атрофии альвеолярного гребня, определяемого рентгенологически.

Цель нашей работы состояла в изучении возможных корреляционных связей между некоторыми биохимическими показателями ротовой жидкости, и степенью деструкции костной ткани вокруг имплантата.

Материалы и методы исследования. В группу наблюдения вошли 40 пациентов в возрасте от 45 до 55 лет, которым были установлены 85 цилиндрических титановых имплантата поверхность которых имело гидроксипатитовое покрытие. Имплантация проводилась 2-х этапным методом. Всем пациентам были даны рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта после установки зубного протеза. Пациентам, которые вошли в план исследования проходилась ПЦР исследования ротовой жидкости через в 12 месяцев после установки имплантата с клинически установленным диагнозом периимплантит III степени тяжести.

Результаты Задачей такого исследования послужило изучение в ротовой жидкости активность протеолитического фермента нейтрофильной эластазы и содержания кальция. Изучение нейтрофильной эластазы, важно так, как она может служить регулятором воспаления, причем в разных ситуациях она может выступать и как провоспалительный агент, так и противовоспалительный. При длительной секреции эластазы, секретируемая в очагах воспаления может вызывать серьезные повреждения тканей. У лиц группы наблюдения от изначальных значений (до установки имплантата), через 12 месяцев наблюдалось увеличение в ротовой жидкости активность протеолитического фермента эластазы, почти в три раза и значительное снижение содержания кальция. У пациентов начинал развиваться периимплантит в области отдельных имплантатов, что проявлялось в значительной атрофии альвеолярного гребня, КТ исследование подтвердило снижение высоты альвеолярной кости в области имплантата на $2,1 \pm 0,21$ мм. после установки.

Выводы Результаты поведенных исследований продемонстрировали, что если после имплантации отмечается рост протеолитической активности ротовой жидкости, нейтрофильной эластазы и снижение содержания в ней одного из главных микроэлементов кальция, то в дальнейшем следует ожидать развития и глубоких деструктивных изменений в периимплантационной зоне.

Бугорков И.В., Майлян Э.А., Майтамалова С.Р., Сыщикова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МИКРОБИОМ ПОЛОСТИ РТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АСТМОЙ

Актуальность. По данным Всемирной организации Здравоохранения воспалительными заболеваниями пародонта в разных возрастных группах страдают от 80 до 100% взрослого населения. Согласно эпидемиологическим исследованиям в нашем регионе как и во всех федеральных образованиях России отмечается высокая распространенность заболеваний тканей пародонта с устойчивой тенденцией их роста. Литературные источники указывают, что при заболеваниях пародонта в старшей возрастной группе частота удаленных зубов в 2–6 раз больше, чем от осложненных форм кариеса. Так, одной из причин возникновения заболеваний тканей пародонта являются системные заболевания, в частности у больных с бронхиальной астмой, которые принимают глюкокортикоиды, может происходить повышение патогенной микрофлоры и их влияние на костную ткань с остеопоротическими проявлениями и функциональными нарушениями в мягких тканях за счет нарушения микроциркуляции.

Цель исследования. Оценить микробиологический пейзаж у больных с бронхиальной астмой с проявлениями генерализованного пародонтита II степени тяжести на фоне разработанной схемы лечения.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 52 пациентов (27 мужчин и 25 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) с диагнозом генерализованного пародонтита II степени тяжести (K05.3) на фоне бронхиальной астмы с преобладанием аллергического компонента (МКБ-10 J45.0). Пациенты были распределены на две группы по 26 человек. После профессиональной гигиены полости рта всем пациентам накладывались аппликационные лечебные пасты. Лицам группы сравнения аппликация выполнялась препаратом «Metrogyl Denta®» по 15 мин 2 раза в день в течение 15 дней. Для больных основной группы в схему лечения был добавлен препарат «Мексидол® ФОРТЕ 250». Частота выявления и концентрации пародонтопатогенных микроорганизмов в содержимом пародонтальных карманов до лечения и через 6 мес. определялись методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. На начало терапии в группах выявлялись все семь изученных видов бактерий: *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. intermedia*, *T. denticola*, *T. forsythia*, *F. nucleatum*, *P. Endodontalis*. Перед проведением терапии их частота выявления и концентрации существенно не различалась между группами. В основной группе пациентов было отмечено более выраженное снижение показателей пародонтогенной микробиоты. В динамике наблюдения уменьшались концентрации всех 7 пародонтогенных возбудителей ($p < 0,01$ – $p < 0,001$). 6 из 7 инфекций показали также снижение частоты их выявления ($p < 0,05$ – $p < 0,001$). Исключение составил лишь патоген *P. Endodontalis*, частота обнаружения которого составила 39,4% до лечения и 27,9% после ($p > 0,05$). В группе сравнения существенно снизилась частота регистрации всего лишь одного патогенна – *F. nucleatum* ($p < 0,05$). А снижение концентраций было выявлено для 4-х возбудителей – *F. nucleatum* ($p < 0,05$), *A. actinomycetemcomitans* ($p < 0,05$), *P. gingivalis* ($p < 0,01$), *P. intermedia* ($p < 0,001$). Частота выявления и концентрации остальных инфекций (*T. denticola*, *T. forsythia*, *P. Endodontalis*) спустя 6 месяцев остались без существенных изменений ($p > 0,05$).

Заключение. Пациенты с генерализованным пародонтитом II степени тяжести на фоне бронхиальной астмы с преобладанием аллергического компонента имеют все семь изученных видов бактерий: *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. intermedia*, *T. denticola*, *T. forsythia*, *F. nucleatum*, *P. Endodontalis*. Комплексное использование «Metrogyl Denta®» и «Мексидол® ФОРТЕ 250» позволяет на 28,3% повысить эффективность лечения.

Бугоркова И.А., Поварич К.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И СХОДНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПОРАЖЕНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Одонтогенные опухоли и опухолевидные новообразования становятся все более и более распространенными. Понимание их диагностики и лечения критично для повышения уровня оказания специализированной медицинской помощи. Одонтогенные опухоли могут иметь схожие клинические и лучевые проявления с другими поражениями челюстно-лицевой области: с остеогенными опухолями, с фолликулярными и радикулярными кистами, а также метастазами опухолей, что приводит к дополнительным трудностям при дифференциальной диагностике, требует опытных специалистов и современного оборудования, подчеркивает необходимость глубокого изучения и разработки четких диагностических критериев.

Цель данного исследования – выявить ключевые факторы, помогающие в определении дифференциальной диагностики между одонтогенными опухолями и сходными с опухолями поражениями в челюстно-лицевой области, изучить эффективность дополнительных методов диагностики данных патологий.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе дополнительных методов визуализации изображений, их качестве и информативности.

Результаты и их обсуждение. Для диагностики исследуемых патологий в настоящее время чаще всего применяются различные методы: внутриротовая рентгенография, ортопантомография, компьютерная томография. Внутриротовая контактная рентгенография может помочь обнаружить присутствие патологического очага, но из-за своих малых размеров снимок не позволяет увидеть четких границ патологии и структурных изменений костной ткани, поэтому внутриротовую контактную рентгенографию нельзя считать достаточно информативной. Стандартным методом для доступной визуализации патологий в челюстно-лицевой области является ортопантомография. Она помогает определить размеры, формы, границы, расположение и структурные изменения в области поражения. Однако, такой дополнительный метод не всегда может быть столь информативным. К примеру, при одонтоме рентгенологически может быть отмечена гомогенная и негомогенная тень высокой интенсивности с четкими бугристыми контурами, при ее дифференцировке с остеомой, которая проявляется гомогенной тенью меньшей плотности, могут возникнуть трудности с определением четкого клинического диагноза. В связи с этим, на помощь может прийти компьютерная томография, которая позволяет получить более детализированные изображения, установить границы опухоли во всех плоскостях, ее распространенность, что особенно важно при оценке сосудистых структур и близлежащих костей. Магнитно-резонансная томография используется врачами для оценки мягкотканевых компонентов опухолей, для определения инвазии опухоли в окружающие структуры. МРТ диагностика может быть информативна для дифференциальной диагностики между опухолями, опухолевидными образованиями и метастазами опухолей.

Выводы. Увеличение случаев одонтогенных опухолей в челюстно-лицевой области требует онконастороженности со стороны стоматологов. Понимание их различий с другими патологическими процессами критично для ранней диагностики и лечения. Одонтогенные опухоли и сходные с ними поражения (например, кисты, остеогенные опухоли, метастазы) могут иметь схожие клинические и рентгенографические проявления. Правильная дифференциальная диагностика непосредственно влияет на выбор лечебной стратегии и улучшение прогноза пациента. С учетом развития технологий, таких как 3D-визуализация, компьютерная томография, изучение новых подходов могут способствовать улучшению точности диагностики и сокращению времени на принятие решений.

Бугоркова И.А., Тутова К.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОПЛАСТИКЕ

Введение. Дети с врожденными дефектами челюстно-лицевой области, а именно с врожденными расщелинами неба (ВРН) имеют выраженные морфофункциональные нарушения, такие как расстройство функции сосания, глотания, дыхания, речи, а так же косметические деформации лица. По мере роста ребенка расщелина создает ощутимые препятствия к его социальной адаптации за счет наличия косметического дефекта и нарушения речи. Все вышесказанное явилось стимулом для проведения ранних хирургических вмешательств по восстановлению жизненно важных функций и как можно раньше социализировать таких детей.

Цель исследования. Оптимизация хирургического метода лечения детей с ВРН путем использования коллагеновых мембран в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом при пластике дефектов твердого неба.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении и анализе историй болезни детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) находящихся на хирургическом лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии №2 для детей ЦГКБ№1 г Донецка с 2019-2023г., что составило 225 детей. Пациентам которым проводилась ураностафилопластика были разделены на две группы: (основная) в которую вошли 48 пациентов и (контрольная) группа 39, возраст детей от 1 года до 4 лет. Дети из основной группы были прооперированы с использованием коллагеновой мембраны, которая является резорбируемой двухслойной для направленной костной и тканевой регенерации, состоит из коллагена 1 и 3 типа, в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом, что позволяет получить максимально возможный стимулирующий эффект клеточной активности при ураностафилопластике. В свою очередь дети из контрольной группы были прооперированы по стандартной методике щадящей ураностафилопластики.

Результаты исследования. За исследуемый период 225 детей с ВРГН получили хирургическое лечение, из них 91 хейлопластика, 87 ураностафилопластика и стафилопластика 47. Ранний послеоперационный период у детей из основной группы протекал гладко, без выраженного болевого синдрома. Послеоперационная рана заживала первичным натяжением в течении 10 дней, что снизило количество дней пребывания в стационаре на 2-3 дня по сравнению с контрольной группой. В группе контроля у 3 детей в ранний послеоперационный период был выражен болевой синдром, отек, гиперемия с незначительным сукровичным экссудатом. В поздний послеоперационный период у детей из основной группы отмечается образование атрофичного, гладкого рубца на всем протяжении дефекта без видимых грубых деформаций. В свою очередь в группе контроля у 15 (38,4%) детей наблюдали вторичные выраженные деформации верхней челюсти в виде сужения в боковых отделах, недоразвития верхней челюсти, что приводит к челюстному дисбалансу требующего повторного оперативного вмешательства и/или длительного аппаратного ортодонтического лечения.

Выводы. Разработанный модифицированный подход при проведении первичной ураностафилопластики позволил снизить количество осложнений в ранний и поздний послеоперационный период путем использования мембраны в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом на ложе твердого неба, создавая оптимальные условия для построения репаративного регенерата на всем протяжении дефекта, тем самым уменьшая образование грубых рубцов, нивелируя влияние некомпенсированных сил, которые являются основными причинами задержки развития верхней челюсти в боковых отделах.

Буждежан А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСТОРИЧЕСКИХ ИСТОЧНИКОВ НА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Изучая историю медицины, студенты медицинских специальностей часто сталкиваются с некоторыми трудностями, вызванными прежде всего тем, что рассматриваемые в этом курсе темы являются для них во многом совершенно новыми, имеют недостаточно связи с усвоенными в школе знаниями. Кроме того, некоторые студенты воспринимают историю медицины как в некоторой степени отвлеченную науку, не могут усмотреть связи между ней и практической деятельностью врача. В этих условиях преподаватель должен максимально использовать различные методы и средства обучения для того, чтобы добиться усвоения студентами историко-медицинских знаний. Важное значение приобретает использование исторических источников в учебном процессе.

Опыт свидетельствует, что наилучших результатов достигает применение письменных, вещественных и устных источников на семинарских занятиях. Необходимо организовать на одном из первых семинарских занятий посещение студентами музея истории медицины или музея истории медицинского учебного заведения. Такая экскурсия дает возможность ознакомиться с медицинскими инструментами, применявшимися в разное время, организацией медицинского обслуживания в прошлом, трудовым путем выдающихся врачей, основными этапами развития учебного заведения, в котором обучаются студенты. Экскурсию следует завершить занятием, на котором будет проведено обсуждение увиденного, закреплены полученные знания, показана конкретная связь между прошлым и будущей врачебной деятельностью обучающихся.

Значительные результаты дает использование письменных источников. Использование законодательных исторических источников позволяет полнее показать конкретно-исторические обстоятельства, в которых развивалась медицинская теория и практика на разных этапах своего развития в различных государствах. Изучение истории важнейших научных достижений целесообразно сопровождать ознакомлением студентов со специально отобранными отрывками из научных трудов выдающихся ученых-медиков. Это позволяет обучающимся ощутить себя сопричастными своим великим предшественникам. Источники личного происхождения (письма, дневники, воспоминания) позволяют глубже усвоить материал, вызывают интерес студентов, формируют представление о личностных качествах медиков, внесших вклад в развитие медицинской теории и практики.

Начиная работу с конкретным историческим источником, студенты под руководством преподавателя, должны определить тип источника, дату составления, автора или авторов, обстоятельства и причины создания, и, исходя из этого, установить, насколько источник является достоверным. Затем студенты переходят к работе над основным содержанием источника: выявляют главные идеи, сопоставляют с информацией, полученной из других источников, разъясняют трудные для понимания места. Наиболее целесообразным представляется проведение такой работы в форме беседы преподавателя со студентами, незнакомые термины и новые для себя мысли студенты должны выписать в рабочую тетрадь. По мере развития у обучающихся навыков работы с историческими источниками, прочного усвоения ими знаний по истории медицины, можно поручать наиболее подготовленным студентам самостоятельно знакомиться с отдельными источниками по истории медицины. Можно поручать некоторым студентам при подготовке рефератов не просто знакомиться с научной литературой, а и анализировать исторические источники по теме реферата. Конечно, в таком случае преподаватель должен заранее определить круг источников, отличающихся высоким уровнем информативности, и доступный для студента.

Использование источников по истории медицины на семинарских занятиях по истории медицины дает возможность достичь высоких результатов усвоения обучающимися учебного материала, сделать его более понятным и близким для студентов, привить студентам интерес к самостоятельной исследовательской деятельности.

Буйнов К.И., Васильев А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИОФАГОМ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ И СРЕДНЕ- ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Актуальность. Общеизвестно, что у подавляющего большинства больных инфицирование панкреатических некротических очагов происходит за счет кишечной транслокации таких микроорганизмов, как *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides* spp. и *Clostridium* spp. Несмотря на множество клинических и экспериментальных исследований, патогенез вторичного инфицирования некротизированной поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки остается до конца неясным.

Главными факторами инфицирования тяжелого некротического панкреатита являются распространенный некротический панкреатит и парапанкреатит, ожирение (значительные межфасциальные внебрюшинные клетчаточные пространства), геморрагический характер ферментативного перитонита и длительный паралитический илеус. Не стоит игнорировать и роль внутригоспитального инфицирования, особенно при широком применении малоинвазивных дренирующих операций при асептических жидкостных скоплениях. Профилактическое использование антибиотиков для снижения частоты инфицирования пораженной ткани поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки, системных инфекционных осложнений и смертности оказалось неэффективным. Причем главными причинами летальных исходов при тяжелом сепсисе являются неотграниченные формы гнойного воспаления и мультирезистентные штаммы бактерий и их ассоциации в очаге инфицирования.

Материал и методы. Больным с тяжелым острым панкреатитом и подтвержденным парапанкреальным инфильтратом (ППИ), больным с отграниченным жидкостным скоплением в сальниковой сумке (СС) и синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), больным с геморрагическим выпотом, подтвержденным при лапароцентезе или при лапароскопии проводили фаготерапию *Bacteriophageum intestinalis fluidum*. Фаготерапия проводилась с информированного согласия больного. Бактериофаг назначали при восстановленной функции кишечника. Раннему восстановлению кишечной функции способствовала продленная эпидуральная анестезия, выполняемая при госпитализации в ОРИТ. Других антибактериальных препаратов на время фаготерапии пациенты не получали. Продолжительность фаготерапии от 6 до 12 суток.

Результаты и обсуждение. С тяжелым и средне-тяжелым острым панкреатитом фаготерапия применена у 68 пациентов. Пролечены 42 пациента с парапанкреальными инфильтратами, 14 пациентов с отграниченными жидкостными скоплениями в СС, с геморрагическим ферментным перитонитом и ССВО – 7, воспалительной жидкостной инфильтрацией забрюшинного пространства 5 больных. У 12 (28,5%) больных ППИ разрешился формированием абсцесса сальниковой сумки, абсцессы были дренированы под УЗ наведением и санированы. 4 больным с дренированными абсцессами СС понадобилась панкреатосеквестрэктомия срединным малым доступом (поражение железы 30 и 40% объема) на 5 и 6 неделе от начала заболевания. У 8 (19%) больных ППИ разрешился формированием постнекротических псевдокист. Пункционно-дренирующие вмешательства им не выполнялись. У 22 (52%) больным с ППИ, пролеченным бактериофагом инфильтрат лизировался без образования жидкостных скоплений. У 14 больных с оментобурситом, прошедшим раннюю фаготерапию, инфекционных осложнений не последовало.

Все 5 пациентов с неотграниченной жидкостной воспалительной инфильтрацией паранефрия слева на фоне фаготерапии перенесли оперативные вмешательства путем люмботомии. Операции в дальнейшем сопровождались некрсеквестрэктомией. Показанием к операции послужил рецидивный ССВО и прогрессирование в объеме жидкостного скопления. Мультирезистентных штаммов микроорганизмов у больных с проведенной ранней фаготерапией

при последующей панкреатосеквестрэктомии выявлено не было. После операций пациенты получали целенаправленную антибактериальную терапию по результатам бактериального исследования операционного материала.

Выводы. Частота инфекционных осложнений у больных тяжелым и средне-тяжелым панкреатитом составила 25,9%. Фаготерапия первого периода некротического панкреатита способствует купированию ССВО при парапанкреальном инфильтрате. Фаготерапия способствует формированию преимущественно отграниченных форм инфекционных осложнений и способствует снижению вероятности формирования мультирезистентных бактериальных штаммов.

Буловацкая Д.В., Михайленко Е.Р., Стефано Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированной лекарственной терапии у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Анализ современных клинических рекомендаций, отечественных и зарубежных литературных источников, материалов из открытых источников – научных электронных библиотек (Elibrary.ru), баз данных биомедицинских исследований (PubMed).

Результаты исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения, артериальная гипертензия (АГ) – заболевание, которое диагностировано у более, чем 1,5 миллиарда человек по всему миру. АГ является основным фактором риска формирования сердечно-сосудистых осложнений, острого нарушения мозгового кровообращения и хронической болезни почек. В этом свете ведущей целью врача является достижение целевых цифр артериального давления (АД) у больного, что требует комплексного подхода, включая немедикаментозные методы (коррекция образа жизни) и медикаментозную терапию. В последние годы комбинированная лекарственная терапия стала основным направлением лечения АГ, позволяя достичь более эффективного контроля АД и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. Комбинированная терапия подразумевает использование двух или более антигипертензивных препаратов, что дает возможность воздействовать на различные патофизиологические механизмы, способствующие повышению АД. Этот подход обеспечивает синергическое взаимодействие препаратов и значительно увеличивает эффективность лечения по сравнению с монотерапией. По данным последних клинических рекомендаций Европейского общества по гипертензии и Европейского общества кардиологов (ESH/ESC), комбинированная терапия должна рассматриваться как первый этап лечения у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых событий или у тех, у кого монотерапия оказалась недостаточно эффективной. Выбор комбинации антигипертензивных препаратов должен основываться на индивидуальных особенностях пациента, включая возраст, сопутствующие заболевания, переносимость препаратов. Рекомендуемые комбинации включают: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) в сочетании с блокаторами кальциевых каналов (БКК) или диуретиками. Также стоит отметить фиксированные комбинации, представляющие собой препараты, содержащие два или более действующих вещества в одном препарате. Это не только упрощает режим приема препарата для пациентов, но и увеличивает вероятность достижения целевых значений АД. Примеры таких комбинаций включают: лизиноприл/амлодипин: эффективно снижает АД и улучшает переносимость лечения; валсартан/амлодипин: обладает ренопротекторными свойствами и снижает риск сердечно-сосудистых событий; эналаприл/лерканидипин: показал хорошие результаты в снижении как центрального, так и периферического АД у пациентов с диабетической нефропатией.

Вывод. Комбинированная лекарственная терапия является эффективным методом лечения артериальной гипертензии, позволяющим достичь лучшего контроля АД и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. Важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента при выборе схемы лечения для достижения максимальной эффективности терапии. Современные клинические рекомендации подчеркивают необходимость использования комбинированного подхода как приоритетного направления в лечении АГ.

Бурлуцкая А.В., Гурина Е.С.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) – независимый фактор сердечно-сосудистого риска. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ГУ увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в 5 раз, следовательно всем пациентам, для которых характерен высокий риск развития сердечно-сосудистых событий, необходим регулярный мониторинг и пристальное внимание к уровню мочевой кислоты в сыворотке крови.

Цель. Определить значимость мочевой кислоты (МК) как фактора риска в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) у детей.

Задачи: 1. Провести анализ возрастной и половой структуры детей с АГ.

2. Оценить клинические проявления заболевания.

3. Оценить липидный спектр сыворотки крови по содержанию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина-липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина-липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в зависимости от уровня мочевой кислоты.

Материал и методы. Нами было обследовано 142 ребенка, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» МЗ КК. За гиперурикемию принимали уровень МК >360 мкмоль/л (6 мг/дл) согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2022 года по диагностике подагры.

Результаты. По половой структуре среди 142 пациентов преобладали мальчики 65,5% (n=93) над количеством девочек 34,5% (n=49). Возраст детей от 8 до 17 лет, средний – 14 лет.

При регистрации результатов СМАД выявлено, что пациенты с лабильной АГ составляют 52,8% (n=75); пациенты со стабильной АГ – 47,2 % (n=67), в том числе АГ 1-й степени – 67,2% (n=45), а АГ 2-й степени – 32,8% (n=22).

Среди детей с гиперурикемией (n=41), составляющих 28,87%, распространённость дислипидемий выявлена (повышенный уровень: ОХС – 21,95% (n=9), ХС ЛПНП – 34,14% (n=14), ТГ (n=0); пониженный уровень: ХС ЛПВП – 17,1% (n=7)). В группе детей, с нормальным уровнем МК, составляющих 56,3% (n=80) структура дислипидемий была представлена следующим образом (повышенный уровень: ОХС – 7,5% (n=6), ХС ЛПНП – 8,75 % (n=7), ТГ – (n=0); пониженный уровень ХС ЛПВП – 23,75% (n=19)). В тоже время, дислипидемии чаще встречались у мальчиков с гиперурикемией 41,02% (n=16), чем у девочек 30,77% (n=12).

При анализе полученных данных была выявлена следующая структура АГ у детей с гиперурикемией: пациенты с лабильной АГ составили 35% (n=14); дети со стабильной АГ – 65% (n=26), среди которых АГ 1-й степени у 46,15% (n=12), а с АГ 2-й степени – 53,85% (n=14).

В свою очередь, среди детей с нормальным уровнем мочевой кислоты показатели АГ были представлены следующим образом: пациенты с лабильной АГ – 61,5% (n=48); пациенты со стабильной АГ – 38,5% (n=30): из них АГ 1-й степени – 86,7% (n=26), АГ 2-й степени – у 13,3% (n=4).

Заключение. Целенаправленный скрининг АГ является важнейшим компонентом профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Ранняя диагностика и адекватное лечение позволяют значительно улучшить прогноз для пациентов с гипертензией.

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

АНАЛИЗ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ

Актуальность: Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – это чрезвычайно редкая болезнь, связанная с непредсказуемой активацией альтернативного пути комплемента, приводящая к нарушению защитных механизмов эндотелия и к системному развитию тромботической микроангиопатии, которая вызывается комплементом. Около 29% детей, страдающих от этого заболевания, достигают критической стадии хронической почечной недостаточности или умирать в течение первого года после начала болезни.

Цель исследования: проанализировать клинический случай аГУС у мальчика 4 лет.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента 4 лет, находившегося на лечении в ГБУЗ «ДККБ».

Результат. В августе 2023 года у мальчика 4 лет, со слов матери, повысилась температура, появилась боль в животе и горле, неоднократная рвота. В течение 10 дней лечила ребенка самостоятельно симптоматически. В связи с ухудшением состояния ребенок госпитализирован в нефрологическое отделение ДККБ. Из анамнеза жизни: наблюдается нефрологом ДДЦ с рождения с диагнозом уретерогидронефроз справа.

Состояние тяжелое за счет цитопенического синдрома и синдрома почечной недостаточности. В общем анализе крови: тромбоцитопения - $86 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитопения - $2.8 \times 10^{12}/\text{л}$, снижение гемоглобина до 88 г/л, ускорение СОЭ до 23 мм/ч (4-10 мм/ч). В биохимическом анализе крови повышение креатинина до 131 мкмоль/л (21-77 мкмоль/л), мочевины до 19.9 ммоль/л (1,8-7,5 ммоль/л). В общем анализе мочи повышение содержания белка 2,11 г/л. Снижена расчетная скорость клубочковой фильтрации по Шварцу до 39.38 мл/мин/1,73 кв.м (84.9-123.9 мл/мин/1,73 кв.м). ПЦР исследование кала на острые кишечные инфекции, посев кала на патогенную флору – отрицательно. Активность металлопротеиназы ADAMTS 13 в плазме крови составила 81 % (80-122 %). Повышение аутоантител к фактору Н – 2137 AU/ml (норма - менее 1500 AU/ml). Инструментальная диагностика: по данным УЗИ почек и мочевого пузыря выявлены признаки правостороннего уретерогидронефроза. Незначительная дилатация дистального отдела левого мочеточника.

По результатам обследования выставлен диагноз: Атипичный гемолитико-уремический синдром (микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения). Неолигурическое острое повреждение почек.

Ребенок заочно консультирован в ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И Евдокимова. По жизненным показаниям больной нуждается в назначении комплемент-ингибирующей терапии - Экулизумаб.

В отделении проведено лечение: переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы, комплемент-ингибирующая терапия (Экулизумаб), антибактериальная терапия, парентеральная глюкокортикостероидная терапия. Отмечена положительная динамика, улучшение состояния.

Заключение. Прогрессирование аГУС имеет негативные прогнозы и связано с угрозой внезапного ухудшения состояния. Однако, благодаря своевременной диагностике и применению препарата группы комплемент-ингибирующих антител – экулизумаба, удалось достичь улучшения состояния пациента

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА У ЮНОШЕЙ В ВОЗРАСТЕ 12 И 9 ЛЕТ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Актуальность. Узелковый полиартериит — острое, подострое или хроническое иммунокомплексное заболевание, в основе которого лежит поражение периферических и висцеральных артерий преимущественно мелкого и среднего калибра, развитие деструктивно-пролиферативного артериита и последующая периферическая и висцеральная ишемия.

Цель исследования. Проанализировать течение клинической картины ювенильного полиартериита у мальчиков 12 и 9 лет.

Результаты исследования. Мальчик Р. 12 лет болен с октября 2017г., когда после перенесенного тонзиллита с лихорадкой до 39 С° появились боли в правой пяточной области, узелковые высыпания в области правого плеча, на туловище, конечностях. Госпитализирован в детскую краевую больницу (ДККБ) г. Краснодара, установлен диагноз: Узелковый ювенильный полиартериит, активность 3 степени. На фоне глюкокортикостероидной и цитостатической терапии отмечалось улучшение.

Но с начала января 2018г. вновь появилась лихорадка, рецидивирование узелковых высыпаний, отечность нижних конечностей, повышение артериального давления. Проводимая терапия эффекта не дала, ребенок был направлен в клинику им. Сеченова г. Москва, где исключены онкологические заболевания и узелковый полиартериит. Затем, пациент был переведен в НМИЦ здоровья детей г. Москва, где диагноз узелковый полиартериит подтвердился. Было проведено лечение пульс-терапия глюкокортикоидами, терапия цитостатиками и ВВИГ, но в связи с недостаточной эффективностью лечения, с 19.03.2018г. инициирована терапия генно-инженерным препаратом Ритуксимаб. В течение 4-х лет было 9 госпитализаций в НМИЦ здоровья детей, где неоднократно корректировались дозы гормональных и цитостатических препаратов, коррекция терапии Ритуксимабом. Пациент был выписан с улучшением и рекомендациями продолжать лечение глюкокортикоидными и иммуносупрессивными препаратами.

Но в июне 2022г. после перенесенной стрессовой ситуации у ребенка появились преднекрозы на правой стопе, умеренные в области ладоней, он был госпитализирован в ДККБ г. Краснодара. Проведено лечение: иммунодепрессивная и гормональная терапия отмечена положительная динамика, улучшение общего состояния пациента, нормализация лабораторных показателей.

Пациент А., 9 лет в апреле 2022г. поступил в ревматологическое отделение ДККБ г. Краснодара с жалобами на слабость, миалгию, болезненность нижних конечностей, появление очага некроза в левой поясничной области. Из анамнеза заболевания известно, что в марте 2022г. у мальчика после тренировки кикбоксингом появились синюшные болезненные высыпания в области голеней. Изменения кожи и болезненность ног быстро самостоятельно купировались без лечения. Но с апреля 2022г. вновь появились отеки плотные и болезненные в области голеней. Пациент поступил в ДККБ г. Краснодара. После проведенного обследования был установлен диагноз: Узелковый ювенильный полиартериит, активность 3 степени. Назначено лечение: терапия глюкокортикоидами, цитостатическими, антикоагулянтными, сосудистыми препаратами. На фоне лечения отмечалась положительная динамика, общее состояние пациента улучшилось, нормализовались лабораторные показатели.

Выводы. Диагностика узелкового полиартериита представляет собой трудную задачу. Своевременная постановка диагноза дает основание для раннего назначения активной терапии, снижающей риск жизнеугрожающих осложнений.

Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

СИНДРОМ АЛАЗАМИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Введение. Заболевание Алазами является редким генетическим нарушением, передающимся по аутосомно-рецессивному типу, и проявляется в форме значительной задержки роста и умственного развития у детей, а также у них наблюдаются специфические черты внешности, включая микроцефалию, выступающий лоб, глубоко посаженные глаза и широкую, плоскую переносицу. Распространенность заболевания менее 1 на 1000000 случаев.

Цель. Демонстрация редкого клинического случая синдрома Алазами у девочки 5 лет. Материалы и методы. Медицинская документация: история развития ребенка (форма № 112/у), медицинская карта амбулаторного больного детского диагностического центра, данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и обсуждение. Мама с ребенком 5 лет 6 месяцев обратилась с жалобами на отставание в росте от сверстников. Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первой половине, роды первые срочные. До года отмечалось незначительное запоздание в освоение навыков физического развития: сидит с 7-ми месяцев, ползает с 9-ти, ходит с 15 месяцев; отмечается задержка речевого развития в форме расстройства экспрессивной речи (моторная алалия), моторной неловкости. Анамнез заболевания: отставание в росте от сверстников отмечается с раннего возраста, к врачу не обращались. За последний год ребенок в росте не прибавил, в связи с чем обратились к врачу. Наследственный анамнез: рост мамы 156 см, рост папы 170 см. При объективном осмотре: рост 97,3 см, вес 12,6 кг, физическое развитие сверхнизкое по росту и весу, дисгармоничное, за счет дефицита веса 11%. SDS роста -2,73. Отмечается гипертелоризм, монголоидный разрез глаз, эпикант, запавшая переносица, широкий рот. При исследовании гормонов крови исключены эндокринзависимые варианты низкорослости (ИФР-1 75,8 нг/мл, ТТГ 3,33 мкМЕ/мл, оТ4 85,8 нмоль/л, АТ-ТПО 1,6 ед/мл), при проведении рентгенограммы кисти костный возраст соответствует паспортному. Для исключения синдромальной задержки роста ребенок направлен на консультацию к генетику, проведено генетическое исследование (полноэкзомное секвенирование), обнаружено компаунд гетерозиготное носительство варианта с.681_685 delGAA и с.855 dupA в гене LARP7, ассоциированного с синдромом Алазами. Проведена валидация членов семьи, выявлено гетерозиготное носительство у матери и отца. Установлен клинический диагноз: Синдром Алазами (гетерозиготное носительство варианта с.681_685 delGAA и с.855 dupA в гене LARP7). Задержка роста синдромальная. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени. Ребенку рекомендована диета, богатая белком, решение вопроса о назначении заместительной терапии гормоном роста для улучшения ростового прогноза. Лечение синдрома Алазами не разработано. Детям проводится симптоматическая терапия, лечение сопутствующей патологии, психологическая и социальная реабилитация.

Заключение. Описанный редкий клинический случай показывает необходимость проведения диагностического поиска причины низкорослости у детей, молекулярно-генетическое исследование позволяет уточнить этиологию задержки роста и определить дальнейший прогноз.

Бутакова Д.С., Ефремова С.А., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В 2022-2023 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Внебольничные пневмонии (ВП) широко распространены во всех странах мира и входят в число ведущих причин смертности от инфекционных болезней. ВП развиваются во внебольничных условиях или в первые 48 часов после госпитализации пациента. Эпидемическая ситуация по внебольничным инфекциям определяется активностью и этиологической структурой циркулирующих среди населения возбудителей, состоянием иммунитета населения и качеством ранней этиологической диагностики.

Цель исследования: оценить эпидемический процесс ВП в 2022-2023 гг. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев ВП по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2022 и 2023 гг.

Результаты и обсуждение: Нами был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ для оценки эпидемической ситуации по ВП в Донецкой Народной Республике в 2023 г. Было зарегистрировано 9140 случаев заболеваний ВП. В возрастной структуре заболевших преобладали взрослые. Заболеваемость ВП в 2023 г. была связана с распространением COVID-19 и возросшей активностью вирусов гриппа и ОРВИ. Зарегистрировано 9140 случаев заболеваний ВП, показатель заболеваемости (ПЗ) - 317,7 на 100 тыс. населения. В возрастной структуре ВП преобладали взрослые – 84,7%, доля заболевших детей до 18 лет, в отличие от ОРВИ, была невысокой (15,3%). Наибольший уровень заболеваемости ВП среди детей был зарегистрирован в декабре 2023 г. (95,9 на 100 тыс. населения). Заболеваемость ВП взрослого населения (401,7 на 100 тыс. населения) превысила заболеваемость детей на 26,4%. Среди взрослых группой повышенного риска по ВП были лица в возрасте 65 лет и старше, которые болели в 2 раза чаще остального взрослого населения.

За 9 месяцев 2024 г. в ДНР продолжали регистрироваться тяжёлые случаи ОРВИ, осложнённые ВП. Всего за анализируемый период выявлено 11110 случаев заболеваний ВП. По сравнению с аналогичным периодом 2023 г. заболеваемость ВП выросла на 71,6%, летальность – на 18,2%.

В этиологии ВП ведущая роль принадлежала вирусным возбудителям (71,3%), преимущественно COVID-19 – 64,4%, в структуре бактериальных возбудителей преобладали стафилококк – 42,0%, ассоциация возбудителей (микст-инфекция) составила 1,4%.

В возрастной структуре заболеваемости преобладали взрослые - 70,9%, однако в эпидемический процесс продолжают активно вовлекаться дети. В сравнении с аналогичным периодом 2023 г. их доля среди заболевших ВП увеличилась в 1,6 раза.

Наибольшее распространение ВП среди детей имеют заболевшие в возрасте 7-14 лет (48,3%); среди взрослых группой повышенного риска заболеваемости остаются лица в возрасте 65 лет и старше, которые болеют 2 раза чаще остального взрослого населения.

Более 70,0% ВП имели среднетяжёлое и тяжёлое клиническое течение заболевания. Показатель смертности (4,3 на 100 тыс. населения) в 1,5 раза выше аналогичного периода 2023 г.

Выводы. В 2023 и 2024 гг. наблюдается рост заболевания населения ВП, в том числе и среди детского населения, чему способствуют проводящиеся на территории ДНР военные действия, миграция населения и снижение его уровня жизни. Учитывая сложившуюся в ДНР ситуацию, остаются резко ограниченными возможности прогнозирования и разработки эффективных мер борьбы против этой группы инфекций.

Буханченко А.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНТИСПЕРМАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ЖЕНЩИН; ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

Актуальность исследования проблемы бесплодия связана с демографической ситуацией в стране. Антиспермальные антитела встречаются у 9-12% бесплодных пар.

Целью исследования является определение путей лечения данной патологии.

Антиспермальные антитела (АСАТ) — антитела, вырабатываемые организмом человека к антигенам сперматозоидов. АСАТ выявляются как у мужчин, так и у женщин. Основными причинами их появления у мужчин являются: травмы мошонки, варикоцеле, онкологические заболевания половой сферы, непроходимость семявыносящих путей, крипторхизм, хирургические операции, инфекции, простатит.

АСАТ являются иммуноглобулинами IgG, IgA и/или IgM, которые направлены против антигенов - сперматозоидов. АСАТ были обнаружены в сыворотке бесплодных мужчин в 1954 году Рамком и Вильсоном. АСАТ могут обнаруживаться в различных физиологических средах.

АСАТ считались причиной бесплодия, по разным исследованиям, у 10—30 % бесплодных пар. Нарушения гемато-тестикулярного барьера, такие как инфекции, травмы или оперативные вмешательства, могут инициировать проникновение циркулирующих иммунных клеток в мужской генитальный тракт. Когда это происходит, супрессорная активность Т-клеток может подавляться преимущественно продукцией антител к сперматозоидам.

Факторами, способствующими образованию АСАТ у женщин, являются:

- попадание во влагалище «старых» и аномальных сперматозоидов (если мужчина ведёт нерегулярную половую жизнь);
- повышенное содержание в эякуляте лейкоцитов;
- попадание спермы в желудочно-кишечный тракт при анальном половом акте;
- химические способы контрацепции, способствующие нарушению целостности слизистых оболочек;
- попадание в брюшную полость большого количества сперматозоидов, причиной чего могут быть особенности строения половых путей;
- попадание во влагалище сперматозоидов, которые связаны с антиспермальными антителами;
- предыдущие попытки ЭКО.

В норме АСАТ антитела у женщин не образуются, в том числе в цервикальной слизи.

Наличие АСАТ может снизить шанс оплодотворения яйцеклетки, потому что они прикрепляются к мембранным антигенам сперматозоидов, снижая их подвижность; блокируют прохождение мужских половых клеток в полость матки; блокируют рецепторы на головке мужских половых клеток, которые ответственны за связывание с блестящей оболочкой яйцеклетки; вызывают гибель сперматозоидов.

Методы лечения: внутриматочное оплодотворение; введение аллогенных лимфоцитов партнёра; введение препаратов, раздражающих слизистую шейки матки; плазмоферез; ЭКО; ИКСИ.

Статистические данные: По данным американской лаборатории Weill Cornell Medicine наличие АСАТ на поверхности сперматозоидов резко ухудшает прогноз вынашивания беременности, даже когда число покрытых ими сперматозоидов находится в диапазоне от 10 до 49 %.

Выполнен сравнительный анализ спермограмм и результатов MAR-теста (с англ. mixed agglutination reaction - смешанная реакция агглютинации). В 1-ю группу вошли пары с результатом MAR-теста >10 %, во 2-ю группу с результатом <10 %.

Результаты. Нормальными родами беременность завершилась у 41 % пациентов 1-й группы и у 82,3 % пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Выявлена умеренная положительная корреляционная связь ($r = 0,36$) между повышенным уровнем IgG и неблагоприятным исходом (прекращением) беременности. Повышение уровня антиспермальных антител увеличивало риск потери беременности в 6,57 раза.

Бухарова Н.И., Морозова Н.А., Джеломанова С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

На сегодняшний день частота послеродовых воспалительных осложнений остается достаточно высокой (5-26%). Внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики и лечения послеродовых септических заболеваний не привело к снижению этой патологии. Для изучения микробиоценоза отдельных органов и систем используется понятие микробиоты. Исследование микробиоты матки в послеродовом периоде позволило своевременно выявить гнойно-воспалительные заболевания у родильниц в послеродовом периоде.

Цель исследования. Выявить особенности микробиоты матки в послеродовом периоде в метроаспирате

Материал и методы исследования. Обследованы 98 родильниц с нормальным и патологическим течением в послеродовом периоде. Использовался метод аспирации содержимого полости матки. Проводилось бактериологическое исследование аспирата из полости матки. Данный метод позволил снизить вероятность контакта материала из полости с внешней средой, цервикальным каналом и стенками влагалища, в этом заключалось преимущество этого метода.

Результаты исследования. Исследование микробиоты показало, что чаще всего из метроаспирата определялись грамположительные анаэробные палочки и аэробные кокки. При этом преобладали лактобактерии и стафилококки. Пациентки с физиологическим течением послеродового периода имели «стерильные» посевы и посевы с низкой степенью обсемененности составили $60,1 \pm 10,8\%$. Средняя степень обсемененности наблюдалась у $25,5 \pm 9,3\%$. И только у родильниц уровень бактериальной обсемененности находился в пределах $10^5 - 9 \cdot 10^5$ КОЕ/мл (*Staphylococcus epidermidis*) и у 7 достигал 10^7 КОЕ/мл (*Lactobacillus* spp.). Не наблюдалось ни одного случая развития эндометрита. **Выводы.** Исследование микробиоты полости матки демонстрирует, что само выделение из полости матки родильниц микроорганизмов в большом титре еще не позволяет думать о гнойно-воспалительном процессе у родильниц.

Бухарова Н.И., Морозова Н.А., Джеломанова С.А., Побокин Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СТРУКТУРА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И НАРУШЕННОЙ ЛАКТАЦИИ

Лактация – это сложный биологический процесс, в возникновении ее принимают участие большое количество органов и систем женского организма. Полноценную лактацию обеспечивает только синхронность всех процессов.

Цель исследования – изучить ультразвуковую структуру молочных желез беременных женщин и ее особенности при нарушенной лактации

Материал и методы исследования.

С помощью ультразвукового сканирования изучена структура тканей молочных желез у 98 беременных женщин в сроке гестации: 6-12, 16-24, 27-32, 36-40 недель беременности. В зависимости от структуры молочных желез все обследованные были разделены на три группы. В I группу вошли 52 женщины с железистым типом строения молочных желез, во II – 48 женщин со смешанным, в III -18 женщин с жировым типом. Для определения доли жировой ткани к железистой проводили оценку по квадрантам молочных желез.

Результаты исследования. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что изменение структуры молочной железы в сроке 6-12 недель (исходный тип) была незначительной. Значительные изменения структуры молочных желез происходят в сроке 27-32 недели беременности. У большинства беременных женщин имел место железистый тип строения правой и левой молочных желез (соответственно у 58,7 % 41,3%). К концу беременности у 98,6 % беременных ошел- место железистый тип строения молочных желез. Жировой тип строения был обнаружен соответственно у 6,1% и у 12,3% женщин и полностью исчезал к 27-32 неделям беременности. Смешанный тип наблюдался в правой молочной железе у 40,4% и в левой – у 17,3%. К концу беременности смешанный тип наблюдался только у 3,1%.

Выводы Проведенные исследования свидетельствуют о том, что применение соотношения тканей: жировой к железистой (3:1) позволит прогнозировать нарушения лактационной функции., что позволит своевременно проводить лечение данной патологии.

Бухтоярова Д.Р., Бибик Е.Ю., Кривоколыско С.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ИЗ РЯДА ДЕРИВАТОВ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА С АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС С ХРОНИЧЕСКИХ ВВЕДЕНИЕМ ПАРАЦЕТАМОЛА НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ

Введение. Хроническое злоупотребление алкоголем способствует развитию гепатотоксических реакций при применении лекарственных препаратов в более низких дозах, а также повышает степень тяжести лекарственных поражений печени.

Цель исследования: изучение влияния отдельных соединений из ряда дериватов цианотиоацетамида с анальгетической активностью на показатели функционирования печени крыс с хроническим введением парацетамола на фоне алкогольной нагрузки.

Материалы и методы. Эксперимент реализован на 64 белых крысах-самцах массой 220-250г. Крысы были распределены на 8 групп по 8 животных: интактную, контрольную, сравнения (тиотриазолин в дозе 50 мг/кг) и 5 опытных групп (получали новые образцы в дозе 5 мг/кг). В работе использовалась экспериментальная модель острого сочетанного парацетамольно-алкогольного поражения печени, развивающегося после энтерального приема 1 мл 400 этанола и парацетамола в дозе 500 мг/кг однократно в сутки. Был осуществлён постоянный контроль за животными. Фиксировали положение, поведение, потребление корма, воды, состояния шерстяного покрова. На пятнадцатые сутки был произведен забой и забор крови из бедренной вены. Стандартными методиками определяли уровень общего билирубина, прямого билирубина, АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы.

Результат. Показатель общего билирубина у крыс контрольной группы увеличился на 65,3%, прямой билирубин на 37,8%, АЛТ на 38,85%, АСТ на 51,54%, а щелочная фосфатаза на 163% в сравнении с интактной группой. У животных референтной группы сравнивая с показателями контрольной группы уровень прямого билирубина был на 45% ниже, АСТ на 22,06% активность АЛТ не имела достоверных отличий. В группе с шифром Mag-014 показатели общего билирубина, аминотрансфераз и щелочной фосфатазы не имели значительных отличий с интактной группой. Прямой билирубин снижен на 42,7%. В группе TD-0331 показатели общего и прямого билирубина, АЛТ близкие к нормальным, соответствующие крысам интактной группы. Показатель АСТ увеличен на 35,7%, а показатель щелочной фосфатазы снижен на 43,1%. У соединения с шифром CV-131 при сравнении с показателями у контрольной группы общий билирубин меньше на 75,3%, прямой билирубин на 10,1%. Активность АСТ на 12% ниже, значение щелочной фосфатазы и АЛТ находятся в пределах нормальных значений. У группы с шифром CV-150 уменьшение общего билирубина на 51,6%, а прямого – в 11,6%, АСТ на 18,64%, щелочная фосфатаза на 272,4% по сравнению с таковым у крыс в группе без фармакокоррекции. У производного с шифром d02-123 показатели общего прямого билирубина, аминотрансфераз и щелочной фосфатазы не превышали нормальные значения по сравнению с интактной группой.

Вывод. Таким образом, наиболее выраженные гепатопротекторные свойства показало соединение-дериват 1,4-дигидропиридина с лабораторным шифром d02-123.

Былым Г.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

На наш взгляд система воспитательной работы в вузе должна быть динамичной, личностно и профессионально ориентированной, учитывающей современную политическую обстановку. Воспитательная работа в Донецком государственном медицинском университете основывается на следующих основных принципах: гуманистический характер образования и воспитания; приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности; гражданственности, трудолюбия, уважения к правам и свободам человека, любви к семье, окружающей природе, Родине, Университету; формирование и развитие личности, обладающей важнейшими качествами для активного участия в созидательном процессе жизни общества, в укреплении и совершенствовании его основ. Структурными компонентами системы воспитательной работы в медицинском ВУЗе являются цели, задачи, направления работы, методы, формы, средства и механизмы управления. Проиллюстрируем структуру воспитательной работы на примере ее организации в Дон ГМУ. Целью воспитательной работы студента-медика является воспитание социальной зрелости и готовности к выполнению своих функций в обществе: гражданина, профессионала, личности. Для достижения цели очерчен круг задач. Формирование бережного отношения к собственному здоровью и здоровью других людей. Содействие всестороннему творческому развитию индивидуальности студента, стимулирование стремления к саморазвитию и самосовершенствованию. Воспитание нравственной, высоко духовной личности, формирование у студентов чувства прекрасного. Воспитание ответственного отношения к профессиональному становлению, к овладению профессиональным мастерством и готовности к выполнению своих профессиональных обязанностей, интереса к научной деятельности. Формирование гражданского самосознания, активной жизненной позиции, готовности к выполнению многообразных функций гражданина, уважения к истории и культуре собственного народа. Воспитание и толерантное отношение к человеку независимо от его национальной и расовой принадлежности, уважения к традициям и культуре других народов. Воспитание положительного отношения к общественно полезному труду. Воспитательная работа в ВУЗе определяется задачами воспитательной работы. Первое позволяет привить позитивное отношение к здоровому образу жизни и сформировать его навыки. Второе формирует стремление к самопознанию и саморазвитию, оригинальность, находчивость, коммуникативные и творческие способности. Третье направление формирует чувство профессионального долга, убежденность в ценности избранной профессии и научного знания, объективность, любознательность, эрудированность, самостоятельность, ответственность. В рамках четвертого — формируются и развиваются такие черты гражданина как активная гражданская позиция, патриотизм, личная ответственность, интерес и уважение к другому человеку, инициативность, бескорыстность, целеустремленность, принципиальность, дисциплинированность, самостоятельность. Пятое направление развивает такие качества личности как трудолюбие, ответственность, аккуратность, инициативность и т. д. Шестое направление формирует уважение к правилам и нормам, принятым в обществе, дисциплинированность и ответственность. В плане воспитательной работы большую роль играют как общеузовские, так и факультетские мероприятия. Заслуживает внимание военно-патриотическое воспитание молодого поколения в ВУЗе, которое формирует стойкую гражданскую позицию. Студенты Дон ГМУ поздравили всех с Днем Победы и с благодарностью сказали ветеранам: «Мы помним! Мы гордимся!» Также студенческая молодежь ДонГМУ активно сотрудничают с Республиканским центром крови, участвует в волонтерской программе, занимается благотворительностью. Существующая традиция проведения дня донора в родном университете дает возможность обучающимся проявлять социальную активность, демонстрировать человечность, учит заботиться о других и жертвовать частичкой себя. Медицинский Университет является одним из ведущих цен-

тров студенческого спорта. В ВУЗе осуществляется проведение многочисленных мероприятий по повышению уровня профессиональной подготовки: участие в конкурсах, олимпиадах, тренингах и т.п.

Выводы. Воспитательная работа — это сложная систематическая и целенаправленная работа, направленная на духовное и физическое развитие человека. Однако задача воспитания значительно упроститься, если превратится в совместное творчество преподавателей и студентов, направленное на развитие всех членов коллектива.

Былым Г.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Теоретическое обучение является составной частью образовательного процесса в высшем медицинском учреждении. База теоретических знаний будущих врачей обеспечивает приобретение навыков оказания всех видов медицинской помощи по специальности, формирование общих и профессиональных компетенций. Лекция в медицинском ВУЗе — один из методов теоретического обучения, одна из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекционное занятие представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение лектором учебного материала преимущественно теоретического характера. Цель лекции — организация целенаправленной познавательной деятельности студентов по овладению программным материалом учебной дисциплины. Задачи лекции заключаются в обеспечении формирования системы знаний по клинической дисциплине, в умении аргументировано излагать научный материал, в формировании профессионального кругозора и общей культуры, в отражении, еще не получивших освещения в учебной литературе, новых достижений науки. На лекции осуществляется переработка учебного материала для облегчения дальнейшего самостоятельного изучения разделов по учебникам и учебным пособиям. В отличие от учебника лекция: — дает непосредственное общение с лектором; — представляет разные точки зрения; — дает возможность повторения того, что нужно студентам и преподавателю; — учитывает особенности ситуации; — способствует установлению живой связи студентов с изучаемой дисциплиной. В ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ на кафедре акушерства и гинекологии с целью усовершенствования подачи теоретического материала применяются различные формы организации лекции:

- классическая форма, когда студенты самостоятельно записывают основные моменты, слушая преподавателя;
- лекция с предварительно подготовленными тезисами, раздаваемыми преподавателем;
- демонстрация видео лекции или мультимедийной лекции;
- доступная лекция студентам онлайн в «Информационно образовательной среде» университета;
- лекция-диалог, лекция-консультация.

В условиях активного внедрения современных технологий в образовательный процесс появляется возможность поддержать лекционный материал с помощью наглядных слайдов. Демонстрационные иллюстрации в значительной степени улучшают усвоение лекционного материала в преподавании клинических дисциплин. При этом преподаватель в установленном порядке использует технические средства обучения, имеющиеся на кафедре. Сведения о посещаемости студентами лекционных занятий регулярно отмечаются и передаются в деканат для анализа. Таким образом, усовершенствование теоретической подготовки будущих врачей путем применения современных методических особенностей изложения лекционного материала, является важной стороной учебного процесса и может рассматриваться как одна из самостоятельных образовательных технологий, обеспечивающих высокое качество подготовки специалистов медицинского профиля.

Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Литвинова Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность Проявления климактерического синдрома разнообразны и зависят от изменений гормонального фона в организме. Клинически характеризуется расстройствами в обменно-эндокринной, нейровегетативной и психоэмоциональной сфере женщины. Наиболее типичным признаком климактерического синдрома являются приливы жара к голове, учащенное сердцебиение, колебания артериального давления. Органы и ткани реагируют на снижение уровня эстрогенов что проявляется дистрофическими нарушениями вульвы, цисталгией, зудом, непроизвольным и болезненным мочеиспусканием, гипотонусом связок и мышц. На фоне нарушения психоэмоциональной сферы это приводит к ухудшению качества жизни женщины.

Цель Изучение эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего гормональные и физиотерапевтические методы лечения.

Материалы и методы Под динамическим наблюдением находилось 44 женщины в возрасте 46–55 лет в постменопаузе (2–5 лет) с клиническими проявлениями средней и тяжелой степени выраженности климактерических проявлений на протяжении 6 месяцев. Всем женщинам с целью терапии климактерических нарушений назначали заместительную гормональную терапию (ЗГТ). Из них группу сравнения составили 20 женщин (1-я группа). 24 женщинам с патологическим климактерием в комплексное лечение были включены физиотерапевтические методы лечения (2-я группа – основная), применялась селективная хромотерапия, вибромассажная и аудиовизуальная релаксация, иглорефлексотерапия, электросонотерапия, азотные ванны и общая франклинизация. Для активации обменных процессов – кислородные ванны и контрастный душ. Эффективность терапии оценивалась по динамике клинических проявлений КС через 1,3,6 и 12 мес. лечения. Степень выраженности ранних климактерических нарушений оценивали, используя менопаузальный индекс (МПИ) Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (1982). У женщин с вегетососудистыми нарушениями МПИ равный 10 баллам трактовали как отсутствие патологии, 11–20 баллов легкая степень, 21–30 баллов – среднюю, 31 балл и больше – тяжелую степень нарушений. С целью оценки состояния трофических процессов слизистой оболочки влагалища всем женщинам в динамике вычисляли кольпоцитологические показатели с определением степени атрофического процесса согласно классификации Базарновой М.А. (1985) и индекс вагинального здоровья.

Результат В результате проведенных исследований выявлено, что при применении комплексной терапии КС уменьшилась степень выраженности вегетососудистых проявлений у женщин 2-ой группы к концу второго месяца, а у женщин 1-ой группы – к концу третьего месяца. После 6 месяцев терапии вегетососудистые нарушения полностью отсутствовали у 10 (50%) женщин 1-ой группы и 18 (75%) – 2-ой группы, и через 12 месяцев – соответственно у 14 (70%) и 20 (83%) пациенток. При этом уже после 3-го месяца лечения отмечено уменьшение среднего показателя МПИ относительно вегетососудистых нарушений и психоэмоциональных расстройств у 12 (60%) пациенток 1-ой группы и у 19 (79,1%) 2-ой группы. При анализе кольпоцитологических показателей у 20 (83%) женщин 1-ой группы и 15 (72%) пациенток 2-ой группы после 3-х месяцев терапии установлено увеличение удельного веса поверхностных и промежуточных клеток и снижение части парабазальных, увеличение индексов кариопикноза и эозинофилии, что свидетельствует об улучшении трофики слизистой оболочки влагалища. К 6 месяцу лечения значительно уменьшилось количество женщин с различной степенью атрофии слизистой влагалища по данным кольпоцитологии и ИВЗ, что также свидетельствует об улучшении трофических процессов.

Заключение Включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий у женщин с патологическим КС физиотерапевтических методов лечения, позволяет значительно снизить частоту вегетососудистых, психоэмоциональных и трофических расстройств. Является безопасным методом, оказывает положительное влияние на течение перименопаузы. Благоприятное влияние и высокая эффективность дают основание рекомендовать применение физиотерапевтических методов воздействия наряду с гормональным лечением у широкого контингента пациенток

Быстрова Ю.А., Ланн Е.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва
ФГБОУ ВО «Азовский государственный педагогический университет», Бердянск

КОМПЕТЕНЦИИ ПЕДАГОГА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ: СПЕЦИФИКА ПРОГРАММ ДВУХПРОФИЛЬНОГО БАКАЛАВРИАТА

Образование детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) требует определенных компетенций от педагогов образовательных организаций, которые бы позволили им обеспечить активное участие таких детей в образовательном процессе, доступность и понятность преподаваемого материала для всех групп обучающихся с особыми образовательными потребностями (ООП).

На сегодняшний день программ, системно готовящих педагога для работы в условиях многообразия ООП практически нет. При этом с развитием инклюзивной образовательной среды (ИОС) потребность в профессионально подготовленных педагогах с такими компетенциями увеличивается с каждым годом, что показывают региональные и федеральные мониторинги по созданию специальных образовательных условий для обучающихся с ОВЗ в образовательных организациях. В этой связи в отечественном высшем образовании продолжают дискуссии о том, какими же знаниями, навыками и компетенциями должен владеть педагог для работы с детьми с ОВЗ, каково должно быть содержание программ подготовки таких специалистов и как это содержание будет коррелировать с программами подготовки дефектологов, психологов, воспитателей и учителей начальных классов. В свете перечисленных проблем возникает вопрос оценки компетенций в сфере образования детей с ООП, которые формируются у студентов при прохождении различных программ профессиональной подготовки высшего профессионального образования для определения возможности их работы в условиях инклюзивного образования, что и является целью данных тезисов.

Для исследования профессиональных компетенций использовались авторские шкалы, разработанные сотрудниками ФЦ ИО МГППУ. В выборке участвовали 128 респондентов – студентов различных психолого-педагогических специальностей.

Анализ данных по шкалам показал, что у всех групп респондентов ответы по шкале Намерение положительно связаны с ответами по шкале Эффективность, т.е. с уверенностью в своей профессиональной компетентности как специалиста сопровождения обучающегося с ОВЗ (учителя начальных классов – $\rho=0,372$; социальные педагоги – $\rho=0,511$; учителя-дефектологи – $\rho=0,795$). При этом только у студентов дефектологического направления подготовки наблюдается обратная корреляция между намерениями осуществлять обучение детей с ОВЗ и восприятием трудностей, с которыми они сталкиваются в работе ($\rho=-0,522$, $p<0,01$), т.е. обратная корреляция умеренной и даже заметной силы. Только у студентов ВО направления «Социальная работа» отмечена статистически значимая заметная положительная корреляция между намерением осуществлять инклюзивную практику и отношением к инклюзии ($\rho=0,533$, $p<0,01$). Только у учителей начальных классов воспринимаемая эффективность имела слабую связь с трудностями ($\rho=0,274$, $p<0,05$). Подобная направленность связи между данными шкалами соответствует описанной в международных исследованиях.

Сравнительный анализ данных исследования, полученных при анкетировании студентов, позвол сделать вывод, что студенты социального направления в большей степени готовы реализовывать профессиональные функции, связанные с актуализацией субъектной позиции обучающихся, а студенты, обучающиеся по программам дефектологического направления в большей степени знакомы с методами работы, обеспечивающими создание специальных условий образования для ребенка как объекта психолого-педагогического сопровождения, студенты направления «Педагог начального образования» чаще показывают владение методами работы с нормотипичными детьми и испытывают затруднения в работе с детьми с ОВЗ. Таким образом, при разработке программ профессиональной подготовки педагогов необходимо учесть эти диспропорции.

Быхалова А.Д., Цыбусов А.П.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ

По определению ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – это группа заболеваний сердца и кровеносных сосудов, которые в современных условиях оказывают серьезное влияние на общественное здоровье в Российской Федерации (РФ). К цереброваскулярным болезням (ЦВБ) относят патологические состояния, при которых в определённой области мозга происходит кровоизлияние, инсульт или закупорка артерий без инфаркта. По данным ВОЗ, инсульт – это вторая ведущая причина смерти в мире после ишемической болезни сердца.

Последствием ЦВБ является снижение и/или утрата функции соответствующего участка головного мозга. ЦВБ составляют 13% от всех причин смерти в структуре смертности 2022 г. В 30% случаях смерти больных, страдающих болезнями системы кровообращения, причиной становятся ЦВБ, т.е. острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – одна из ведущих причин инвалидизации и смертности жителей в РФ. Инвалидами становятся 70% пациентов, перенёсших инсульт. Каждый пятый выживший нуждается в постоянном уходе.

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышенного систолического артериального давления (АД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. Распространённость АГ среди взрослого населения составляет 30-45%. АГ – один из главных факторов риска геморрагического инсульта. С увеличением распространённости АГ при отсутствии своевременной диагностики, эффективного лечения и постоянного самоконтроля со стороны больного, возрастает и частота случаев ОНМК. Общая заболеваемость АГ по РФ за 2013-2022 гг. увеличилась на 43,9% (с 87,5 до 125,9 на 1000 населения). Увеличение заболеваемости связано с масштабными диспансерными мероприятиями, после которых пациентам, страдающим АГ, диагностируется заболевание и проводятся по установленному регламенту медицинские мероприятия.

Смертность от ЦВБ по РФ в период с 2013 по 2019 гг. снизилась с 2,2 до 1,8 на 1000 населения, то есть уменьшилась на 18,2%.

Главной задачей с социальной точки зрения, выступает профилактика ОНМК, в результате которой возможно добиться снижения тяжёлых последствий и летальных исходов.

Таким образом, несмотря на рост общей заболеваемости АГ, снижается показатель смертности от ЦВБ, что обусловлено активной диспансеризацией населения. С увеличением количества выявленных случаев АГ растёт и количество пациентов, приверженных к самоконтролю, профилактике и лечению. Возрастает и количество профилактических мероприятий. Соответственно, снижается риск неблагоприятных последствий, в том числе и развития ЦВБ, а следовательно, происходит снижение смертности от ЦВБ.

Вайленко Д.С., Баранова В.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕЗЕРВНОГО РЯДА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ ДВУХ МЕСЯЦЕВ

Известно, что биологически активные вещества, лекарственные препараты, различные инфекционные заболевания оказывают негативное влияние на показатели крови. При этом изучается чаще влияние на форменные элементы крови конкретного препарата. Но в настоящее время практически нет ни одного заболевания где рекомендуется монотерапия. И в таком случае важно оценить именно влияния комбинации назначаемых лекарственных средств. Во всем мире лечение туберкулеза проводится по стандартам ВОЗ и подразумевает назначение не менее 4 - 6 противотуберкулёзных препаратов (ПТП), в связи с этим данный подход может служить моделью вынужденной (по жизненным показаниям) вариантом полипрагмазии. Состояние эритроцитов могут служить ранним чувствительным индикатором изменений, что недостаточно изучено.

Целью работы было проанализировать характер изменений эритроцитарных показателей крови белых крыс в норме и при двух месячном приёме рекомендуемых комбинаций противотуберкулёзных препаратов.

Материалы и методы: Материалом исследования послужила венозная кровь крыс. Забор крови осуществляли на 30-ый и 60-ый дни эксперимента. Изучались гематологические показатели: определение количества эритроцитов (RBC) крови; определение содержания гемоглобина (Hb) и средний объем эритроцитов (MCV). Животные были распределены на группу контроля - K1 (n=10), K2 (n=10) и опытная группа - ОГП1 (n=10), ОГП2 (n=10). Крысы опытной группы ежедневно получали противотуберкулёзные препараты (ПТП) резервного ряда: левофлоксацин (Lfx) – 42мг, линезолид (Lzd) – 24 мг, бедаквилин (Bdq) – по схеме: 2 недели ежедневно (16 мг), затем 3 раза в неделю (8 мг), циклосерин (Cs) – 42 мг, протионамид – (42 мг).

Результаты. По результатам эксперимента было выявлено, что количество эритроцитов (RBC) достоверно не изменялось на обоих сроках приёма ПТП: RBC через 30 дней приёма ПТП: K1 - 5,0[4,7;5,6] и ОГ1 - 5,6[5,1;5,8] ($p=0,940$). Аналогично и в конце второго месяца эксперимента, RBC: K2 - 5,6[5,5;6] и ОГ2 - 5,8[5,4;5,9] ($p=0,678$). На этом фоне уровень гемоглобина крыс достоверно не отличался ($p=0,364$) только на первом сроке изучения: ОГ1 - 130[114;137] и K1 - 133[125;143], соответственно. На 60-ой дозе приёма комбинированной терапии был зарегистрировано достоверное снижение уровня Hb: ОГ2 - 84[79;90] ($p<0,001$) по сравнению с показателями контрольной группы (K2 - 136[127;142]). Более ранние отличия показателей экспериментальной группы в сравнении с группой контроля выявлен при анализе показателя MCV: уже к 30-ому дню эксперимент было выявлена тенденция к его снижению ОГ1 - 53,4[51,7;60,7] (K1 - 59,4 [57,6; 60,0] ($p=0,089$)). Появление микроцитарных эритроцитов в крови крыс опытной группы ОГ2 - 40,9[38,8;42,3] было достоверно часто ($p<0,001$) в сравнении с показателем группы контроля K2 - 60,2[58,1;62,0].

Выводы. Таким образом, в ходе изучения было выявлено, что у животных, получавших препараты второго ряда наиболее чувствительным индикатором токсического действия, лекарственно обусловленного был показатель MCV. После принятия 60 доз комбинированной терапии ПТП были зарегистрированы достоверные изменения уровня гемоглобина и показателя среднего объёма эритроцитов при ещё сохраняющемся абсолютном числе эритроцитов, что указывает на необходимость дальнейшего изучения влияния ПТП на форменные элементы крови и поиска ранних индикаторов лекарственной токсичности терапии.

*Вакуленко И.П., Первак М.Б., Оборнев А.Л., Фоминов В.М.,
Вакуленко Н.Д., Толмачева В.А., Первушина Е.О.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ФОНДОВ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Важным условием обеспечения качества медицинского образования является реализация компетентностного подхода. Для того, чтобы студенты смогли овладеть всеми компетенциями, требуемыми для их будущей профессиональной деятельности, необходимо четко прописать весь комплекс компетенций по каждой специальности и обеспечить их достижимость и проверяемость.

Основная часть. В действующих государственных образовательных стандартах высшего образования сформулированы только универсальные и общепрофессиональные компетенции. Профессиональные компетенции по каждой специальности были определены специальными рабочими группами преподавателей университета на основе профессиональных стандартов, соответствующих профессиональной деятельности выпускников. После формулирования перечня обязательных компетенций для каждой из них были установлены индикаторы их достижения в обобщенных категориях «знать», «уметь», «владеть». Однако в связи с тем, что значительное большинство компетенций являются междисциплинарными, очень важно каждой кафедре четко определить результаты обучения (конкретные знания, умения) в соответствии с целями дисциплин и практик, закрепленных за кафедрой.

На кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии студенты 2 курса, обучающиеся по специальностям Лечебное дело и Педиатрия, изучают дисциплину «Основу методов лучевого исследования», а студенты 3 курса, обучающиеся по специальностям Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология - дисциплину «Лучевая диагностика». Обе дисциплины преподаются на пропедевтическом уровне, однако цели у нас различны. В связи с этим результатами обучения по первой дисциплине должны быть: 1) знания лучевых методов исследования, их возможностей для получения информации о состоянии различных органов и систем организма человека, биологического действия применяемых излучений и волн; 2) умения распознавать методы лучевого исследования и на основании полученной с их помощью информации оценивать лучевую анатомию и физиологию; 3) умение трактовать общие принципы выбора оптимального лучевого метода для оценки морфофункционального состояния органов и систем организма человека.

По дисциплине «Лучевая диагностика» результаты обучения базируются на результатах обучения предыдущей дисциплины и ориентированы уже непосредственно на диагностику: 1) знание лучевых методов исследования для диагностики патологии различных органов и систем организма человека; 2) умения интерпретировать и анализировать результаты лучевых методов исследования, определять ведущий лучевой синдром и трактовать его морфологический субстрат; 3) умения трактовать возможности лучевых методов исследования и выбирать оптимальный метод лучевого исследования для диагностики патологии различных органов и систем организма человека.

Далее были сформированы соответствующие фонды оценочных средств – тесты и ситуационные задачи. При этом для проверки достижения студентами результатов обучения подготовлены оценочные средства в двух форматах – только текстовом и смешанном (текст и изображение). Так, для контроля умения выбрать оптимальный метод лучевого исследования для диагностики той или иной патологии целесообразно использовать только текстовый формат тестов и ситуационных задач, а проверка умений распознать метод лучевого исследования, анализировать полученные результаты, выделить ведущий лучевой синдром невозможно без соответствующих лучевых изображений.

Заключение. Взвешенный методический подход к определению результатов обучения и формированию фондов оценочных средств с учетом уровня преподавания дисциплин и их особенностей способствует достижению студентами компетенций, необходимых им для будущей профессиональной деятельности.

*Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Войтюк В.Н., Пархоменко А.В.,
Толмачёва В.А., Сиденко В.Г.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ В ВЫЯВЛЕНИИ СООБЩЕНИЯ ЖИДКОСТНОГО ОЧАГОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ С ВНУТРИПЕЧЁНОЧНЫМИ ЖЁЛЧНЫМИ ПРОТОКАМИ

Известны способы фистулографии (Брегадзе И.Л. и соавт., 1965; Цыбырнэ К.А. и соавт., 1983), которые включают введение через дренаж жёлчного пузыря, общего жёлчного протока или кистозного образования печени, под контролем рентгеновского аппарата, 20-60 мл. водорастворимого контрастного препарата (кардиотраст, триомбраст и др.) с дальнейшим выполнением динамической рентгенографии. Путём изменения положения больного добиваются заполнения жёлчных протоков. Недостатками этих способов являются: рентгеновская фистулография приводит к повышенной дозе облучения, как правило невозможно выявить связь между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками; неполная санация свищевого хода и остаточной полости свища.

Цель работы – повысить эффективность ультразвуковых методов исследования в обнаружении сообщения жидкостного очагового образования печени с внутрипечёночными желчевыводящими путями.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения за последние 8 лет 197 больных с жидкостными очаговыми образованиями печени (ООП), которые находились в I хирургическом отделении РКБ им. М.И. Калинина. Из них было 128 (64,9%) чел. с непаразитарными кистами печени (НКП), 37 (18,8%) чел. с абсцессом и 32 (16,3%) чел. с гидатидозным эхинококком. Проведены методы обследования (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные, лучевые, статистические. Из 197 пациентов пункционно-дренажные вмешательства под контролем УЗИ выполнены у 78. Модифицированные ультразвуковые способы применены у 23 чел.

Результаты и обсуждение. Усовершенствованный «Способ обнаружения связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками» (патент РФ № 2650590 от 16.04.2018г.) применен у 18 чел. Суть изобретения заключается в следующем. Выполняют чрескожное дренирование кистозного образования под контролем УЗИ, аспирацию содержимого, фиброгастроуденоскопию. Вводят через транспечёночный дренаж озонированный раствор 1% метиленового синего с барботажной концентрацией озона 40-60 мг/л. При появлении окрашенного раствора из большого дуоденального сосочка, выявленного через тубус фиброгастроуденоскопа, констатируют наличие цистобилиарной связи. Способ повышает точность диагностики.

В клинике разработан модифицированный «Способ ультразвуковой фистулографии» (свидетельство о рационализаторском предложении № 6232 от 06.07.2018г.). Способ заключается во введении в дренаж наружного свища полого или паренхиматозного органа 5-25 мл. перфторана в качестве эхоконтрастного раствора, пережатии дистального конца дренажа зажимом с последующим выполнением ультразвукового сканирования в режиме 3D-реконструкции. Перфторан является кровезаменителем с газотранспортной функцией, имеет реологические, гемодинамические, мембраностабилизирующие и сорбционные свойства. Он разрешён Фармакологическим комитетом к клиническому применению. Введение эхоконтраста повышает его способность к обратному рассеиванию эхосигнала, за счёт чего повышается качество отношения «сигнал-шум». Способ успешно применён у 17 больных.

Заключение. Усовершенствованные нами способы целесообразно применять в хирургических отделениях для выявления цистобилиарной связи, что имеет большое значение для выбора объёма операции.

*Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Вакуленко Н.Д., Первушина Е.О.,
Богданов И.А., Ткаченко Ф.В.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ

Актуальность. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) в последние годы в лучевой диагностике приобретает особое значение, раскрывает возможности исследования тонких структур, их морфометрическое строение, выявление топографических взаимоотношений и находит более широкое применение в пластической хирургии.

Целью настоящего исследования явилось дополнение сведений современной клинической лучевой анатомии лицевого скелета с помощью КЛКТ.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании на основании изображений КЛКТ были проведены морфометрические наблюдения типов строения обонятельной ямки, взаимоотношения решетчатой пластинки с окружающими костными структурами. В исследовании так же проводили морфометрическую оценку размеров и расположения правой и левой частей продырявленной пластинки, высоту глазницы, высоту полости носа, измеряли угол между верхней стенкой решетчатой кости и медиальной стенкой глазницы, угол между верхней стенкой решетчатой кости и дном полости носа.

Результаты. Полученные результаты сравнивали с предложенной клинико-радиологической классификацией Keros для оценки клинической анатомии решетчатой пластинки, согласно которой выделяют три типа ее размеров. В настоящем исследовании в 27% случаях размеры глубины обонятельной ямки были до 3мм (I тип Keros), в 50,6% до 8 мм (II тип Keros), в 3,7% более 8мм (III тип Keros).

Также в 18,5% случаев обнаружены комбинации I и II или II и III типов – то есть смешанный тип строения продырявленной пластинки решетчатой кости. Уровни расположения продырявленной пластинки и верхней стенки решетчатой кости в исследовании располагались по бокам от петушиного гребня на разной высоте. Из дополнительных параметров исследования для оценки степени симметрии установили, что среднее значение высоты полости носа составило $51,2 \pm 1,02$ мм с левой стороны и $50,8 \pm 2,73$ мм с правой стороны. Среднее значение высоты глазницы $37,7 \pm 2,13$ мм с левой стороны и $37,6 \pm 0,97$ мм с правой стороны, среднее значение угла между верхней стенкой решетчатой кости и медиальной стенкой глазницы составило $75,4^\circ$ с левой стороны и $71,8^\circ$ справа.

Среднее значение угла между верхней стенкой решетчатой кости и дном носовой полости составило $18,7^\circ$ с левой стороны и $19,07^\circ$ справа.

Выводы. Таким образом, особенности клинической анатомии решетчатой кости, полученные с помощью КЛКТ, показали относительную ассиметрию левой и правой частей решетчатой пластинки и уменьшение угла наклона решетчатой кости справа, что должно учитываться при планировании реконструктивно-пластических операциях обонятельной и респираторной зоны полости носа.

Вакуленко М.В., Вакуленко С.И., Вакуленко Т.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

К одной из важных проблем детской абдоминальной хирургии относится проблема предупреждения и устранения тяжелых последствий обширной резекции тонкой и толстой кишки. В литературе описаны различные подходы к лечебной тактике при илеоцекальной инвагинации у детей грудного возраста. Но не отмечено, что при различных лечебных подходах необходимо учитывать выбор хирургической техники в зависимости от различных вариантов кровоснабжения илеоцекальной области.

Цель: Выявить основные варианты илеоцекального кровоснабжения, играющие ведущую роль в выборе объема оперативного пособия при илеоцекальной инвагинации у детей грудного возраста. **Материалы и методы:** в основу работы положен анализ различных вариантов илеоцекального кровоснабжения с выявлением наиболее адекватного. **Результаты и их обсуждение:** В основу положен анализ результатов комплексного лечения илеоцекальной инвагинации у детей грудного возраста от 0 до 12 месяцев у 340 детей. При этом, консервативная дезинвагинация выполнена у 212 (62,4%), оперативное разрешение у 128 (37,6%) детей. По виду илеоцекальная инвагинация представлена следующим образом: подвздошно-ободочная у 13 (6,1%), слепо-ободочная у 199 (93,9%) прооперированных детей.

При этом, определение лечебной и хирургической тактики строились на основе данных о различных вариантах илеоцекального кровоснабжения. Как известно, подвздошно-ободочная артерия (а. ileocolica) является одной из последних правых ветвей верхней брыжеечной артерии. Она изменчива по форме ветвления и числу тонкокишечных толстокишечных ветвей, отходящих от нее. В зависимости от места отхождения правой ободочно-кишечной артерии от подвздошно-ободочно-кишечной артерии длина ее колеблется от 1,8 до 10,5 см, диаметр ее равен 3-6 мм, в среднем 4 мм.

Важно знать варианты ветвления подвздошно-ободочнокишечной артерии, так как частота операций в области подвздошно-слепокишечного угла стоит на одном из первых мест. Велико количество исследований, посвященных изучению кровеносных сосудов этой области. Еще Waldeyer (1900) отмечал, что подвздошно-ободочнокишечная артерия может быть, как боковой, так и концевой ветвью верхней брыжеечной артерии, а Волох Ю.А. (1949) уточнил, что она является боковой в 74%, а концевой в 26% случаев. Когда эта артерия является боковой ветвью, то она может отходить на уровне пятой-восьмой, второй-девятой, или третьей-восьмой тонкокишечных артерий. От места ответвления зависит угол отхождения подвздошно-ободочнокишечной артерии и он равен 30-95%. Наряду с обычными формами деления описана кольцевидная форма, образующаяся за счет анастомоза артерии подвздошной кишки с терминальной ветвью верхней брыжеечной артерии. Постоянными ветвями данной артерии являются артерии подвздошной кишки, слепокишечная и правая подвздошно-кишечная артерии. Кроме них описаны еще передняя и задняя слепокишечные, восходящая ободочно-кишечная, подвздошная и аппендикулярная артерии. Количество ветвей подвздошно-ободочнокишечной артерии может быть различным от 4 до 13. Увеличение числа ветвей происходит за счет удвоения восходящей ободочно-кишечной артерии и артерий подвздошной кишки. Слепокишечная и аппендикулярная артерии чаще всего одиночные. В большинстве случаев подвздошно-ободочнокишечная артерия делится по петлистому типу, причем образуется так называемый остров, от которого и отходят все или большинство ветвей к кишечнику. Таким образом, становится очевидным, что лучшее кровоснабжение осуществляется при боковом типе илеоцекального кровоснабжения. Данное соображение может быть полезным при планировании объема резекции илеоцекальной области при инвагинациях в детской хирургии.

Выводы: 1. Боковое кровоснабжение илеоцекальной области наблюдается в 74% случаев и является более выгодной позицией в целях компенсации нарушенного кровоснабжения при илеоцекальных инвагинациях у детей. 2. Концевое кровоснабжение илеоцекальной области наблюдается в 26% случаев и является менее выгодной позицией в целях компенсации нарушенного кровоснабжения при илеоцекальных инвагинациях у детей.

Вакуленко С.И., Капелько А.Р., Вакуленко Т.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НАСЛЕДСТВЕННАЯ НЕВРОПАТИЯ ШАРКО-МАРИ-ТУТА: НАШЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Наследственная невропатия Шарко-Мари-Тута (ШМТ) представляет собой одну из наиболее распространенных форм наследственных невропатий, составляя примерно 80% всех случаев. В мире распространенность этой невропатии варьирует от 9 до 30 человек на 100 000 населения. ШМТ чаще всего проявляется у людей молодого возраста, с типичным началом во втором десятилетии жизни (12-15 лет), но также могут встречаться формы с ранним началом (6-7 лет). Важно отметить: чем раньше проявляется заболевание, тем более тяжелым может быть его течение. Средняя продолжительность жизни у пациентов с ШМТ обычно не страдает, и интеллект сохраняется. Осложнения болезни, такие как периферические парезы, контрактуры и расстройства равновесия, приводят к нарушению двигательных и мануальных функций, что негативно сказывается на качестве жизни пациентов и ограничивает их физическую активность. Заболевание обычно начинается со слабости в обеих ногах. Типичными являются нарушения в стопах и лодыжках – страдают мышцы-разгибатели голени, мелкие мышцы и тыльные мышцы-сгибатели стопы. Атрофия мышц стопы приводит к «когтевидной» постановке пальцев, что проявляется свисанием стопы.

Под нашим наблюдением находилась девочка 2008 года рождения, у которой: снижено функциональное состояние мышц нижних и верхних конечностей, преимущественно дистальной локализации; диагностирован грудной кифоз, поясничный сколиоз, эквино-варусная деформация стоп, деформация кистей. Когда ребенок долго стоит, отмечаются гиперкинезы и спазм мышц. Обращает на себя внимание нарушение координации движений, изменение походки. Перинатальный анамнез без особенностей. Физическое и нервно-психическое развитие в течение первых трех лет жизни согласно возрасту. Первые симптомы были замечены в 3 года, в виде хромоты, слабого бега и прыжков, в 5 лет было выявлено сильное искривление стоп. Отмечалась правосторонняя мышечная косолапость, Х-образное искривление правой ноги. В 6 лет находилась в неврологическом отделении РДКБ г. Донецка с диагнозом: Наследственная мотосенсорная невропатия с преимущественным нижним парапарезом, амиотрофическим синдромом, деформацией стоп, нарушением функции ходьбы. В 7 лет проведена операция в Республиканском научно-практическом центре травматологии и ортопедии в г. Минск - ахиллотомия слева, удлинение длинного сгибателя пальцев и длинного сгибателя 1-ого пальца, пересадка сухожилия *m.tibialis anterior* на 2-ю клиновидную кость, сухожилия *m.tibialis posterior* к сухожилию короткой малоберцовой мышцы, с диагнозом демиелинизирующая моторно-сенсорная нейропатия с тетрапарезом: легким верхним, умеренным нижним, умеренным нарушением функции ходьбы, амиотрофическим синдромом (болезнь ШМТ). В том же году была проведена пересадка задней большеберцовой мышцы на короткую малоберцовую, передней – на 3-ю клиновидную кость правой стопы, интрамускулярное удлинение длинного сгибателя пальцев и 1-ого пальца, ахиллотомия. Спустя полгода проведено рассечение подошвенного апоневроза левой стопы, рассечение ахиллова сухожилия слева, удлиняющая остеотомия 1-ой клиновидной и укорачивающая кубовидной костей левой стопы. Лечение ШМТ не существует, но физиотерапия и трудотерапия, брекеты и другие ортопедические приспособления, а также ортопедическая хирургия могут помочь устранить инвалидизирующие симптомы заболевания. Генная терапия – многообещающее направление исследований. Эксперименты с использованием клеточных культур и животных моделей заболевания показали, что возможно доставлять гены в шванновские клетки и мышцы. Другие исследования показывают, что трофические факторы или факторы роста нервов, такие как гормон андроген, предотвращают дегенерацию нервов.

Заключение: таким образом, проанализировав литературу, можно сделать выводы, что диагностирование заболевания на ранних стадиях затруднено, а иногда невозможно в связи с тем, что кумуляция может пройти не в раннем возрасте. Окончательного выздоровления добиться нельзя, но можно обеспечить нормальный уровень жизни.

Валигун Я.С., Плахотников И.А., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является типичным полигенным заболеванием, которое характеризуется нарушением иммунной толерантности и развитием иммунной реакции на антигены клеток щитовидной железы. Для АИТ свойственна высокая и повсеместная распространенность. Встречается заболевание у 3-5% населения мира, преимущественно у женщин. Частота возникновения АИТ существенно увеличивается с возрастом.

Генетическим факторам отводят существенную роль в патогенезе АИТ. Предполагается, что одним из генов, мутации в котором могут влиять на риск развития аутоиммунного заболевания щитовидной железы, является ген рецептора витамина D (VDR). Однако выполненные в различных регионах мира исследования значимости полиморфизмов гена VDR в развитии АИТ показали противоречивые результаты.

Цель исследования: изучить ассоциации полиморфизмов rs10735810 и rs1544410 гена VDR с аутоиммунным тиреоидитом у женщин.

Материалы и методы. Всего обследовано 208 женщин в возрасте от 18 до 52 лет (до наступления менопаузы). Из них 130 женщин имели подтвержденный диагноз аутоиммунного тиреоидита и составили основную группу. У остальных 78 женщин патология щитовидной железы была исключена. Они вошли в контрольную группу. Молекулярно-генетические исследования включали определение полиморфизмов rs10735810 (FokI) и rs1544410 (BsmI) гена VDR. Для этого использовали метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Частоту генетических маркеров в группах оценивали с помощью критерия Хи-квадрат. Кроме того, рассчитывали величину отношения шансов (OR) и 95% доверительный интервал (95% CI).

Результаты. Оценка полученных результатов молекулярно-генетических исследований показала их соответствие закону Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). Генотипы AA, AG и GG полиморфизма rs10735810 гена VDR среди всех обследованных женщин были выявлены соответственно в 25,4%, 50,5%, 24,1% случаев. Генотип AA второго изученного полиморфизма (rs1544410) был зарегистрирован у 13,0% женщин, AG – у 48,1%, GG – у 38,9% лиц.

Анализ частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфизма rs10735810 гена VDR в зависимости от наличия АИТ показал отсутствие различий в распределении генетических маркеров между основной и контрольной группами ($p > 0,05$).

Вместе с этим, было установлено, что по сравнению с контрольной группой у пациентов с патологией щитовидной железы значительно чаще регистрировался аллель G полиморфизма rs1544410 гена VDR (OR=1,56; 95% CI: 1,04-2,35; $p=0,041$). Также у женщин с АИТ чаще выявлялся генотип GG полиморфизма rs1544410 – в 44,6% случаев против 29,5% в контроле (OR=1,93; 95% CI: 1,06-3,50; $p=0,043$).

Заключение. Результаты проведенного исследования подтверждают возможную роль полиморфных вариантов гена VDR в этиопатогенезе аутоиммунного тиреоидита у женщин. Наличие аллеля G или генотипа GG полиморфизма rs1544410 гена VDR повышает вероятность аутоиммунного заболевания щитовидной железы ($p < 0,05$). Полученные результаты могут быть использованы в разработке персонализированных подходов в профилактике и лечении аутоиммунного тиреоидита у женщин.

Валигун Я.С., Плахотников И.А., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ И РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В патогенезе аутоиммунного тиреоидита (АИТ) выделяют нарушения в клеточных и гуморальных звеньях как врожденного, так и адаптивного иммунитета. С морфопатологической точки зрения АИТ обычно приводит к увеличению щитовидной железы (ЩЖ) с развитием узлового зоба и инфильтрацией ткани мононуклеарными клетками. Многие исследования показывают, что с иммунологической точки зрения основными причинами развития АИТ являются дисбаланс клеток Th1/Th2 и усиление активности Th1 клеток, что приводит к нарушениям сети сложных взаимодействий между различными компонентами иммунной системы.

Комплексное воздействие на организм в целом и иммунную систему в частности генетических и внешних (триггерных) факторов риска является причиной нарушений в механизмах иммунной толерантности. Это сопровождается активацией антигенпрезентирующих клеток, главным образом дендритных клеток (ДК), которые представляют алло- и аутологичные антигены наивным CD4⁺ Т-клеткам, что приводит к их дифференцировке в Т-хелперы Th-1, Th-2, Th-17, Th-22 или Treg. Активированные Th1-клетки при аутоиммунном процессе усиливают образование интерлейкина (IL) -12 и интерферона-гамма (IFN- γ), что приводит к активации клеток CD8⁺.

CD8⁺ Т-клетки посредством секретируемых перфоринов и гранзимов или через каскад Fas-FasL, разрушают клетки ЩЖ, что приводит к выбросу провоспалительных цитокинов и хемокинов. В результате возникает петля обратной связи, которая сначала инициирует, а затем поддерживает аутоиммунный процесс. Цитокины, выделяемые тироцитами, способствуют миграции и активации патологических клеток Th17 и подавлению Tregs. Кроме того, происходит активация В лимфоцитов в результате повышения продукции интерлейкинов 4 и 5 клетками Th2 и нарастание сереции тиреоидных аутоантител. Эти антитела могут участвовать в лизисе тироцитов путем антителозависимой цитотоксичности. Центральная роль цитокиновых нарушений в патогенезе АИТ подтверждается нашими и немногочисленными исследованиями отечественных авторов, которые также указывают на существенную роль цитокинов в формировании АИТ.

Типичным признаком АИТ являются анти tireoидные антитела. К ним относят АТ-ТПО и АТ-ТГ, которые считаются основными в патогенезе заболевания, а также антитела, стимулирующие или блокирующие рецепторы ТТГ и влияющие на функцию щитовидной железы.

Установлено, что дефицит витамина D имеют 54,6% пациентов с АИТ, что значительно чаще, чем у здоровых лиц. Более того, в исследованиях показана обратная зависимость между уровнями 25(OH)D в сыворотке крови и клиническими проявлениями АИТ, включая тяжесть гипотиреоза, увеличение объема щитовидной железы, распространенность легких когнитивных нарушений. Необходимо отметить и наличие обратной корреляции между концентрациями 25(OH)D и АТ-ТПО.

Таким образом, к настоящему времени расшифрованы иммунопатогенетические аспекты АИТ, а также имеются важные доказательства роли дефицита витамина D в патогенезе АИТ. Учитывая вышеизложенное, а также иммунорегулирующие свойства витамина D является целесообразным проведение исследований направленных на оценку патогенетических и клинических эффектов препаратов данного витамина в профилактике и лечении пациентов с АИТ.

Ванина А.В., Шепелева О.М.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПИТАНИЯ В ДЕТСКИХ САДАХ Г. КУРСКА

Питание является одним из важнейших факторов образа жизни, который влияет на формирование здоровья человека с момента рождения. Количественные и качественные характеристики питания определяют процессы роста, развития, функционирования всех систем организма, адаптационную устойчивость к инфекциям и неблагоприятным факторам окружающей среды антропогенного или геохимического происхождения. Накопленный опыт многочисленных эпидемиологических и экспериментальных исследований в области нутрициологии раскрывает ряд проблем в питании детского населения, среди которых приоритетными являются дисбаланс пищевых веществ и недостаточное поступление микронутриентов, что обусловлено нерациональной структурой продуктового набора.

В процессе работы была проведена количественная оценка фактического питания детей в возрасте от 3 до 5 лет в дошкольном учреждении и были выявлены некоторые отклонения от нормативов по сбалансированности питания. Проведён сравнительный анализ рациона питания по меню-раскладкам двух детских дошкольных организаций - муниципальное бюджетное дошкольное образовательное Учреждение «Детский сад комбинированного вида № 123» и муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад комбинированного вида № 4».

В ходе сравнения с нормативами изучались следующие показатели фактического питания: продуктовый набор, энергетическая ценность, химический состав рациона, режим питания, разнообразие блюд и объём потребляемой пищи.

Согласно полученным результатам установлено, что в обоих детских садах сбалансированность питания по Б:Ж:У удовлетворительная, соответствует нормативам МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

В детском саду №4 показатели соотношения Б:Ж:У в пределах нормы. В детском саду № 123 содержание белков в рационе превышало норму (четверг - на 15,0 г/сут и пятницу - на 5,7 г/сут). По содержанию микроэлементов в обоих детских садах выявлены незначительные отклонения от нормы. В детском саду №4 и детском саду № 123 выявлено пониженное содержание ретинола и каротина.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что питания в двух детских садах в целом является адекватным и сбалансированным, отвечает нормативам, продуктовый набор полноценный и разнообразный, режим питания соблюдается, но имеются отклонения от нормы по обеспечению организма витамином А и каротиноидами, чтобы минимизировать их в рацион следует включить продукты богатые данными микронутриентами.

Ванханен Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ С ПРОСТАГЛАНДИНЗАВИСИМОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Цель. Оценка влияния курсового лечения ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) рамиприлом на суточный профиль артериального давления (АД), почечный кровоток и натрийуретическую функцию почек у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с остеоартритом (ОА) с простагландинзависимой функцией почек (ПЗФП).

Методы исследования: ПЗФП определяли на основании результатов теста с пероральной нагрузкой 200 ммоль хлорида натрия на фоне приема 50 мг диклофенака (прирост экскреции натрия не превышал 15 %). У 25 больных ЭГ с ПЗФП и у 16 больных ЭГ без ПЗФП в возрасте 50-65 лет в сочетании с ОА изучен суточный ритм АД, почечный кровоток ультразвуковым методом, натрий в плазме и моче, простагландины E2 и I2 радиоиммуноферментным методом; общую, афферентную и эфферентную резистентность сосудов почек рассчитывали по формулам Гомеза. Обследования проводили до и после 14-дневного приема 10 мг рамиприла на фоне приема 50 мг диклофенака в сутки.

Результаты. Прием рамиприла у больных ЭГ с ПЗФП сопровождался более выраженным ($p < 0,05$) снижением среднесуточного систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), ночного ДАД (соответственно, у больных с ПЗФП на $15,8 \pm 0,4\%$, без ПЗФП – на $9,2 \pm 0,5\%$) и вариабельности ночного ДАД (соответственно до $7,9 \pm 0,4$ и $11,1 \pm 0,3$ мм рт.ст.), возрастанием почечного кровотока (соответственно, на 109 ± 24 и 52 ± 15 мл/(мин \times $1,73$ м²), вследствие снижения сосудистой резистентности почек (соответственно, на 24% и 9%) за счет снижения преимущественно эфферентной резистентности, вклад которой в общее сосудистое сопротивление почек у больных с ПЗФП (69%) значительно выше, чем у больных без ПЗФП (31%). Степень угнетения канальцевой реабсорбции натрия и прироста его почечной экскреции под влиянием рамиприла у больных с ПЗФП практически не отличались от сдвигов у больных без ПЗФП. Экскреция простагландинов E2 и I2 у больных с ПЗФП достоверно ниже (на 41%), чем у больных с отсутствием ПЗФП. После лечения рамиприлом экскреция простагландинов у больных с ПЗФП возросла на 21% ($p < 0,05$).

Выводы. ИАПФ рамиприл устраняет неблагоприятные сдвиги общей и почечной гемодинамики, вызываемые диклофенаком, и препятствует задержке натрия. Воздействие простагландинов позволяет поддерживать почечный кровоток в условиях чрезмерно высокой продукции ангиотензина II, который сам стимулирует синтез простагландинов. Рамиприл, уменьшая образование ангиотензина II, не подавляет синтез простагландинов за счет одновременной его стимуляции образующимся брадикинином.

Василенко Е.Р., Коценко Ю.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НАДЪЯДЕРНОГО ПАРАЛИЧА И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Введение. На сегодняшний день дифференциальная диагностика прогрессирующего надъядерного паралича (ПНП) и болезни Паркинсона (БП) вызывает затруднения ввиду схожести клинических проявлений. Возникают основания для поиска специфических биомаркеров, которые могут повысить точность ранней диагностики и позволить своевременно начать целенаправленное лечение.

Цель: выявить диагностические маркеры ПНП и БП, и оценить особенности медикаментозной терапии.

Результаты. По данным исследований (Васильев В.В., Трофимов Ю.А., Беляев А.Н., Климов Д.Д., 2021), основными диагностическими маркерами являются изменения в ликворе тау-белка (ТБ), альфа-синуклеина (α СН), вазоактивного интестинального нейропептида (VIP) и др. нейропептидов. В случае ПНП отмечается повышенный уровень ТБ у 60-70% пациентов, и повышение α СН в 50-55% случаев чаще при БП. Патологическая концентрация α СН в ликворе варьируется в зависимости от стадии БП. Повышенный уровень VIP выявляется у 40% пациентов с прогрессирующим течением БП, коррелирующийся с ее развитием и прогрессированием (Fernandez et al., 2021).

По мнению ряда авторов, генетические исследования, методы нейровизуализации в сочетании с основными маркерами диагностики способствуют более быстрому дифференцированию ПНП и БП. Для БП в 5-10% случаев выявлена мутация в генах LRRK2 и PARK7, при этом мутация, ответственная за синтез ТБ в гене MAPP, приводит к ПНП (Irene Litvan et al, 2024). По данным методов нейровизуализации, позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и синглетной фотонной эмиссионной компьютерной томографии (СПЕКТ), происходит снижение дофаминергической активности в стриатуме при БП в 80-85% случаев, тогда как у пациентов с ПНП снижение активности менее выражено и затрагивает иные нейрональные системы (N. Ertekin-Taner, Yuhao (Harry) Min et al., Ertekin-Taner et al., 2023).

Учитывая данные мировой практики, для пациентов с ПНП введение леводопы неэффективно, однако, для БП имеет положительный эффект. Антихолинэстеразные препараты (Ривастигмин 4-12 мг/сут и Донепезил 5-10 мг/сут) улучшают когнитивные функции, антидепрессанты (Сертралин 50-200 мг/сут и Циталопрам 10-40 мг/сут) помогают поддерживать эмоциональное состояние. Активное внедрение физической активности, нацеленной на тренировку равновесия и укрепления мышц, помогают уменьшить риск падений и улучшить моторную функцию (Sharma et al., 2021).

В недавних исследованиях изучается возможность разработки препаратов, ингибирующих агрегацию ТБ. Препараты на основе антител против ТБ находятся на стадии клинических испытаний для замедления прогрессирования ПНП (A. Aggidis, A. Mudher, et al., 2024).

Выводы. Выявлены ключевые диагностические маркеры для дифференцированного подхода к лечению ПНП и БП. Разрабатываются новые препараты для ингибирования агрегации ТБ с целью компенсации ПНП.

*Василенко Л.И., Жилиев Р.А., Антипов Н.В., Ладур А.И., Сироид Д.В.,
Шеменева А.С., Саул А.С., Миримиренко А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ ПРАВИЛЬНОЙ ТРАКТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Проблема правильной трактовки медицинских терминов (МТ) является программным вопросом обучения студентов 2-3 курса всех факультетов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии (Н.В.Антипов, Р.А.Жилиев, Д.В.Сироид, 2021; Л.И.Василенко и соавт., 2023). В целях повышения эффективности обучения студентов медвузов и подготовки высококвалифицированных специалистов необходима единая, более правильная трактовка (интерпретация) МТ, которую широко используют врачи всех специальностей в своей повседневной работе и преподаватели медколледжей/медвузов. Единая правильная трактовка МТ позволит избавить русский язык от обыденного «вульгаризма» (Л.И.Василенко и соавт., 2023). Знание хирургической терминологии и правильная интерпретация хирургических терминов необходимы для полноценного общения между врачами, чтения медицинской литературы и правильной трактовки сведений о пациенте (Н.В.Антипов и соавт., 2014, 2021; Л.И.Василенко и соавт., 2023 и др.). К разряду таких МТ относят следующие.

1. «Исследовать», а не «обследовать» пациента (больного). Почему-то, во всей общепринятой медицинской документации всех без исключения лечебных учреждений бывшего Советского Союза (включая учебные пособия и истории болезни) всех бывших Союзных Республик и Российской Федерации, в частности, прочно вошел в обиход, неправильно произносится и употребляется врачами всех специальностей МТ «обследование» больного (пациента). Ведь, на самом деле, врачи не «обследуют», а «исследуют» пациента по органам и системам и проводят соответствующие основные и дополнительные методы «исследования».

2. В медицинском ВУЗе студенты на протяжении 5 лет изучают хирургические дисциплины (начиная с 2-3 курса и заканчивая 6 курсом). Но, мало кто знает, как правильно по латыни произносить термин «операция» («оперативное вмешательство»), неправильно ссылаясь на термин «operatio». В данном контексте более правильным следует применять термин «intervention». Более подробная трактовка данного термина изложена в учебном пособии проф. Л.И.Василенко «Основы общей хирургии», 2014 (часть 1, с.332).

3. При анастомозировании (искусственном [оперативном, хирургическом] соединении) трубчатых органов пищеварительного тракта (ПТ) термин «анастомоз» следует использовать в случае соединения одноименных участков трубчатых органов ПТ. Пример: соединение участков желудка, тонкого или толстого кишечника после их резекции (гастрогастроанастомоз; тонкотонкокишечный анастомоз [энтероэнтероанастомоз], толстотолстокишечный анастомоз) и др. При соединении разноименных трубчатых органов (пищевода и желудка, желудка и кишечника, холедоха и 12-типерстной кишки, тонкого и толстого кишечника, толстой и прямой кишок и т.д.) более правильным является употребление МТ «соустье». Примеры: пищевоодножелудочное соустье, желудочнокишечное (гастроюнальное) соустье, желудочнодвенадцатиперстнокишечное (гастроуденальное) соустье, холедоходуodenальное соустье, тонкотолстокишечное соустье, толстопрямокишечное соустье и т.д.

4. При создании «анастомозов» и «соустий» более правильно использовать не общепринятый термин «наложение», а «формирование» или «создание».

Василенко Л.И., Жилиев Р.А., Ладур А.И., Антипов Н.В., Балацкий Е.Р., Сироид Д.В., Журавлева Ю.И., Шеменова А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ПРАВИЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРАХ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ, ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Проблема правильной трактовки медицинских терминов (МТ) является одной из кардинальных проблем современного обучения студентов медицинских ВУЗов в их профессиональной подготовке, как будущих высококвалифицированных специалистов (ВКС), поскольку является программным вопросом обучения студентов 2-3 курса всех факультетов медвузов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии (Н.И.Кулиш, 1978; Н.В.Антипов, Р.А.Жилиев, Д.В.Сироид, 2021; Л.И.Василенко и соавт., 2023). В целях повышения эффективности обучения студентов медвузов и подготовки ВКС необходима единая, более правильная трактовка (интерпретация) МТ, которую широко используют врачи в своей повседневной работе и преподаватели медколледжей/медвузов. Единая правильная трактовка МТ позволит избавить русский язык от обыденного «вульгаризма» (Л.И.Василенко и соавт., 2023). Знание хирургических МТ и правильная их интерпретация необходимы для полноценного общения между врачами, чтения медицинской литературы и правильной трактовки сведений о пациенте (Н.В.Антипов и соавт., 2014, 2021; Л.И.Василенко и соавт., 2023 и др.).

К разряду таких медицинских терминов относят следующие.

1. «Исследовать», а не «обследовать» пациента (больного). Почему-то, во всей общепринятой медицинской документации всех без исключения лечебных учреждений бывшего Советского Союза (включая учебные пособия и истории болезни) всех бывших Союзных 15 Республик – ныне суверенных независимых государств) и РФ, в частности, прочно вошел в обиход и неправильно произносится и употребляется врачами всех специальностей МТ «обследование» больного (пациента). Ведь, на самом деле, врачи не «обследуют», а «исследуют» пациента по органам и системам и проводят соответствующие основные и дополнительные методы «исследования».

2. «Отграничить» операционное поле, а не «обложить», «обложиться». Слова «обложить», «обложиться» вообще не следует использовать в качестве МТ. Более правильным является употребление МТ «отграничение» операционного поля стерильным материалом (простыни, салфетки).

3. Неправильно используют практические врачи и МТ одной из групп швов – так называемые «узловатые» швы, что дословно означает «узлоподобные». Данного МТ не существует ни в одной из общепринятых «классификаций швов» (И.Д.Кирпатовский, 1964; Г.Е.Острроверхов и соавт., 1972; А.В.Шот и соавт., 1984; В.И.Корепанов и соавт., 1995, 2005; Л.И.Василенко, 2013, 2014 и др.). Следует правильно произносить и использовать в медицинской документации термин «узловой» шов («узловые» швы).

Данное короткое по объему сообщение представляется нам полезным для студентов медвузов (будущих врачей), аспирантов и клинических ординаторов; врачей, проходящих курсы повышения квалификации, которые должны будут более правильно применять названную выше медицинскую терминологию при изучении хирургических дисциплин и в своей практической деятельности, а также для преподавателей медицинских колледжей и ВУЗов.

Васильева А.Н., Агафонова Е.И., Колесникова Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Иностранный язык является частью национальной культуры, залогом успеха. Специалисты, владеющие на профессиональном уровне иностранным языком, способные к установлению деловых контактов с зарубежными партнерами, необходимы государству. Потребности в таких квалифицированных кадрах находят отражение в учебных программах вузов страны. Для реализации программ, преподавателю важно знать современные методы, учебные приемы и техники. А в соответствии с уровнем потребностей, интересов и знаний студентов, необходимо уметь подобрать подходящий метод. Их мотивированное использование требует креативного подхода со стороны преподавателя, так как педагогика является наукой и искусством одновременно, поэтому и подход к выбору метода обучения должен основываться на творчестве педагога. Под методом обучения мы понимаем упорядоченные способы деятельности преподавателя и студента, направленные на эффективное развитие обязательств учебно-воспитательных задач. Прием – это элемент того или иного метода, выражающий отдельные действия преподавателя и студента в процессе обучения. Методика состоит из конкретных программ и имеет определенную теоретическую основу.

Следует отметить, что при всем изобилии методов, появившихся в XX – XXI веках, наши программы все еще основаны на устаревшем подходе, а преподаватели продолжают применять проверенные временем стандартные учебные методы и приемы, а процесс преподавания продолжает оставаться несколько осовремененным вариантом грамматико-переводного метода. Преподаватель сталкивается с отсутствием у большинства обучающихся должного уровня мотивации, так как иностранный воспринимается студентами неязыковых учреждений как второстепенный предмет. Поэтому, одной из задач является формирование мотивации к изучению языка. При этом язык выступает средством развития коммуникативного компонента информационной культуры обучающихся в процессе осуществления ими поисковой и исследовательской деятельности по профессиональным вопросам с использованием информационных и коммуникационных технологий, участия в конференциях и проектах, умения работать в группе через компьютерные сети.

В настоящее время в вузах России происходит реформирование учебного процесса, меняются образовательные технологии. Междисциплинарная интеграция, демократизация образования вызывает к жизни инновации составляющие преподавания. Целью обучения иностранным языкам в высшей школе является овладение коммуникативными компетенциями, которые позволят реализовать знания, умения, навыки для решения конкретных задач в реальных ситуациях. Иностранный язык рассматривается не как отдельная наука, а как важный элемент в сложной, многоуровневой структуре обучения.

Следует отметить, что количество методик, используемых преподавателем, исчисляется десятками. Среди популярных на сегодняшний день: грамматико-переводной метод, прямой метод, аудиolingвальный, коммуникативный, лексический подход, Comprehension approach, Storytelling, Content and Language Integrated learnig, метод чтения, суггестопедия, метод полного физического реагирования (TPR), метод Мишеля Томаса, метод Пимслера и другие. Каждая имеет свои плюсы и минусы. Преподавателю необходимо брать элементы из лучших методик при планировании урока. Как правило, преобладающей остается коммуникативная методика, удовлетворяющая запросам обучающихся и расширяющая возможности общения. Она предполагает владение базовыми фразами в совокупности с набором грамматических конструкций.

Овладеть языком до определенного уровня помогает только система занятий, регулярность, дисциплинированность, использование в бытовых ситуациях и время. Изучение языков – это важный компонент успешной карьеры и развития личности. Знание иностранного языка способствует совершенствованию профессиональной компетенции личности. На рынке труда неизменным остается факт востребованности специалистов, обладающих знаниями языков. Подобная обстановка выступает мотивационным стимулом для студентов к изучению данной дисциплины.

Великанова Л.П., Кравцова Т.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань

К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Болезни патологической зависимости по сравнению с другими нозологиями (соматической, хирургической, неврологической) имеют определенные особенности, которые обусловлены непосредственно видом психоактивного вещества (медицинский критерий), а также влиянием систематического приема психоактивных веществ (ПАВ) на личность пациента: социальный и юридический критерии (психопатизация, деградация, деменция и правонарушения).

Сформированная химическая зависимость представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание с рецидивирующей формой течения. В связи с этим, лечение и реабилитация наркологических больных в большинстве случаев дает либо временный эффект (ремиссия), либо ведет к рецидиву заболевания.

Таким образом, самым эффективным и результативным в предотвращении возникновения зависимости является исключение пробы и эпизодического приема ПАВ (Плоткин Ф.Б., 2019). В наркологии это носит название «Первичная профилактика» - комплекс социальных, образовательных, медико-психологических и юридических мероприятий.

Длительное время первичная профилактика в наркологии была ориентирована на запретительные меры - акцент делался на «борьбу», недопущение, «противодействие», на негативные последствия злоупотребления ПАВ. Практический опыт показал, что эти стратегии профилактики недостаточно эффективны и не дают желаемого результата, так как не устраняются причины, побуждающие детей и молодежь обращаться к ПАВ. Именно в детском и юношеском возрасте происходят первые пробы ПАВ, сменяющиеся эпизодическим, а в дальнейшем и регулярным приемом (Корчагина Г.А., Целинский В.В., Киржанова В.В. и др., 2020).

В последние десятилетия значительно расширилось и наполнилось содержанием понятие позитивной первичной (истинной), радикальной профилактики (Менделевич В. Д., 2007). Радикальная конструктивная профилактика ориентируется не на уже манифестировавшую болезнь и ее разрушающие последствия, а на личность, ее способности, ресурсы и обеспечивает ему поддержку и помощь в реализации собственного жизненного предназначения.

Сущность радикальной профилактики составляет ее опережающий характер. Создание стойких позитивных антинаркотических барьеров личности возможно лишь до момента возникновения пронаркотических установок и закрепившихся форм поведения. Развить и направить личностные ресурсы и навыки в просоциальное и созидательное русло важно до того, как человек столкнется с ситуацией выбора и принятия решения.

Стратегия первичной истинной профилактики предусматривает развитие и усиление личностных ресурсов и защитных механизмов, способствующих развитию у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни; формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у подростков успешного и ответственного поведения; внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, предоставление альтернатив для самореализации.

Веревкина Ю.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ ИЗ СТРАН БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ

Современное общество предъявляет высокие требования к подготовке специалистов, что подразумевает не только владение профессиональными навыками, но и требует разностороннего развития личности будущего специалиста.

Для иностранных студентов вопрос языковой подготовки занимает центральное место, поскольку от знания языка зависит возможность освоения образовательной программы. Если речь идет о студентах-стоматологах, прибывших в наши вузы из стран ближнего зарубежья, то они уже имеют определенный уровень языковой подготовки, а значит, зачисляются в русскоговорящие группы. Однако уровень владения русским языком у всех индивидуален. Предопределяющими являются многие факторы. Перечислим некоторые из них.

Прежде всего, следует отметить, что не у всех была возможность обучаться в русских школах, где преподавание ведется на русском языке. Повысить уровень языковой подготовки позволяет система упражнений, способствующая тому, что студенты смогут полноценно овладеть нормами русского литературного языка и освоить обязательный лексический минимум, необходимый для построения коммуникации в клинической практике. В этой связи положительное влияние оказывает языковая практика и тот социум, в котором студенты будут находиться на протяжении всего курса обучения.

Группы стоматологов в основном смешанные: они немногочисленны и состоят из представителей разных национальностей сопредельных государств. Удачным решением представляется введение в такие группы студентов из Беларуси, владеющих русским языком на высоком уровне, поскольку он является для них вторым родным: они охотно помогают другим иностранным студентам, положительно влияют на успеваемость группы в целом, на них стараются равняться все остальные члены группы, что служит ярким примером налаживания межкультурной коммуникации. В смешанных группах даются дифференцированные задания, ориентированные на имеющиеся у студентов знания: на начальном этапе обучения студенты с хорошим знанием языка получают более сложные задания, другие студенты – менее сложные; далее задания для всех усложняются. Кроме планомерной работы по усвоению грамматических норм русского языка, осуществляется речевая подготовка студентов.

Следует отметить, что кафедра русского языка и педагогики предоставляет возможность всем иностранным студентам наравне с русскими участвовать в научных и творческих мероприятиях. Так, например, на базе кафедры осуществляет свою деятельность научный кружок; основное направление его деятельности – знакомство иностранных студентов с русской культурой, национальными традициями, историей и особенностями русского литературного языка.

Кроме того, студенты могут участвовать в мероприятиях различного уровня, организуемых не только на базе кафедры и вуза в целом, но и другими учебными учреждениями. Так, например, для того, чтобы повысить уровень мотивации студентов к обучению, мы периодически предлагаем им участие в олимпиадах по русскому языку и литературных чтениях.

Особый интерес представляет культурно-просветительный проект «Арт-лестница» – арт-объект, представляющий собой музейно-галерейную лестницу, посвященную выдающимся деятелям науки и культуры. Назначение проекта – ознакомление студентов с биографией и литературным творчеством русских писателей-врачей: М.А. Булгакова, А.П. Чехова, В.В. Вересаева и др. По итогам экскурсии по арт-лестнице студенты должны подготовить сообщения о жизни и творчестве авторов: обучающиеся начинают интересоваться классической русской литературой, а значит, начинают больше читать, что способствует освоению норм

русского литературного языка и ознакомлению с культурными концептами нашей страны. Именно русскоязычные студенты-стоматологи стали первыми участниками проекта.

На данном этапе ведется активная работа по созданию междуниверситетской международной лингвистической лаборатории, и частью этого проекта является изучение межкультурной коммуникации.

Таким образом, для того, чтобы организовать полноценный процесс межкультурной коммуникации, необходимо включить иностранных студентов не только в образовательный процесс, но и организовывать для них научную работу и внеурочную деятельность, направленную на формирование и развитие межкультурной коммуникации и подготовку студентов к клинической практике.

Верещагин С.И., Валюшко Т.В.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

НАШ ОПЫТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ ГРУДНОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В последние годы наблюдается неуклонное увеличение частоты компрессионных переломов тел позвонков у детей. В структуре повреждений преобладают неосложненные переломы позвонков грудной и поясничной локализации. Лечение пострадавших предусматривает длительное ограничение их двигательной активности. Современными тенденциями при данных повреждениях являются сокращение продолжительности этапа стационарного лечения и ранняя активизация для уменьшения негативных эффектов гиподинамического режима. Вопросы использования средств физической реабилитации в остром периоде неосложненной травмы позвоночника у детей изучены недостаточно.

Цель работы: обобщение собственного опыта применения модифицированной методики лечебной физкультуры (ЛФК) на этапе стационарного лечения детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков грудной и поясничной локализации в остром и раннем периодах травмы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе травматолого-ортопедического отделения для детей ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии». Под наблюдением находилось 135 пострадавших в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст $10,7 \pm 3,1$). Все пациенты были госпитализированы с диагнозом – неосложненный компрессионный перелом тела позвонка грудного и/или поясничного отдела позвоночника (тип А1 по классификации АО) в остром периоде травмы (1-3 сутки). Исследуемую группу ($n=67$) составляли пациенты, лечение которых проводилось с использованием модифицированной методики ЛФК. Данная методика предусматривала применение в первые дни после травмы комплекса специальных физических упражнений для верхних и нижних конечностей. Упражнения были подобраны таким образом, чтобы их выполнение исключало напряжение мышц туловища. Занятия ЛФК начинали на следующий день после госпитализации, независимо от наличия и степени выраженности болевого синдрома. В контрольную группу ($n=68$) были включены дети, лечение которых проводилось с использованием классической функциональной методики В.Гориневской - Е.Древинг. У всех пациентов производилась оценка интенсивности болевого синдрома в динамике (1-3 и 7-10 сутки после травмы) с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Результаты и обсуждение. В соответствии с действующими нормативными документами, регламентирующими порядок проведения медицинской реабилитации, мероприятия первого этапа восстановительного лечения должны быть реализованы в остром периоде травмы (1-3 день). Известно, что занятия ЛФК при использовании функциональной методики лечения, разработанной В.Гориневской - Е.Древинг, обычно начинают с 4-6 дня, когда достигается адаптация пациента к режиму ограниченной двигательной активности и снижается интенсивность посттравматического болевого синдрома. Напротив, модифицированная нами методика лечения предусматривает начало выполнения комплекса ЛФК именно в остром периоде травмы. Результаты проведенного исследования показали, что при использовании данной методики наблюдается более раннее и выраженное уменьшение интенсивности болевого синдрома. Следует отметить и более успешное освоение детьми программ последующих периодов ЛФК, а также развитие соответствующих морально-волевых качеств, необходимых для их длительного активного участия в выполнении комплексов ЛФК с устойчивой мотивацией на благоприятный исход лечения.

Выводы. Использование модифицированной методики ЛФК в остром периоде травмы позвоночника позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий, проводимых у пострадавших детского возраста с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков грудной и поясничной локализации.

Верещагин С.И., Чинякина Е.В.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ

Появление современных методов визуализации в системе лучевой диагностики повреждений позвоночника показало сравнительно низкую информативность стандартной рентгенографии, которая на протяжении многих десятилетий широко используется как метод выбора для выявления спинальной травмы у детей и для оценки эффективности их лечения. Магнитно-резонансная томография (МРТ) предлагает высокочувствительную альтернативу данному методу исследования без воздействия на пациента ионизирующего излучения. Вопросы рационального применения МРТ при обследовании детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков продолжают активно обсуждаться.

Цель работы: изучить результаты использования МРТ для диагностики неосложненных компрессионных переломов тел позвонков у пострадавших детского возраста в остром периоде травмы и на этапах их консервативного лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены результаты обследования 126 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст- $9,3 \pm 2,9$ года), которые поступили в травматолого-ортопедическое отделение для детей по поводу острой травмы позвоночника, классифицированной как неосложненный перелом тела грудного и/или поясничного позвонка. Всем пострадавшим рутинно выполнялась спондилография в прямой и боковой проекциях, а затем - экстренное МРТ-сканирование позвоночника на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. В 19,8% (n=25) случаев МРТ-исследование проводилось повторно в среднесрочном периоде (до 12 месяцев после травмы) в качестве альтернативы стандартной рентгенографии для оценки результатов проведенного лечения и решения вопроса о контролируемом изменении режима ограниченной двигательной активности. МРТ-признаками острого компрессионного перелома тела позвонка считали пролабирование замыкательной пластинки, наличие гиперинтенсивного неоднородного сигнала на T2-ВИ и в режиме STIR, наличие передней клиновидной деформации тела позвонка. Для количественной оценки последней на МРТ-сканах в сагиттальной плоскости рассчитывали индекс клиновидности по соотношению между высотой вентрального и дорсального края тела позвонка. Индекс менее 0,9 расценивали как признак компрессии.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что предварительный диагноз – компрессионный перелом тела позвонка, установленный на основании объективного обследования и стандартной рентгенографии позвоночника, подтверждался результатами МРТ-исследования в 74,6% (n=94) случаев. В серии наших клинических наблюдений, по результатам МРТ-спондилометрии в остром и среднесрочном периоде травмы, случаев прогрессирующего уменьшения высоты тел поврежденных позвонков у пострадавших детского возраста с неосложненными компрессионными переломами позвоночника грудной и поясничной локализации после проведения консервативного лечения и реабилитации не отмечено. Оценка результатов лечения детей с неосложненной травмой позвоночника (компрессионный перелом тела позвонка) свидетельствует о том, что в период 12 мес. после повреждения происходит частичное восстановление анатомической формы компремированного позвонка при отсутствии посттравматических дистрофических изменений и признаков нестабильности позвоночно-двигательного сегмента.

Выводы. Возрастающая доступность высокотехнологической медицинской помощи позволяет применять метод МРТ не только для диагностики острой травмы позвоночника у детей, но и для оценки результатов их лечения в различные сроки после повреждения. Для обоснования выбора оптимальной тактики первичной диагностики и лечения данной категории пострадавших в современных условиях необходимо проведение дальнейших более масштабных и многоцентровых исследований.

Ветренко С.А., Пиляев А.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ИСХОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ЖИВОЙ И НЕКРОТИЧЕСКОЙ ПУЛЬПОЙ ПРИ ОПТИМАЛЬНОМ УРОВНЕ АПИКАЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ И ПЛОМБИРОВАНИЯ

Цель. Проанализировать шансы на успех эндодонтического лечения в зависимости от оптимального для каждой диагностической категории уровня апикального препарирования и пломбирования корневого канала.

Материалы и методы. Анализ результатов был проведен у группы из 149 пациентов, из них с пульпитами 31 и с различными формами периодонтитов 118. После изоляции зуба с помощью коффердама проводили препарирование. Состояние апикальной констрикции определяли тактильным, рентгенологическим и электронным методом. В зубах с разрушенной констрикцией апикальные пределы препарирования устанавливались на рентгенологическую рабочую длину. При наличии сохраненной апикальной констрикции-на тактильную рабочую длину. Препарирование корневых каналов проводили методом «Crown Down» с ирригацией корневых каналов 2,5%раствором гипохлорита натрия, вводя в каждый корневой канал около 10мл раствора. В 87случаях (73,7%)в группе с разрушенным апикальным отверстием (исходы лечения периодонтитов) препарирование апикальной части проводили по методике обеспечения проходимости файлами 25-35 размера на расстоянии 2-5мм до рентгенологического апекса с проверкой проходимости апикального отверстия файлом 10 размера на рентгенологическую рабочую длину. В 31случае (90,3%)этой группы с сохраненным апикальным отверстием (исходы лечения пульпитов) осуществляли препарирование корневого канала на рентгенологическую рабочую длину последовательно файлами то же размера. После хеминструментальной обработки смазанный слой удаляли путем введения раствора ЭДТА. Для пломбирования применяли метод латеральной конденсации холодной гуттаперчей с использованием силлера. После пломбирования устья каналов закрывали стеклоиономерным композитным цементом, восстановление коронки зуба фотополимерными материалами.

Результаты исследования. На первом этапе были проанализированы исходы эндодонтического лечения зубов, не зависимо от исходного диагноза, рабочая длина, у которых, определялась согласно оптимальным уровням препарирования и пломбирования. Как было показано, оптимальные уровни для разных зубов разные. Это обстоятельство связано с тем, что оптимальный апикальный уровень препарирования определяется положением апикальной констрикции, которая может располагаться на расстоянии более 2 мм и в ряде наших случаев располагалась на уровне 5 мм от рентгенологического апекса.

Очевидно благоприятные исходы эндодонтического лечения зубов оказались в 115 случаях, из 149, что составило 78 % каналы, которых были препарированы и запломбированы при оптимальном уровне препарирования и пломбирования. Однако видно, что исходы лечения пульпитов оказались значительно выше (90,3%) при сопоставлении с исходами лечения периодонтитов (73,7%) при оптимальном, для разных диагностических категорий, уровня пломбирования.

Выводы. При оптимальном уровне препарирования исходы лечения зубов с живой пульпой лучше, чем в зубах с некротической пульпой. В тоже время видно, что самый оптимальный уровень препарирования и пломбирования зубов с апикальным периодонтитом не привел к сопоставимым с пульпитом исходом лечения.

Ветров В.В., Иванов Д.О., Курдынко Л.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ

В перинатальном центре СПбГПМУ разработан новый метод профилактики тяжелой гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП/ГБН) при проведении сеансов плазмафереза сенсибилизированным к резус-фактору пациенткам.

Материал и методы. Пролечено 12 повторнородящих женщин в возрасте 29-42 лет с высокой степенью резус-иммунизации (титр антител выше 1:128) с отягощенным акушерским анамнезом (ГБП/ГБН при предыдущих беременностях, с переливаниями крови у 8, с гибелью ребенка у двух). Всем беременным по возможности рано проводили сеансы среднеобъемного мембранного плазмафереза на аппарате «Гемос-ПФ» с заменой удаленной плазмы на кристаллоиды и аутоплазму (10-я часть от эксфузированной плазмы), облученную ультрафиолетовыми лучами в течение 15 минут на аппарате «Матрикс-ВЛОК». После основного курса из 3-4 процедур мембранного плазмафереза 1 раз в две недели беременным проводили поддерживающие процедуры плазмафереза. Осложнений во время и после проведения эфферентной терапии не отмечалось.

Результаты. Получены общие результаты при беременности: титр резус-антител к концу беременности в сравнении с исходным уровнем снижался на 2–3 порядка; беременности протекали без осложнений, родоразрешались женщины планово в 37–39 недель гестации; состояние плодов было компенсированным, показаний к переливанию донорских эритроцитов не возникало; новорожденные дети находились в физиологическом отделении, т.к. не требовали мер интенсивной помощи, проявления гемолитической болезни были в легкой степени, без потребности в гемотрансфузиях, домой выписывались на 6–10-е сутки, иногда позже из-за перепроверок анализов.

Заключение. Можно полагать, что введением аутоплазмы при мембранном плазмаферезе у резус-сенсибилизированных беременных блокируются поступающие в организм матери резус-антигены эритроцитов плода, снижается активность иммунной системы по выработке новых антител. Имеются и другие комплексные эффекты МПА (детоксикация, купирование воспалительной реакции, улучшение функции плаценты и пр.), которые создают благоприятные условия для функционирования системы мать-плацента-плод. По этому способу нами получен патент на изобретение № 9147144 от 7 июня 2024 г.

Ветров С.Ф., Ластков Д.О., Клишкан Д.Г., Горохова А.А., Колосова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТЬЕВОГО ВОДООБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность работы. Питьевое водопользование в Республике развивается в условиях сложной эколого-гигиенической обстановки. Обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и предотвращение загрязнения водных объектов сточными водами по-прежнему остается одним из приоритетных направлений, имеющим своей целью достижение высокого уровня здоровья населения.

Цель. Оценить изменения качества воды в Донецкой Народной Республике в процессе её обработки и транспортировки от забора до потребителя.

Материалы и методы исследования. За основу аналитического исследования по гигиенической оценке качества питьевой воды были взяты отраслевые отчёты ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2020-2023 гг.

Результаты. За полгода 2023 г. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» исследовано 590 проб воды из источников по микробиологическим показателям, из них с отклонениями от нормативных показателей составил – 13,1%. При этом удельный вес отклонений в пробах воды из поверхностных источников составил 19,2% и 11,2% из подземных. По санитарно-химическим показателям исследовано 359 проб воды, из них - 61,3% с отклонениями: в том числе 70 проб из поверхностных водоисточников, из них с отклонениями – 32,9%, и 289 проб из подземных источников, из них с отклонениями – 68,2%.

Причина отклонений воды из источников по санитарно-химическим показателям остается прежней – значительная минерализация воды, обусловленная гидрогеологическими особенностями региона.

Проанализировав показатели санитарно-химического состава источников централизованного водоснабжения в ДНР за 2020-2023 гг. была выявлена тенденция увеличения удельного веса проб с отклонениями с 29,8% до 61,3%. Удельный вес проб с отклонениями по микробиологическим показателям варьировал от 9,7% в 2020 г. до 14,0% в 2022 г., что также превышало среднероссийские показатели в 2,5-3,7 раза. В динамике показателей качества воды в распределительной сети также отмечалась тенденция к ухудшению: процент проб с отклонениями по санитарно-химическим показателям вырос с 9,8% до 25,3%, а по микробиологическим с 2,7% до 11,7%. После водоподготовки качество питьевой воды из водопроводов по микробиологическим показателям следующее. Удельный вес проб питьевой воды с отклонениями от требований СанПиН 1.2.3685-21 по санитарно-химическим показателям вырос с 9,0% до 27,6%. При этом 57% от числа всех отклонений приходится на отклонения по показателям общей минерализации и жесткости. Доля проб с отклонениями по микробиологическим показателям колебалась от 1,8% в 2021 г. до 12,9% в 2023 г.

Основными причинами отклонений по микробиологическим показателям в воде из сетей централизованного водоснабжения, являются значительная степень изношенности сетей и, как результат, значительный уровень аварийных ситуаций на водопроводных и канализационных сетях, а также подача воды населению по графику.

Выводы. Учитывая опасность микробиологического и химического загрязнения, вопрос улучшения качества питьевой воды в регионе имеет особую значимость. Антропогенное и техногенное загрязнение источников воды различными видами минеральных, органических и инфекционных загрязнителей исключает водопользование без предварительной контролируемой водоподготовки. Обеспечение гарантированного и безопасного снабжения жителей Донбасса питьевой водой требует комплексного подхода со стороны органов исполнительной власти и местного самоуправления.

Ветров С.Ф., Соболева А.А., Горохова А.А., Колосова О.В., Боева И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ

Актуальность. В 2020 учебном году образовательный процесс посредством Интернета приобрел особую актуальность в связи с глобальным распространением вируса Covid-19, а также в условиях проведения Специальной военной операции. Применение дистанционных образовательных технологий (ДОТ) обеспечивает сохранность жизни и физического здоровья обучающихся и преподавательского состава.

Цель. Оценка качества образования с применением ДОТ при подготовке врачей-ординаторов по специальности «Общая гигиена» параллельно с очной формой обучения.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности обучения, установления преимуществ и недостатков дистанционного обучения, применен метод непрямого анкетирования с использованием стандартизированной анкеты-вопросника, предложенной отделом управления качеством образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Анкета содержала 4 вопроса на которые предстояло дать оценку по пятибалльной шкале: «категорически нет» - 1 балл, «скорее нет, чем да» - 2 балла, «нет» - 3 балла, «скорее да, чем нет» - 4 балла и «абсолютно да» - 5 баллов. Первый вопрос: «Видите ли Вы преимущества дистанционного обучения над очным в медицинском ВУЗе в мирное время?», содержит подвопрос (1.1), о необходимости реализации данной формы обучения, который также подлежал оцениванию. Второй вопрос: «Удовлетворены ли Вы качеством дистанционного обучения в нашем университете?». Третий: «Удовлетворены ли Вы своей практической подготовкой за годы учёбы в ВУЗе (специалитет), в том числе в период дистанционного обучения?». Четвёртый: «Готовы ли Вы к самостоятельной врачебной работе сразу после окончания 6 курса?».

В анонимном анкетировании приняли участие 7 врачей-ординаторов, проходящих курс очно-заочного обучения на кафедре гигиены факультета непрерывного медицинского и фармацевтического образования в 2023-2024 учебном году. Период изучения предложенных вопросов и подготовки ответов анкетирруемыми составил 10 дней. Математическая обработка данных была проведена с помощью диаграмм в Google-форме.

Результаты. Преимуществ дистанционного обучения над очным в медицинском ВУЗе в мирное время на основании опроса не установлено: в 1 балл оценивают данную форму обучения 4 респондента (57,1%), в 2 балла - 3 респондента (42,8%). Подвопрос 1.1 имеет самый большой разброс оценочных баллов: в 1 балл оценивают данную форму обучения 2 респондента (28,5%), в 2 балла - 1 (14,2%), в 3 балла - 3 (42,8%) и в 4 балла - 1 (14,2%).

Третий вопрос имеет более высокую бальную оценку: в 3 балла оценивают уровень своей практической подготовки 4 респондента (57,1%); в 4 балла - 3 (42,8%).

Степень готовности к самостоятельной врачебной работе сразу после окончания 6 курса, все анкетирваемые оценили, как недостаточную.

Выводы. Таким образом, подводя итоги опыта работы в режиме применения ДОТ и анализируя результаты анонимного анкетирования, можно утверждать, что применение ДОТ в современных условиях имеет как ряд положительных, так и ряд существенных недостатков, ввиду значимых отступлений от стандартов, принятых при очной форме обучения.

Обобщая результаты собственно анонимного анкетирования, можно утверждать, что дистанционная форма обучения может применяться исключительно как временная мера в экстремальных условиях, в качестве дополнения к классической очной форме обучения в медицинском ВУЗе, и не может являться полной её заменой.

Виноградова А.В., Статинова Е.А., Сохина В.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Актуальность темы исследования. Среди ключевых аспектов, влияющих на уровень социального функционирования и адаптации при хронической ишемии мозга (ХИМ), выделяют психопатологические симптомокомплексы. Клинические проявления данной патологии включают неврологические, нейропсихологические и/или психические расстройства. Раннее начало лечения ХИМ представляет собой важную задачу, направленную на предотвращение прогрессирования не только церебрально-сосудистой патологии, но и множества сопутствующих психопатологических расстройств.

Цель исследования. Выявить гендерные особенности психоэмоциональных расстройств у пациентов с ХИМ.

Материалы и методы. Проведен анализ данных отечественных и зарубежных литературных источников за период с 2019 по 2022 гг.

Результаты и обсуждение. Помимо когнитивных и статико-локомоторных нарушений, которые являются основными проявлениями ХИМ, у пациентов также наблюдаются прогрессирующие изменения в эмоциональной сфере, в частности астенические и тревожно-депрессивные расстройства. В ходе сравнительного анализа выраженности астении по шкале MFI-20 было установлено, что уровни снижения мотивации, психической астении и общей астении у женщин с ХИМ превышали соответствующие показатели у мужчин с тем же диагнозом. В то же время уровень физической астении у мужчин оказался статистически значимо выше, чем у женщин ($p < 0,05$). Эти различия становились более заметными у пациентов с ХИМ II стадии. У женщин, переходящих от I ко II стадии заболевания, наблюдалось значительное ($p < 0,01$) увеличение астенических расстройств по всем параметрам, за исключением физической астении. У мужчин, напротив, с прогрессированием заболевания отмечалось нарастание снижения мотивации, а также показателей физической и общей астении ($p < 0,01$), в то время как уровень психической астении и пониженной активности оставался примерно неизменным. Различия в уровне субсиндромальной тревоги между женщинами (15,3%) и мужчинами с ХИМ (8,3%) не достигли статистической значимости ($p > 0,05$). В то же время, частота клинически выраженного тревожного расстройства у женщин с ХИМ (27,8%) более чем в два раза превышала соответствующий показатель среди мужчин (12,5%). Фобические проявления, такие как кардио- и инсультофобии, наблюдались редко (у 4,8% женщин и 2,6% мужчин с ХИМ) и только на II стадии заболевания. Панические тревожные расстройства среди всех пациентов с ХИМ за весь период наблюдения не были зарегистрированы. По шкале Спилбергера женщины с ХИМ демонстрировали значительно более высокие уровни личностной и реактивной тревожности по сравнению с мужчинами, причем эти уровни увеличивались у обоих полов при переходе от I стадии заболевания ко II. У значительной доли обследованных пациентов на ранних стадиях ХИМ были выявлены тревога и депрессия, причем эти расстройства наблюдаются достоверно чаще у женщин. В соответствии с «сосудистой» концепцией, депрессия рассматривается как одно из проявлений цереброваскулярных заболеваний. Склонность женщин к эмоциональным расстройствам объясняется различиями в половых хромосомах, изменениями гормонального фона, повышенной стрессовой уязвимостью по сравнению с мужчинами, а также большей готовностью женщин обращаться за медицинской помощью и сообщать врачам о своих негативных эмоциях.

Вывод. Таким образом, астения, тревожные и депрессивные расстройства, а также нарушения сна практически неизбежно встречаются у пациентов с ХИМ, особенно у женщин. Высокая распространенность этих клинических синдромов среди больных с ХИМ, их определенная патогенетическая связь с морфологическими изменениями в мозге и переживаемыми пациентами психогенными факторами позволяет рассматривать их как коморбидные к ведущим (когнитивным и статико-локомоторным) проявлениям данного заболевания.

Висягин А.В., Пацкань И.И., Стрельченко Ю.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕТАЛЬНЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН

Цель. Изучить влияние трансплантации фетальных аллофибробластов на динамику клеточных и тканевых изменений в процессе репарации ран.

Материалы и методы. Изучены биоптаты гранулирующих ран 343 пациентов с 2014 по 2020 гг с распространенными глубокими поражениями, взятые во время проведения этапов оперативного лечения с трансплантацией аллофибробластов или без.

Сравнительное морфологическое и морфометрическое изучение проведено с использованием общегистологических, гистохимических, иммуногистохимических и морфометрических методик. Препараты сутки фиксировали в 10% забуференном формалине (рН 7,6), заливали в парафин при температуре до 60°C на станции Leica EG 1140 Н/С по стандартной методике. Гистологические срезы толщиной 4 мкм изготавливали на ротационном микротоме HM325 с системой перенесения срезов STS (Carl Zeiss), окрашивали гематоксилином и эозином, толуидиновым-синим при рН 2,6 и 5,3 и по Ван Гизону, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой, проводили окрашивание по Маллори на выявление коллагена.

Результаты исследования и обсуждение. В биоптатах из ран группы с трансплантацией аллофибробластов отмечены признаки активации репаративных процессов виде пролиферации фибробластических элементов уже на 4 сутки. Выявлено как разрастание молодой грануляционной ткани, так и неоваскуляризация в участках зрелой соединительной ткани с пролиферирующими вокруг перицитами и фибробластами с наличием в цитоплазме миофиламентов. В ходе сравнительного анализа удельной площади грануляционной ткани установлено: в основной группе количество фибробластов в 1,96 раза превышает показатель в группе сравнения ($p=0,016$).

Отличия между группами в динамике смены клеточных популяций нейтрофильных гранулоцитов, макрофагов, фибробластов в ранах заключались в соотношении сроков их появления или исчезновения в единице объема ткани. На 4 сутки удельный вес нейтрофильных гранулоцитов в группе сравнения был выше ($p<0,005$), а в основной группе превалировали макрофаги. Со второй недели в обеих группах снижение ПЯЛ, синхронное увеличение Т-хелперов и снижение Т-супрессоров, рост макрофагов и фибробластов в группе с аллофибробластами. К 12 суткам в обеих группах содержание нейтрофильных гранулоцитов снижается: в группе сравнения – до $84,7\pm 2,3\%$ и в группе с аллофибробластами – до $54,5\pm 1,9\%$ по отношению к их удельному весу в тканях на 4 сутки. Выявлено укорочение нейтрофильной и макрофагальной фаз в основной группе, где пик удельного веса макрофагов зафиксирован к началу второй недели, что отражает раннее и быстрое развитие пролиферативной фазы раневого процесса. При анализе иммунокомпетентных клеток в группе сравнения выявлен медленный рост Т-хелперов, что указывает на возможный переход в хронический процесс.

Таким образом, снижение нейтрофильной инфильтрации грануляционной ткани, активная пролиферация элементов макрофагального и фибробластического ряда в основной группе свидетельствует об активности репарации, быстрой и ранней смене фаз раневого процесса. В группе сравнения происходило медленное очищение раны, хронизация воспаления, начало формирования грубой соединительной ткани лишь на 8-12 сутки.

Выводы. В группе больных, которым в ходе комплексного лечения выполнялась трансплантация фетальных аллофибробластов, при микроскопическом исследовании биоптатов наблюдалось быстрое увеличение числа фибробластов, функционально активных макрофагов, раннее формирование полноценной грануляционной ткани и впоследствии грубой соединительной ткани, усиление процессов репарации и уменьшение воспаления, что способствовало раннему и эффективному заживлению ран. Таким образом, была подтверждена эффективность трансплантации аллофибробластов как способа наиболее раннего закрытия ран после хирургической обработки, когда нет уверенности в радикальности ее выполнения.

Витрищак С.В., Жук С.В., Тищенко Н.С., Клименко К.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ (СВО)

С 2003 года 10 сентября отмечается Всемирный день предотвращения самоубийств (ВДПС) по инициативе Международной ассоциации по предотвращению самоубийств и под патронажем Всемирной организации здравоохранения. Суицид — одна из ведущих причин смерти среди людей 15–44 лет, за последние 45 лет уровень самоубийств увеличился на 60%. Суицидальная активность часто связана с социальными и экономическими кризисами, такими как, например, возведение Берлинской стены, что спровоцировало резкий рост суицидов в Восточном Берлине и др. Экономические потрясения и стрессовые факторы также играют важную роль в развитии депрессий и суицидальных наклонностей.

В российской системе образования важно не только обучать студентов, но и поддерживать их психоэмоциональное здоровье. В 2017 году была разработана концепция психологической службы в образовании, отмечая рост психических расстройств среди молодежи, включая депрессии и зависимости.

В Луганской Народной Республике, в связи с проведением специальной военной операции (СВО) как и в других регионах проживающих социальные катаклизмы, также отмечается высокая суицидальная активность населения. В связи с этим создание анонимной психологической службы при университете (АНОПС) становится важным шагом для помощи студентам, преподавателям и сотрудникам. Цели АНОПС: психологическая поддержка студентов и сотрудников в трудных ситуациях, помощь в коррекции агрессии, тревожности, суицидальных наклонностей; профилактика психоэмоциональных проблем, таких как стрессы, зависимости и суицидальные наклонности; социальная адаптация студентов, развитие личностных качеств, уверенности в себе; пропаганда здорового образа жизни и устойчивых психологических практик; оценка психологического климата в коллективе и рекомендации руководству университета.

Для обоснования создания АНОПС в университете был проведен ряд исследований, включая использование Копинг-теста и опросников для диагностики суицидального риска. Результаты показали, что 59,2% студентов находятся в пограничном состоянии адаптации, что подтверждает необходимость дополнительных мер психологической поддержки. Суицидальные намерения были выявлены у 20% студентов 1 курса и 12% студентов 3 курса.

Анкетирование студентов показало высокий интерес к созданию психологической службы, с более чем 50% студентов, поддерживающих эту инициативу, особенно среди девушек. Большинство студентов выражают потребность в психологической помощи и поддержке.

Создание психологической службы требует привлечения квалифицированных специалистов, обеспечения комфортных и конфиденциальных рабочих помещений и использования научных методов диагностики и коррекции психоэмоциональных состояний. Эффективность работы службы будет оцениваться через тесты, анкетирования и мониторинг обращений студентов за помощью.

Таким образом, наши труды не прошли даром и с 01.09.2024г в ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России была создана Анонимная Психологическая служба, с целью обеспечения психологического здоровья студентов, улучшения образовательного процесса и предотвращения суицидальных наклонностей и психоэмоциональных расстройств.

Вишневская С.И., Чернявский А.А., Стефанов Г.М., Морозов Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Введение: Послеоперационная фибрилляция предсердий (ПОФП) является наиболее распространенной аритмией после кардиохирургических вмешательств с экстракорпоральным кровообращением. На данный момент разработаны схемы лечения ПОФП, но профилактика ее развития остается актуальной проблемой. Это связано с повышением риска развития кардиоэмболического инсульта и смерти в послеоперационном периоде, продлением сроков пребывания в стационаре и отделении реанимации.

Цель исследования: Проанализировать предложенные методы профилактики с точки зрения патогенетического подхода к возникновению ПОФП.

Материалы и методы исследования: В ходе ознакомления с темой был проведен анализ основных рандомизированных клинических исследований, метаанализов и систематических обзоров по профилактике послеоперационной фибрилляции предсердий, опубликованных в электронной базе Pubmed, датированных с 2019 по 2024 годы.

Результаты исследования: Современные теории патогенеза послеоперационной фибрилляции предсердий включают в себя следующие аспекты: структурные повреждения миокарда предсердий, отек и воспаление вследствие канюляции, перикардальный выпот, разобщение щелевых контактов кардиомиоцитов, изменение метаболической активности периатриальной жировой ткани, ишемию, модификации ионных каналов, автономную нейромодуляцию, формирование источников эктопической активности в устьях легочных вен. Инъекции ботулотоксина в периатриальную жировую ткань животных препятствовали индукции фибрилляции предсердий за счет парасимпатической активации и могут быть связаны со снижением частоты ПОФП у кардиохирургических пациентов. Применение ландиолола (ультракороткодействующего кардиоселективного β_1 -адреноблокатора) по результатам небольших клинических испытаний (< 200 пациентов) привело к сокращению случаев развития ПОФП. Применение статинов в периоперационном периоде аортокоронарного шунтирования (АКШ) показало положительные результаты как при долгосрочном, так и краткосрочном приеме. Были получены убедительные доказательства в пользу кратковременной терапии колхицином после клапанных вмешательств и АКШ с противовоспалительной целью. Доказано, что периоперационное введение N-ацетилцистеина (N-АЦ) связано с более низкой частотой ПОФП у пациентов, перенесших АКШ, что обусловлено редукцией окислительного стресса в миокарде. Необходимо проведение дальнейших исследований для улучшения понимания эффективности и безопасности, установления оптимальной дозировки N-АЦ. Среди хирургических методов профилактики применяется задняя перикардиотомия, целью которой является дренирование жидкости из полости перикарда в раннем послеоперационном периоде, что имеет патогенетическое значение в предотвращении ПОФП. Сокращение времени ишемии миокарда при использовании аппарата искусственного кровообращения является одной из основных мер профилактики послеоперационных осложнений в кардиохирургии, в частности ПОФП.

Выводы: Современные подходы к профилактике ПОФП разрабатываются на основании актуальных теорий патогенеза данного вида аритмии. Некоторые методы требуют проведения более крупных рандомизированных клинических исследований в будущем, что не исключает дальнейший поиск оптимальных схем профилактики, которые могут включать как медикаментозные, так и хирургические аспекты.

*Вишняк Д.А., Джафарова Н.М., Урманцева Н.Р., Куликов Е.Д., Матвеева А.М.,
Фроленкова Л.А., Палюшкевич А.С., Гирфанова Э.О.*

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

БУ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В БЛИЖАЙШИЕ 3 ГОДА

Сегодня отмечен тренд роста числа переломов как во всем мире, так и в России. 112 тыс. случаев составляет частота переломов проксимального отдела бедренной кости в России. Переломы являются одним из ведущих осложнений хронической болезни почек (ХБП) и встречаются чаще, чем в общей популяции. На 15,0, 20,5, 24,2, 31,2 и 46,3 на 1000 человеко-лет увеличивается частота переломов при ХБП 1-2, 3а, 3б и 4 стадиях, соответственно. В 5 раз выше риск переломов у лиц с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) <15 по сравнению с >60 мл/мин на 1,73 м². У пациентов с ХБП старше 65 лет наблюдается особенно высокая частота переломов. В 4 раза выше частота переломов бедра у пациентов, находящихся на диализе, чем среди населения в целом. Причиной такой частоты переломов является остеопороз, нефрогенная остео дистрофия, требующие медикаментозной коррекции и ранней верификации. Имеющиеся возможности диагностики состояний, способных приводить к переломам, обладают по отдельности невысокой специфичностью и чувствительностью, а также прогнозируют переломы только через 10 лет. Организация медицинской помощи пациентам с ХБП должна заключаться в выявлении групп высокого риска переломов, ранней предиктивной диагностике и назначении соответствующего лечения, направленного на предотвращение будущих переломов, а также на профилактику заболевания и минимизацию прямых и косвенных затрат на ведение данных групп пациентов. Если необходимые усилия не будут предприняты, в ближайшие годы страну ожидает рост числа пациентов, в том числе при ХБП, с низкоэнергетическими переломами. Наибольшее внимание следует уделять предиктивной диагностике, что соответствует современным концепциям медицины 5П. Для осуществления ранней персонифицированной верификации МКН-ХБП при ХБП в ближайшие 3 года необходимо создание универсального скринингового инструмента – калькулятора для оценки риска развития переломов в ближайшие 3 года «OSTEOKIDNEY». Система должна включать в себя анализ данных пациентов ХБП: данные анамнеза (лекарственные препараты, сопутствующие заболевания, наличие предшествующего перелома, наличие перелома бедра у родителей, курение, употребление алкоголя, прием пероральных глюкокортикоидов, наличие ревматоидного артрита, наличие причин для развития вторичного остеопороза), данные лабораторного обследования, T-критерий по данным остеоденситометрии. В проектируемой системе предполагается использование СУБД PostgreSQL как самой универсальной базы данных на сегодняшний день. Для связи приложения и базы данных будут использоваться библиотеки типа ORM. Такая система позволит своевременно диагностировать и корректировать минерально-костные нарушения, что в свою очередь поможет снизить частоту переломов у больных с ХБП на 30%, сократить расходы на ведение пациентов с переломами в 2 раза, уменьшить показатели летальности пациентов с ХБП менее 12% (включая пациентов, получающих заместительную почечную терапию).

Власенко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕХАНИЗМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У ПАТОГЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ

Штаммы кишечной палочки с множественной лекарственной устойчивостью были созданы благодаря врождённой способности этой бактерии поглощать генетический материал других видов бактерий на заре эры антибиотиков. По мере того, как использовалось всё больше антибиотиков, первичные устойчивые штаммы продолжали подвергаться селективному давлению, и были отобраны новые устойчивые штаммы, которые приобрели устойчивость к антибиотикам в результате горизонтального переноса генов или спонтанных мутаций.

Цель. Провести обзор последних исследований лежащих в основе изменений в устойчивых к антибиотикам штаммов патогенных форм кишечной палочки.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен поиск литературных источников, в электронных научных базах PubMed, Scopus, Google Scholar, Embase, eLibrary, на основании этого произведена обработка информации и ее анализ.

Результаты. В качестве важнейшей стратегии выживания кишечная палочка использует образование биоплёнок. В качестве фактора вирулентности биоплёнка позволяет микроорганизму прикрепляться к различным поверхностям и образовывать крошечные колонии. Наличие генов *groS*, *sdiA* и *gcsA* (связанные с биопленками), играют важную роль в формировании устойчивости к антибиотикам, наличие адгезинов: *FimH* и *MrkD*, связано с развитием биоплёнок. Было изучено воздействие различных антибиотиков на биоплёнку *E. coli*, в том числе амикацина, цефалоспоринов, цефтазидима, цефоперазона, цефепима, ципрофлоксацина, гентамицина, меропенема. Эти результаты показывают, что популяции бактерий не выживают в свободном состоянии, но выживают в биоплёнке. Кишечная палочка, образовав биопленку, при воздействии антибиотиков ампициллина показала самый высокий уровень устойчивости, за ним следует тетрациклин (уровни устойчивости 74,6% и 64,9% соответственно). Согласно недавнему исследованию, проведённому в Иране, из 107 штаммов уропатогенной кишечной палочки, среди образующих биоплёнку, 50% имели положительный результат теста на наличие гена *b*-лактамазы, а 40% — гена карбапенемазы. Следует учитывать и механизмы резистентности, за счет работы насосов для выведения токсинов и мутации бета-цилиндрических белков, пересекающих клеточную мембрану, обеспечивающих устойчивость к широкому спектру антибиотиков, включая фторхинолоны и аминогликозиды. Адаптивные стратегии, используемые кишечной палочкой: образование биоплёнок, формирование персистирующих клеток и работа системы адаптивного иммунитета, чтобы противостоять воздействию антибиотиков

Выводы. Значительным фактором в формировании и распространении устойчивости к антибиотикам среди грамотрицательных бактерий является беспрецедентное их использование в медицине, животноводстве, аквакультуре и сельском хозяйстве. Понимание сложности механизмов устойчивости к антибиотикам у *E. coli* имеет решающее значение для разработки эффективных стратегий борьбы. Обзор этих механизмов расширит возможности для разработки инновационных терапевтических подходов и внедрения разумных методов управления при приеме антибиотиков, для сохранения эффективности существующих антибиотиков и обеспечения устойчивого будущего здравоохранения. Формирование резистентности у патогенных форм кишечной палочки создает необходимость в дополнительных исследованиях механизмов устойчивости.

Волкова А.О., Цыбусов А.П., Фомичева Т.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ АБОРТОВ

Актуальность темы: несмотря на реализацию различных демографических программ для повышения рождаемости, прерывание беременности «по желанию» представляет собой серьезную проблему для демографии и социального благополучия.

Цель: анализ причин, приводящих к высокой частоте аборт.

Материалы и методы: проведен анализ данных социологического исследования с использованием анкетирования среди 250 женщин Республики Мордовия о причинах искусственных абортов.

Результаты: 100 (40 %) респонденток имели среднее специальное образование, 75 (30 %) – высшее образование. Средний возраст респонденток составил 25 ± 5 лет. 130 (52 %) женщин имели одного ребенка. 150 (60 %) респонденток находились в браке или сожительстве.

Половина женщин, подвергшихся аборту, указали финансовые трудности в качестве причины при принятии решения о продолжении беременности. Не адаптированы к материнству 75 (30%) женщин, по настоянию партнера выполнены 50 (20 %) абортов.

Большинство (60 %) имели доступ к информации о методах контрацепции, 100 (40 %) из них не получили полной осведомленности о возможных последствиях аборта. Трудности с выбором метода контрацепции испытывали 100 (40 %) респонденток, а 38 (15 %) женщин не имели доступа к желаемым методам контрацепции.

Заключение: финансовые трудности, неготовность к материнству и влияние партнера, недостаточная осведомленность о методах контрацепции основа препятствия при принятии женщинами осознанных решений касательно репродуктивного выбора.

Волосник А.С.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ АУРИКУЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЕВУШЕК 19-20 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. На данном этапе развития современной науки очевидным преимуществом среди зарубежных авторов пользуются исследования, посвященные индивидуальным морфологическим характеристикам ушной раковины (УР) человека. Однако, среди отечественных морфологов УР, как объект исследования, рассматривается крайне редко, а если такие исследования и проводятся, то они носят характер изучения только линейных характеристик данной анатомической структуры. Корреляционный анализ параметров аурикулометрии позволяет определить силу связи между отдельными параметрами УР человека.

Цель. Определить силу корреляционных связей между некоторыми показателями аурикулометрии девушек, проживающих в Луганской Народной Республике.

Материалы и методы. После предварительно полученного письменного информированного согласия в исследовании приняли участие 140 девушек в возрасте 19-20 лет, постоянно проживающих на территории Луганской Народной Республики. Были получены фотоснимки правой и левой УР с расстояния 45 см, голова исследуемого при этом была ориентирована во франкфуртской горизонтали. После этого файлы в формате jpeg перенесены в программу ImageJ 1.46г, с помощью которой были получены аурикулометрические параметры. Для проведения корреляционного анализа были выбраны следующие параметры УР: физиономическая длина и физиономическая ширина УР, а также высота раковины и глубина межкозелковой вырезки. Все вышеуказанные параметры определены как для правой, так и для левой УР. Последующий корреляционный анализ данных с определением коэффициента корреляции Пирсона выполнен в программе «SPSS 26». Критический уровень значимости коэффициента корреляции определен на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Корреляционная связь между физиономической длиной и физиономической шириной правой УР определена как прямая и сильная ($r=0,98$; $p < 0,001$), физиономической длиной и высотой раковины - прямая, умеренная ($r=0,61$; $p=0,011$), равно как и связь между высотой раковины и глубиной межкозелковой вырезки УР ($r=0,38$; $p=0,137$). Слева во всех трех случаях прослеживается прямая, и сильная корреляционная связь между параметрами физиономической длины, физиономической ширины, высотой раковины и глубиной межкозелковой вырезки ($r=0,91$; $p=0,011$), ($r=0,94$; $p=0,030$), ($r=0,94$; $p=0,019$) соответственно.

Выводы. На основании результатов проведенного корреляционного анализа параметров аурикулометрии определено, что в подавляющем большинстве случаев прослеживается прямая и сильная связь между данными параметрами как со стороны правой, так и левой УР. Так, с увеличением значения показателя физиономической длины УР наблюдается рост показателя ее физиономической ширины, а также высоты раковины и глубины межкозелковой вырезки. Исключение составляют лишь связи между физиономической длиной правой УР и высотой её раковины, а также высотой раковины и глубиной межкозелковой вырезки, которые определены как прямые и умеренные.

Волошина Д.В., Волошин В.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ПРЯМОЙ КРАНИОМЕТРИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ФОТОГРАММЕТРИИ

Актуальность. В современных условиях морфологические исследования, в том числе и изучение параметров краниометрии, характеризуются совершенствованием методов измерений и обработки полученных данных. В связи с этим в настоящее время широко применяются методы фотограмметрии, позволяющие получить значения морфометрических параметров на основе цифровых изображений анатомических объектов с использованием соответствующих компьютерных программ. В ранее проведенных исследованиях (С.А. Дубина, О.К. Зенин) уже был осуществлен сравнительный анализ точности фотограмметрии лицевого черепа с использованием прикладных программ Mathmask и Faceanalyser, который показал, что краниометрические исследования могут проводиться с использованием вышеуказанных приложений. В связи с тем, что в настоящее время для морфометрии анатомических объектов применяется достаточно широкий спектр компьютерных приложений, возникает необходимость определения точности результатов, полученных при их использовании.

Цель. Изучить различия между результатами прямой краниометрии и данными, полученными при применении метода фотограмметрии с использованием программы ImageJ.

Материал и методы. Работа выполнена на 40 непаспортизированных черепах взрослых людей из коллекции музея кафедры анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России. Изучали расстояния между зигион ($zy-zy$), подглазничными отверстиями ($io-io$) и наибольшую ширину грушевидной апертуры ($nl-nl$). Первая серия измерений проведена с использованием штангенциркуля с цифровой индикацией (с точностью до 0,01 мм). Вторая серия измерений осуществлялась путем фотограмметрии на цифровых изображениях лицевого отдела черепа с использованием приложения ImageJ. Первичные данные подвергались статистической обработке в среде программирования R. Получали данные описательной статистики – среднее значение, стандартное отклонение, максимальное и минимальное значение изучаемого параметра. Соответствие распределения полученных данных в выборке закону нормального распределения проводили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Проверку однородности дисперсий сравниваемых параметров осуществляли с использованием критерия Брауна-Форсайта. Сравнение средних значений изучаемых параметров проводили с использованием двухвыборочного теста Стьюдента, критический уровень значимости которого определен на уровне 0,05.

Результаты. В результате обработки значений $zy-zy$, полученных при прямой краниометрии, установлено, что критерий Шапиро-Уилка составил 0,987 ($p=0,506$). В серии измерений $zy-zy$, проведенных с применением метода фотограмметрии, получены аналогичные результаты. При этом установленный уровень значимости критерия Брауна-Форсайта ($p=0,448$) указывает на однородность дисперсий сравниваемых параметров, что позволило применить для сравнения средних значений $zy-zy$ тест Стьюдента. Последний позволил подтвердить нулевую гипотезу об отсутствии статистически значимых отличий между результатами, полученными в первой и второй сериях измерений. Альтернативная гипотеза о наличии различий также была отвергнута при сравнении средних значений размеров $io-io$ и $nl-nl$.

Вывод. В результате проведенного исследования подтверждена нулевая гипотеза об отсутствии статистически значимых отличий между результатами прямой краниометрии и данными, полученными при применении метода фотограмметрии с использованием программы ImageJ.

Волошина И.С.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА» В ФГБОУ ВО ЛГМУ ИМ. СВТ. ЛУКИ МИНЗДРАВА РОССИИ

Современный этап развития системы высшего профессионального образования основан на образовательной модели подготовки специалистов на основе компетентностно-ориентированного подхода, который подразумевает, что результатом образовательного процесса должен стать не комплекс заученных знаний и навыков, а развитые компетенции выпускника вуза в различных сферах. Особая роль возлагается на разработку новых технологий организации самостоятельной работы студентов (срс), т.о. количество часов аудиторной контактной работы в учебных планах уменьшается.

Цель и задачи изучения лучевой диагностики заключаются в формировании системы компетенций для усвоения студентами 3-го курса медицинского университета основных разделов общей рентгенодиагностики, радионуклидного, томографического и ультразвукового исследований в мире современного состояния и практике здравоохранения.

Основное внимание уделяется изучению основных методов лучевого обследования (рентгенологического, МСКТ, ультразвукового, радионуклидного, МРТ), показаний и диагностических возможностей, методики анализа полученных результатов, а также общей лучевой семиотики заболеваний различных органов и систем.

Кроме того, задачами дисциплины являются: развитие у обучающихся творческого мышления и приобретения практических навыков по диагностике симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и систем; умение, на основании анамнеза и клинической картины болезни, определять показания и противопоказания к лучевому методу исследования; умение распознавать изображение органов и анатомических структур и определять с помощью какого метода лучевой диагностики получено изображение; умение правильно анализировать патологические изменения на диагностических изображениях.

Комплекс учебно-методических материалов кафедры представлен учебниками, учебными и учебно-методическими пособиями, презентациями лекций, учебно-методическими разработками для преподавателей и студентов. Технические и электронные средства обучения, а также справочные и дополнительные материалы включают в себя видеофильмы, нормативные материалы, глоссарий (список терминов и их определение), рентгеноанатомические атласы, ссылки в сети Интернет на источники информации основных радиологических порталов/сайтов для самостоятельной работы студента и углубленного изучения дисциплины. Оценивание результатов обучения обеспечивается интегральным применением традиционных и инновационных методов и средств оценки учебных достижений, включая материалы, устанавливающие содержание и порядок проведения текущих и промежуточных аттестаций (вопросы и контрольные задания текущего контроля знаний, тесты текущего контроля и итогового контроля знаний, типовые и индивидуальные задания, ситуационные задачи, наборы лучевых диагностических изображений для занятий и самостоятельной работы студента). Практические занятия со студентами проводятся в специально оборудованных учебных комнатах, а также кабинетах лучевой диагностики ГБУЗ ЛНР.

Безусловно, применение практико-ориентированного комплекса учебных и учебно-методических пособий способствует более полному восприятию у студентов учебного материала, приобретению практических навыков на основе теоретических знаний и позволяет обеспечить реализацию компетентностной модели подготовки специалистов. Однако, лучевая диагностика - это клиническая дисциплина, которая стремительно развивается, что подтверждается постоянным усовершенствованием уже существующих методов и развитием абсолютно новых, что обязательно должно быть отражено в учебной программе. Поэтому, количество аудиторных контактных часов должно увеличиваться, ровно как, и контролируемая самостоятельная работа студента.

Волошина И.С., Волошин В.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЧИВОСТЬ ФОРМЫ ТИМУСА БЕЛЫХ КРЫС

Актуальность. В настоящее время в морфологических исследованиях активно развиваться метод геометрической морфометрии (ГМ) как подход к сравнению форм анатомических объектов, объединяющий метод визуализации формы органа с определением размеров последнего. Метод ГМ представляет собой совокупность алгебраических методов многомерного анализа координат меток, в совокупности описывающих конфигурацию морфологических образований. Геометрический подход данного метода нацелен на сравнение форм анатомических объектов как таковых. Информация о форме объекта извлекается с помощью процедуры прокрустового совмещения, которое устраняет изменения в размерах, положении и ориентации из данных о координатах ориентира.

Цель. Изучить изменчивость формы тимуса крыс с помощью методов ГМ.

Материал и методы. Работа выполнена на 36 белых крысах-самцах с массой тела 90–110 г. Животных получали из вивария ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки. Декапитацию крыс осуществляли под эфирным наркозом. Забор тимуса проводился в соответствии с общепринятыми методиками. Тимусы фотографировались, после чего с помощью программы tpsUtil 1.76 были получены файлы изображений органов с расширением tps. На оцифрованных изображениях с помощью экранного дигитайзера tpsDig2 2.31 по контуру изображения органа были нанесены 8 меток, соответствующих наиболее выступающим точкам периметра каждой доли тимуса. Установлено, что при повторной расстановке меток на изображениях тимуса возникающая ошибка незначительна. Это позволяет использовать метки в качестве точек, регистрирующих форму тимуса. По контуру изображения тимуса между указанными выше метками расставлялось 86 полуметок. С помощью программы tpsUtil 1.76 указанные полуметки были преобразованы в метки. Таким образом, общее количество меток составило 94. Для характеристики изменчивости размеров органов определялись их центры тяжести (квадратный корень из суммы квадратов расстояний от центра тимуса до каждой из меток). Процедура суперимпозиции конфигураций меток выполнялась с применением программы MorphoJ 1.06d. Определялись прокрустовы координаты, характеризующие изменчивость формы тимуса. Критический уровень значимости всех вышеупомянутых критериев определен на уровне 0,05.

Результаты. По набору переменных формы тимуса животных установлены главные компоненты формы, которые характеризуют относительные деформации и могут рассматриваться как значимые. Определены 5 главных компонент, которые объясняют 84,663% дисперсии. Первая главная компонента объясняет 43,060% дисперсии формы тимуса и демонстрирует минимальное смещение меток №№ 52–61. Более выраженными являются смещения меток, расположенных в области верхушек долей тимуса, в каудальном направлении. На положительном конце оси первой главной компоненты деформационная решетка демонстрирует изменение формы тимуса, которое характеризуется уменьшением поперечных размеров и увеличением продольных. Основные изменения формы тимуса вдоль второй главной компоненты затрагивают участок в основании тимуса, а также участок контура левой доли от 9-й до 25-й метки. Таким образом, на положительном конце оси второй главной компоненты наряду с увеличением кривизны контура тимуса в его основании имеет место сглаживание кривой между метками 2 и 3. Третья, четвертая и пятая главные компоненты объясняют соответственно 11,224%, 7,831% и 6,758% изменчивости формы тимуса.

Вывод. Методы геометрической морфометрии позволяют установить изменчивость формы тимуса белых крыс, что наилучшим образом определяется при визуализации результатов исследования.

Волошинская Л.В., Москалевская С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ И СНЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Актуальность. В современном мире все больше людей страдает от психологического напряжения и эмоционального дисбаланса, что негативно влияет на их общее благополучие и качество жизни. Управление эмоциями и снятие напряжения являются важными задачами психологии и психотерапии. Гештальт-терапия становится все более актуальной, так как ее методы и подходы позволяют достичь эмоциональной и психологической гармонии.

Цель. Изучить эффективность гештальт-терапии в качестве инструмента регуляции эмоций и снятия психологического напряжения. Проанализировать основные принципы и техники гештальт-терапии, связанные с регуляцией эмоций и снятием психологического напряжения.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы по гештальт-терапии и ее применению в работе с эмоциями и психологическим напряжением.

Результаты. Гештальт-терапия — это направление в психотерапии, которое акцентирует внимание на изучении и понимании целостности человеческого опыта и развитии личности, разработанное немецким психотерапевтом Перлзом. Гештальт-терапия считается наиболее эффективным методом лечения для людей с ограниченным функционированием, вызванным наличием «внутренних блоков». Перлз утверждал, что осознание человеком своего поведения в настоящем времени более важно для изменения, чем понимание причин этого поведения. Поведение человека обусловлено не инстинктами, а незавершенными ситуациями или неудовлетворенными потребностями, которые он воспринимает как «гештальты». Основной принцип гештальт-терапии заключается в рассмотрении человека как целостного субъекта. Социум создает различные модели поведения, и человек, чтобы соответствовать обществу, отказывается от своих потребностей и чувств, играя роль, которая не соответствует его подлинной личности. В понимании гештальт-терапии пациентом является человек, который хронически препятствует самому себе в удовлетворении собственных потребностей и достижении своих целей, не делает то, что для него важно. Состояние такого пациента следующее: он мечется между воспоминаниями прошлого и возможным будущим. Сознание его заполнено мыслями с оценкой самого себя и окружающего мира, что замедляет установление контакта с действительностью. Такой человек пребывает в состоянии экзистенциального кризиса, ощущая, что его желания не исполняются, цели не достигаются, и его жизнь лишена смысла. Основополагающая идея гештальт-терапии отражена в цитате Перлза: «Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься». А фундаментальным методом является проведение индивидуальных или групповых бесед, в которых пациенты рассказывают о своих проблемах, недомоганиях, о прошлых событиях, о себе, о других людях. Важно не «почему» происходит то или иное действие, а «как» оно происходит. В практике гештальт-терапии применяются: 1. Анализ сновидений. Сновидения рассматриваются как проекция личности, где различные элементы представляют отчужденные части себя. Пациент ведет диалог с различными персонажами своего сновидения, а затем анализирует свою роль в этом сне, взаимодействие с другими персонажами и объектами. 2. Работа с речью. Внимание уделяется высказываниям от первого лица, позволяющим выразить свое мнение, позицию и взять ответственность за свои мысли и чувства, помогая избежать проецирования собственных переживаний на других. 3. Развитие экспрессии и воображения. Эта методика помогает обращаться к своему внутреннему миру, интегрировать различные части себя и выразить их через творческие задачи. 4. Развитие самосознания и осознанности.

Выводы: Анализ научной литературы и проведенного исследования показал, что гештальт-терапия является ценным и эффективным инструментом для регуляции эмоций и снятия психологического напряжения. Ее методы и техники позволяют пациентам осознать и принять свои эмоции, а также научиться управлять ими. Использование гештальт-терапии может значительно повысить качество жизни людей, страдающих от эмоционального дисбаланса и психологического напряжения.

Ворожко А.А., Майлян Э.А., Клемин В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДИКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ

Из всего перечня ортопедической помощи доля съёмного протезирования составляет до 80 %. По данным отдельных авторов, в 72-80% случаях для изготовления съёмных зубных протезов используют акриловые полимеры, главными преимуществами которых являются доступность, дешевизна, технологичность и простота изготовления. Вместе с тем необходимо отметить, что на акриловые базисные полимеры, так же как и на безакриловые материалы, могут развиваться протезные стоматиты, среди которых наибольшей актуальностью характеризуются воспалительные реакции аллергического генеза.

Цель исследования. Изучить частоту возникновения и клинические проявления стоматитов у пациентов после протезирования акриловыми полимерами и установить клинико-anamnestическую методику предварительного прогноза их развития.

Материал и методы.

Обследовано 54 пациента в возрасте от 42 до 88 лет. Медиана возраста (Me) и интерквартильный размах (Q1-Q3) составили соответственно 62,0 года и 56,0-70,0 лет. Среди обследованных лиц было 38 женщин и 16 мужчин. Все пациенты нуждались в установке частичных съёмных протезов. Они имели дефекты зубных рядов I, II, III, IV классов по Кеннеди. Противопоказания к протезированию отсутствовали. Протезы готовились из акрилового полимера «Белакрил-М ГО» («Владмива», Россия), согласно стандартной методики изготовления. Пациенты дважды проходили клинико-anamnestическое обследование (до и спустя 1 месяц после установки протеза). При клиническом исследовании использовали анкету, разработанную исходя из установленных и предполагаемых факторов риска развития протезных стоматитов, аллергических реакций. При помощи структурированного вопросника выяснялиanamnestические данные пациентов: наличие профессиональных вредностей (контакты с химическими аллергенами, лекарствами, красителями, полимерами и т.д.), вредных привычек (курение, прием алкоголя). Особое внимание уделялось наличию и характеристике аллергической патологии (атопический дерматит, поллиноз, аллергическая крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок, бронхиальная астма и т.д.) у пациентов и их ближайших родственников. Помимо вышеуказанного исследовалось наличие сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая и эндокринная патология, заболевания органов желудочно-кишечного тракта, почек и т.д.).

Результаты и обсуждение.

Проведенными исследованиями установлено, что из 54 больных, которым были установлены съёмные протезы из акриловых полимеров, у 16 пациентов (29,6%) спустя 1 месяц наблюдения были выявлены симптомы стоматита. Основными клиническими проявлениями протезного стоматита были жалобы на дискомфорт в полости рта, болезненные ощущения, чувство жжения и покалывания слизистой полости рта (в 100 % случаев), сухости рта (в 50,0% случаев), нарушения чувствительности и изменения вкусовых ощущений (в 68,8% случаев), наличие гиперемии и отека слизистых рта (в 100,0% случаев). У 4-х из 16 лиц отмечались головные боли, нарушение сна. Два пациента при осмотре имели единичные точечные кровоизлияния слизистых. У 1-го пациента были установлены признаки обострения atopического дерматита. Подавляющее большинство пациентов (12 из 16) отмечало первые признаки стоматита, начиная с 7-15 дня после установки протеза. Не отличались ($p > 0,05$) больные протезным стоматитом от группы лиц, не имеющих осложнений после протезирования, также с наличием вредных привычек (алкоголь, курение), контактов на работе с химическими вредностями (полимеры, краски и т.д.), лекарственными препаратами. Кроме того, две выделенные группы пациентов (с и без протезных стоматитов) не отличались ($p > 0,05$) часто-

той выявления сопутствующей патологии – остеохондроза, хронической патологии желчного пузыря, поджелудочной железы, желудка, сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний, патологии щитовидной железы.). Вместе с тем, необходимо отметить, что среди больных, ответивших на протезирование развитием протезного стоматита, положительный аллергологический анамнез имели 8 пациентов (8 из 16), тогда как среди остальных – всего лишь 7 (7 из 38). Различие частот вышеуказанного показателя в двух группах достигало достоверного уровня ($p=0,042$).

Выводы. Таким образом, результаты выполненных исследований демонстрируют достаточно высокую частоту стоматитов (29,6%) спустя 1 месяц после установки частичных съемных пластиночных протезов из акриловых полимеров. Полученные данные согласуются с результатами аналогичных исследований, свидетельствующих о том, что аллергическая непереносимость протезных материалов с каждым годом растет и распространенность протезных стоматитов достигает 40,0%. Ряд признаков свидетельствует об аллергическом характере воспалительного процесса у 16 пациентов, имеющих протезный стоматит. В большинстве случаев симптомы воспаления слизистой ротовой полости у пациентов (у 12 из 16) появились на 7-15 день после протезирования. А это тот срок, который как раз и необходим для формирования у пациентов сенсibilизации к компонентам протеза. В пользу аллергической этиологии стоматита свидетельствуют и выявленные характерные клинические симптомы, а также установленная связь между развитием протезного стоматита и наличием у пациента аллергического заболевания.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Выхованец Т.А., Черняк А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА СОЧЕТАННОГО ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

В условиях планетарных климатических изменений, а также интенсивного техногенного загрязнения окружающей среды актуальной является проблема комплексного анализа воздействия этих факторов на организм человека с целью разработки эффективных профилактических мероприятий. Необходимой представляется разработка технологии оценки риска развития заболеваемости системы кровообращения у человека на основе изучения влияния климатических и химических детерминант на его организм. Цель исследований заключалась в разработке метода гигиенической оценки риска развития заболеваемости системы кровообращения на основе изучения комплексного влияния метеорологических и химических триггеров окружающей среды на организм человека. Научные исследования были выполнены на кафедрах медицинской физики, математики и информатики, а также гигиены и экологии имени проф. О.А. Ласткова ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в рамках научно-исследовательской работы за 2019-2023 г.г.

Научными исследованиями было установлено, что годовые и сезонные среднесуточные вариации температуры атмосферного воздуха, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления, а также загрязнение атмосферного различными химическими элементами приводят к нарушению процессов физиологической адаптации сердечно-сосудистой системы человека к факторам окружающей среды и способствовать развитию заболеваний системы кровообращения у жителей индустриального региона. Важной задачей является разработка методов позволяющего осуществлять прогнозирование риска развития заболеваний системы кровообращения. В качестве критерия нами предложено использовать показатель прогнозирования риска развития заболеваемости системы кровообращения (РРЗСК). Всего, в качестве изучаемых факторов были выбраны 66 показателей, которые были получены в результате проведенных исследований. Ниже представлено уравнение многофакторной модели прогнозирования показателя РРЗСК:

$$Y=0,638 \times C+0,003 \times T_{\text{ср.}}+0,186 \times T_{\text{ам.}}+0,144 \times H_{\text{ср.}}+0,315 \times Sp_{\text{ср.}}+2,611 \times P_{\text{ср.}}+0,024 \times \text{РЭЭТ}+0,073 \times C_{\text{СО}}-37,946 \times C_{\text{аммиак}}+8,824,$$

где Y – показатель РРЗСК; C – стандартизированный показатель среднемесячной высоты положения солнца над горизонтом; $T_{\text{ср.}}$ – среднесуточная температура атмосферного воздуха; $T_{\text{ам.}}$ – среднесуточная амплитуда изменений температуры атмосферного воздуха; $H_{\text{ср.}}$ – среднесуточная влажность атмосферного воздуха; $Sp_{\text{ср.}}$ – среднесуточная скорость движения атмосферного воздуха; $P_{\text{ср.}}$ – среднесуточное атмосферное давление; РЭЭТ – радиационно-эквивалентная эффективная температура; $C_{\text{СО}}$ – средняя концентрация оксида углерода в атмосферном воздухе; $C_{\text{аммиак}}$ – средняя концентрация паров аммиака в атмосферном воздухе.

Расчет и анализ динамики изменений показателя РРЗСК позволил осуществлять оперативное наблюдение за эффективностью профилактических мероприятий по снижению негативного воздействия факторов окружающей среды на человека в условиях индустриального региона. Если прогнозируемый абсолютный риск превышал критическое значение, которое составляло 17,9%, то в заключении ставилась оценка «высокий риск», если не превышал – «низкий риск».

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Алборова Е.В., Проконец В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГАОУ ВПО «Юго-Осетинский государственный университет им. А. А. Тибилова», Цхинвал,
Республика Южная Осетия

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

К факторам физической природы, которые могут оказывать существенное влияние на функциональное состояние (ФС) и состояние здоровья человека, относят геомагнитные бури (ГМБ). Важной практической задачей является оценка воздействия геомагнитных возмущений различной интенсивности на организм человека для определения риска развития патологических процессов с целью совершенствования уже имеющихся или разработке новых методов нелекарственной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследований заключалась в оценке влияния колебаний физических факторов окружающей среды (геомагнитных бурь) различной интенсивности на функциональное состояние человека и заболеваемость системы кровообращения населения.

Научные исследования были выполнены на кафедрах медицинской физики, математики и информатики, а также гигиены и экологии имени проф. О.А. Ласткова ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в рамках научно-исследовательской работы за 2019-2023 г.г. Проводилась оценка ФС и заболеваемости жителей города Донецка по данным амбулаторно-поликлинической службы в течение изучаемого периода времени представленных Министерством здравоохранения. Результаты исследования: в течение изучаемого периода времени наблюдалось 207 ГМБ с постепенным началом и различной интенсивностью (малой – 152, умеренной – 47, большой – 7 и очень большой – 1). Кроме этого, отмечалось 34 ГМБ с внезапным началом и интенсивностью (малой – 14, умеренной – 14, большой – 4 и очень большой – 2). Общее количество дней с ГМБ в течение изучаемого периода составило – 569, из них было 498 бурь с постепенным началом и 71 с внезапным началом. Была проведена оценка количества ГМБ различной интенсивности в разные периоды года. Наибольшее количество ГМБ с постепенным началом малой интенсивности наблюдалось в осенний период года и составило 42, а наименьшее отмечалось в весенний период года, которое составило – 31. Максимальное количество ГМБ с постепенным началом умеренной интенсивности, также отмечалось в осенний период года и составляло – 16, а наименьшее было в весенний период года – 8. При оценке количества ГМБ с внезапным началом было установлено, что наибольшее количество бурь малой интенсивности было в летний период года, которое составляло 7, а минимальное отмечалось в весенний период года и составляло – 2. Была проведена оценка ФС человека в период ГМБ. При оценке показателя УФС (уровня функционального состояния) исследованиями установлено, что в зимние месяцы (январь, февраль) и осенью (ноябрь) у испытуемых лиц отмечался «низкий уровень» ФС. В декабре этот показатель на 32,4%, а в ноябре на 10,% был ниже пограничных значений шкалы «низкого уровня» ФС. В этот же период отмечался рост заболеваемости гипертонической болезнью на 14% и инсультов на 16% в период ГМБ с постепенным началом. Таким образом, в результате исследований были выявлены определенные закономерности годовых и сезонных колебаний количества ГМБ с постепенным и внезапным началом и показателей солнечной активности. Установлено неблагоприятное влияние этих факторов на состояние здоровья жителей города Донецка. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплексных программ по профилактике заболеваний человека, обусловленных влиянием физических факторов окружающей среды.

Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА В СЛЮНЕ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Кортизол - стероидный гормон с небольшой молекулярной массой, который синтезируется в коре надпочечников и является главным глюкокортикоидным гормоном, участвующим в регуляции ответа организма на стресс, поддержании артериального давления, обмене белков, жиров и углеводов. Кортизол влияет на иммунную систему и воспалительные реакции в организме. Повышенный уровень кортизола может свидетельствовать о многих серьезных патологиях в организме. Избыток кортизола приводит к увеличению активности симпатического отдела нервной системы, повышению артериального давления, тахикардии, повышению уровня сахара крови, ожирению. Уровень гормона в слюне не зависит от ферментов и интенсивности слюновыделения. Кортизол выделяется надпочечниками циркадно с максимальной концентрацией ранним утром и самыми низкими показателями ночью. Исследование кортизола в слюне является неинвазивным диагностическим методом, который при соблюдении правил взятия материала обладает высокой информативностью и удобством в применении.

Целью работы явилось определение содержания кортизола в слюне в динамике до и после санаторно-курортного лечения с применением сухих углекислых ванн и чая из сбора «Антистресс».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 61 ребенок с синдромом вегетативной дисфункции в возрасте от 10 до 16 лет. Комплекс санаторно-курортного лечения включал адекватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение, сухие углекислые ванны и чай «Антистресс». Всем детям было проведено в динамике до и после санаторно-курортного лечения количественного определения кортизола в слюне методом иммуноферментного анализа с использованием набора для определения кортизола в слюне (Cortisol Saliva ELISA). Сбор слюны проводили в утренние часы после тщательного полоскания ротовой полости.

Результаты и обсуждения. После проведенного исследования оказалось, что до санаторно-курортного лечения содержание кортизола в слюне было повышено у 54% детей, у 46% больных он был в норме. По среднестатистическим показателям кортизол составлял 22,8 нг/мл, что несколько выше нормальных значений. После проведенного комплексного санаторно-курортного лечения уровень кортизола в слюне нормализовался у 66% детей, но сохранился повышенным у 34%. По среднестатистическим показателям содержание кортизола в слюне снизилось до нормальных величин (21,1 нг/мл).

Выводы. Таким образом, у детей с синдромом вегетативной дисфункции отмечался повышенный уровень кортизола в слюне при поступлении в санаторий. После комплексного санаторно-курортного лечения содержание кортизола нормализовалось по среднестатистическим показателям, и при индивидуальном анализе по группе на 12% снизилось число детей с повышенным количеством данного гормона в слюне.

Гавриляк В.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ

Стремительный рост технологических инноваций возродил интерес теоретиков и клиницистов к данному направлению – адаптационной медицине, о чем свидетельствуют работы ряда исследовательских групп отечественных (О.С.Глазачев, Т.В.Серебровская) и зарубежных ученых (Т.С.Bauer, Z.V.Braig, J.S.Brenner, C.N.Liang). С целью повышения адаптационного потенциала человека в клинической практике используют технологии, основанные на принципах адаптационной медицины, например: физические тренировки, интервальные гипоксические тренировки, естественную акклиматизацию, гипертермическое кондиционирование, локальную и дистантную ишемию-реперфузию, техники механо- и электростимуляции и ряд других. Механизмом инициации долговременных адаптивных механизмов в виде формирования структурного следа является эпигенетическая экспрессия определенных генов в клетках-мишенях (эндотелиальные клетки, сократительные кардиомиоциты) – геном-зависимые реакции, которые обеспечивают синтез белков, реализующих физиологическую адаптацию и кардиометаболическую выносливость, например, в условиях гипоксических тренировок. Это послужило основанием для дальнейшей разработки технологий ишемического кондиционирования, в частности, гипоксической тренировки и гипокситерапии.

Анализ адаптационных механизмов интервальной нормобарической гипоксической тренировки или гипоксической тренировки должен базироваться на изучении реакций функциональных систем организма, поддерживающих гомеостаз кислорода и устойчивый клеточный и тканевый метаболизм. Нейро-рефлекторные реакции дыхательной и сердечно-сосудистой системы – кардиореспираторная адаптация, являются ранними адаптационными реакциями на вдыхание газовой смеси со сниженным уровнем кислорода. Кислородная недостаточность газовой смеси приводит к гипервентиляции легких за счет углубления и учащения дыхательных экскурсий и вовлечения резервных альвеол с одновременным увеличением легочного кровотока. Выброс адаптивных гормонов симпатoadреналовой системы проявляется развитием тахикардии, повышением ударного объема и минутного объема крови, линейной и объемной скорости кровотока, увеличению выброса депонированной крови. При этом эндотелиальные клетки кровеносных сосудов обеспечивают обратную функциональную афферентацию, поступающую от рецепторов результата в высшие нервные центры. В ответ центральные отделы функциональной системы кислородного обеспечения организма вовлекают в общую деятельность по регуляции кардиореспираторной адаптации вегетативные, гуморальные, иммунные и поведенческие исполнительные механизмы. Результирующим ответом эндотелия на совокупное воздействие биомеханических сигналов (изменение кровотока, растяжение стенки сосуда), взаимодействие его рецепторов с широким спектром биологически активных веществ является специфический для конкретных условий комплекс вазодилататорных и вазоконстрикторных соединений, секретируемых эндотелиальными клетками. В итоге, эти реакции должны обеспечить оптимальное кровоснабжение органов и тканей в соответствии с их метаболическими потребностями при гипоксической тренировке, а также повышение резистентности (толерантности) тканей к недостатку кислорода.

Таким образом, результаты новейших исследований влияния интервальной нормобарической гипокситерапии на структурно-функциональное состояние эндотелия кровеносных сосудов свидетельствуют о возможности периодической гипоксии индуцировать множественные саногенетические механизмы – как центральные рефлекторные, так и локальные механизмы передачи дилататорного сигнала гладким миоцитам сосудистой стенки.

Галаева Я.Ю., Сидоренко И.А., Коньшева Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Нейрогормональная модель патогенеза сердечной недостаточности (СН) начала разрабатываться в 60-х годах XX века и получила значительное развитие в 80-90-х годах. Благодаря этому появились и новые лекарственные препараты, способные влиять на развитие СН и снижать смертность.

Успешно применяются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), которые не утратили своей актуальности. При непереносимости ИАПФ рекомендованы антагонисты рецепторов ангиотензина, которые способствуют снижению риска госпитализаций по поводу СН и риска ранней смерти у пациентов с низкой фракцией выброса (ФВ). Применение бета-блокаторов также остается основным направлением лечения и профилактики развития СН у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При непереносимости бета-блокаторов или недостаточном контроле ЧСС у пациентов с синусовым ритмом сохраненной или сниженной ФВ рекомендован блокатор If-каналов ивабрадин. Сердечные гликозиды (дигоксин) могут рассматриваться для снижения риска госпитализации по поводу СН и риска ранней смерти у пациентов с ФВ $\leq 45\%$ и дилатированным левым желудочком при сохранении симптомов СН. Гидралазин и изосорбида динитрат также могут быть рекомендованы для пациентов с сохраняющимися симптомами СН на фоне применения основных групп лекарственных препаратов.

Ключевая роль ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в опосредовании снижения чувствительности почек к системе натрийуретического пептида имеет фундаментальное значение при СН. Одним из важных признаков ХСН является повышение концентраций натрийуретических пептидов в плазме периферической крови. Развитие данного феномена быстро изменяет картину заболевания, являясь своеобразным катализатором в манифестации основных симптомов СН. Существенным прорывом в лечении пациентов с СН стал комбинированный препарат валсартан/сакубитрил. Сакубитрил, являясь ингибитором неприлизина снижает активность фермента, вырабатываемого эндотелием сосудов. Основная роль неприлизина заключается в превращении натрийуретических пептидов, брадикинина, субстанции Р в неактивные вещества. К эффектам относится снижение артериального давления, вазодилатация, антиоксидантный эффект, снижение выработки альдостерона.

Прогнозируемое увеличение СН в ближайшее десятилетие составляет 34%. СН является синдромом требующим значительных затрат здравоохранения, влияющим на смертность и качество жизни населения. Важные исследования по поиску и применению новых лекарственных препаратов (ингибитор натрий-глюкозный Ко-транспортёр дапаглифлозин и селективный нестероидного антагониста альдостерона - финеренон) продолжаются.

Галютдинова Л.Э.

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

ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: ОЦЕНКА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ

Двухэнергетическая компьютерная томография (ДЭКТ) обладает рядом преимуществ в сравнении со стандартной моноэнергетической компьютерной томографией (КТ), в том числе в визуализации брахиоцефальных артерий (БЦА). ДЭКТ позволяет оценить не только стандартные характеристики атеросклеротической бляшки (тип, плотность, протяженность и др.), а также уменьшить артефакты от кальцинированных атеросклеротических бляшек для более точной оценки стеноза, оптимизировать контрастность изображений, улучшить дифференциальную диагностику признаков нестабильной атеросклеротической бляшки и т.д. Однако с точки зрения радиационной безопасности, для критической оценки соотношения пользы для пациента и дозы облучения, необходима оценка лучевой нагрузки на пациента при КТ-ангиографии с применением двухэнергетического протокола сканирования.

Цель исследования Сравнение лучевой нагрузки при КТ-ангиографии брахиоцефальных артерий при применении двухэнергетического и стандартного моноэнергетического протоколов сканирования.

Материалы и методы: Были проанализированы КТ-ангиографии БЦА 66 пациентов от 44 до 86 лет (58% мужчин и 42% женщин): 29 с применением двухэнергетического протокола сканирования (мужчины и женщины от 55 до 86 лет); 37 с применением стандартного протокола сканирования (мужчины и женщины от 44 до 85 лет). Исследования проводились на компьютерном томографе Somatom Force (Siemens, Германия) с двумя рентгеновскими трубками (2x198 срезов). Двухэнергетический протокол обладал следующими характеристиками: напряжение на трубке А 90kV, на трубке В 150kV, средняя сила тока на трубке А – 104 mAs, на трубке В – 69,4 mAs. При стандартном протоколе сканирования среднее напряжение составило 90,4 kV, средняя сила тока – 227 mAs. Остальные характеристики сканирования были идентичны. Были оценены следующие параметры: DLP (Dose Length Product, произведение дозы на длину – поглощенная доза за все КТ-исследование с учетом протяженности области сканирования и количества повторных сканирований) топограммы, премониторинга и мониторинга, DLP сканирования брахиоцефальных артерий и суммарное DLP, использовалось их параметрическое представление в виде среднего арифметического значения и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$) и сравнение двух выборок с применением t-критерия Стьюдента и Манна-Уитни U.

Результаты и обсуждение Средние показатели DLP топограммы, премониторинга, мониторинга, DLP сканирования БЦА и суммарного DLP в первой группе с применением двухэнергетического протокола сканирования составили: 0,5 ($\pm 0,009$); 0,7 ($\pm 0,02$); 5,1 ($\pm 0,4$); 208 ($\pm 9,46$) и 215 ($\pm 9,52$). Во второй группе при применении стандартного протокола сканирования средние показатели DLP топограммы, премониторинга, мониторинга, DLP сканирования БЦА и суммарного составили: 0,5 ($\pm 0,01$); 0,8 (± 0); 9,2 ($\pm 0,55$); 270 ($\pm 14,7$) и 282 ($\pm 13,9$). Согласно t-критерию Стьюдента и Манна-Уитни U все показатели DLP в первой группе оказались меньше DLP во второй ($p < 0,05$).

Выводы Двухэнергетическая компьютерная томография позволяет не только расширить спектр диагностических возможностей исследования брахиоцефальных артерий, но и снизить лучевую нагрузку на пациента в среднем на 23,8%.

Гамирова К.А., Цайзер Д.В.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Колоректальный рак (КРР) является серьезной патологией, занимающей лидирующие позиции по заболеваемости как в РФ, так и во всем мире. Лечение КРР влияет на физическое состояние и психическое здоровье пациентов. Формирование колостом остается неотъемлемым этапом лечения большого числа больных КРР. Для поддержания высокого качества жизни прооперированных пациентов требуется проведение комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию нарушений, вызванных наличием колостомы.

Цель: оценить организационные аспекты оказания медицинской помощи и медицинской реабилитации пациентов с КРР, прооперированных в ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» (ТООД) за период 2019-2023 гг.

Задачи:

- Изучить структуру и состав пациентов с КРР, прооперированных в ТООД в 2019-2023 гг.;
- Оценить организационные аспекты оказания медицинской реабилитации пациентам с КРР в Томской области (ТО).

Результаты: Количество прооперированных больных с КРР за анализируемый период – 968 (502 женщины, 466 мужчин), каждая четвертая операция (233 операции, 24,1%) завершилась формированием колостомы у 115 женщин и 118 мужчин. Около 10% колостом – постоянные. Удельный вес колостомий в структуре всех операций увеличился с 17,8% в 2019 г. до 29,4% в 2023 г. ($p < 0,05$). Большинство колостом было сформировано пациентам старше трудоспособного возраста. Доля лиц 55-64 лет - 33,5%; лиц 65-74 лет - 39,5%. В медицинских организациях ТО реабилитация пациентам с КРР в дневном или круглосуточном стационаре за период 2019-2023 гг. не проводилась. За пятилетний период в Стома-кабинете ТООД был проконсультирован 661 пациент с КРР (332 женщины и 329 мужчин). Доля лиц трудоспособного возраста варьировала в пределах 18,3-26,4%. Больше половины пациентов (67,5%) были в возрасте 55-74 лет. Наиболее часто проводились консультации пациентам с диагнозами С20. Рак прямой кишки (51,6%), С18.7 Рак сигмовидной кишки (22,4%) и С19 Рак ректосигмоидного отдела (7,9%).

Обсуждение: Количество операций, завершающихся колостомой, в ТООД за пятилетний период увеличилось в 2 раза (с 39 в 2019 г. до 73 операций в 2023 г.). Формирование колостомы - важный этап комплексного лечения, облегчающий симптомы КРР и улучшающий качество жизни пациентов. Эффективная медико-социальная реабилитация облегчает физическое состояние пациента и способствует улучшению его психоэмоционального фона и социальной интеграции. Стома-кабинет начал функционировать в ТООД с 2019 г. Пациенты получают консультации по уходу за стомами и профилактике осложнений. Количество пациентов с КРР, посетивших кабинет, увеличилось на 11,6%, что свидетельствует об актуальности проблемы. Доля мужчин трудоспособного возраста с колостомами была выше, чем у женщин (в 2023 г. 26,5% и 16,1% соответственно).

Заключение: Число всех проведенных операций при КРР с 2019 г. увеличилось на 29,8%, количество колостомий выросло на 114,7%. Основную долю пациентов составили лица в возрасте 55-74 лет (более 70%).

В настоящее время на территории Томской области организовано проводится только медицинская реабилитация в условиях кабинета стомированного пациента ТООД. Запланирована разработка алгоритма маршрутизации пациентов на формирование колостомы в медицинские организации ТО общей лечебной сети.

Гаран Г.М., Арямкина О.Л., Савиш П.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ПРОГНОЗИРУЮЩАЯ РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую ценность гематологических индексов при остром течении COVID-19 у пациентов с сопутствующими заболеваниями для анализа особенностей течения инфекции и её исходов.

Материалы и методы. В ходе исследования, состоящего из двух этапов, была проведена оценка распространенности COVID-19 среди прикрепленного населения, а также изучены степень тяжести заболевания, гендерно-возрастные характеристики, коморбидность с использованием индекса коморбидности Чарлсона (ИКЧ), течение болезни, осложнения и исходы 471 госпитального случая, что составляет 6,33% от общего числа 7 449 заболевших (17,1%) среди 43 653 прикрепленного контингента в период с 16 июня 2020 года по 23 ноября 2023 года. Исследование проводилось на клинических базах бюджетных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутской городской клинической поликлинике №3» и «Сургутской окружной клинической больницы».

Изучены 4 индекса интоксикации: Лейкоцитарный индекс интоксикации Я.Я. Кальфа-Калифа (ЛИИ), Лейкоцитарный индекс интоксикации Б.А.Рейса (ЛИИр), Индекс соотношения лейкоцитов к СОЭ (ИЛСОЭ), Ядерный индекс (ЯИ); и 4 индекса иммунологической реактивности: Индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), Индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), Индекс соотношения моноцитов и лимфоцитов (ИСМЛ), Индекс реактивного ответа нейтрофилов (РОН).

Результаты исследования. Из 471 случая острой коронавирусной инфекции, ставшей причиной госпитализации, 427 пациентов (90,6%) имели среднетяжелую форму заболевания, 32 (6,8%) — тяжелую, а 12 (2,6%) — крайне тяжелую. Анализ гендерно-возрастных характеристик госпитализированных с COVID-19 показывает, что среди 471 пациента женщин было больше, чем мужчин, с соотношением 1,6:1 — 303 (64,3%) женщины и 188 (35,7%) мужчин. Возраст пациентов варьировался от 26 до 96 лет. В исследование были включены 167 больных: 44 с тяжелой и крайне тяжелой формами и 123 с среднетяжелым течением коронавируса. У 52 из них (42,3%) среднетяжелое течение прогрессировало до тяжелой или крайне тяжелой формы. Из 167 пациентов 71 (42,5%) скончались, включая 27 (52%) с исходным среднетяжелым течением и всех 44 пациентов с тяжелыми формами.

Практически все показатели эндогенной интоксикации, особенно у умерших, превышали референтные значения, при этом уровень ЛИИ и ЛИИр был значительно выше у пациентов со смертельным исходом. Индексы иммунологической реактивности, такие как ИСЛЭ и РОН, были достоверно выше, тогда как ИСНЛ оказался достоверно ниже референтных значений, а ИСМЛ не показал отклонений от нормы. Следует отметить, что показатели ЛИИ, ЛИИр, ЯИ, ИСНЛ, ИСМЛ и РОН у пациентов, скончавшихся от COVID-19, существенно отличались от значений у выживших с вероятностью 95% и 99%.

Выводы. Из 471 госпитализированного пациента летальный исход был зафиксирован в 71 случае (15%). У 27 (5,7%) пациентов среднетяжелое течение болезни перешло в тяжелую или крайне тяжелую форму. Неблагоприятный прогноз в острой фазе COVID-19 ассоциируется с возрастом 60 лет и старше, высокой коморбидностью, значительными показателями интоксикации и низкими значениями иммунологической реактивности.

Гармаш О.И., Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОГЕСТЕРОНА СЫВОРОТКИ КРОВИ И СЛЮНЫ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Целью исследования было изучение корреляционных связей между уровнем прогестерона в крови и слюне у девочек с нарушениями менструального цикла (НМЦ) при поступлении на санаторно-курортное лечение. Под наблюдением было 30 девочек с НМЦ, находившихся на лечении в детском клиническом санатории «Здравница» г. Евпатория, в возрасте от 12 до 17 лет. Среди 30 девочек с НМЦ дисменорея у 16 человек, олигоменорея у 14 девочек. Для установления корреляционных связей проведено определение уровней прогестерона в слюне и сыворотке крови. В целом по группе уровень прогестерона в слюне составлял $179,6 \pm 17,5$ пг/мл. При анализе содержания прогестерона в слюне девочек с НМЦ в зависимости от фазы менструального цикла: в лютеиновую фазу уровень прогестерона оказался в пределах нормальных значений ($195,5 \pm 27,8$ пг/мл), что подтверждено индивидуальным анализом - у 95% девочек показатель в норме. Определение количества прогестерона в слюне в фолликулярную фазу показало его повышенное содержание ($160,0 \pm 23,8$ пг/мл), при этом у 30% девочек показатель был в пределах нормы. В целом по группе уровень прогестерона в сыворотке крови составлял $24,4 \pm 1,5$ пг/мл. Определение количества прогестерона в лютеиновую фазу в сыворотке крови показало его нормальное содержание ($39,6 \pm 2,8$ пг/мл), как и при анализе его количества в слюне. При индивидуальном анализе прогестерон был в пределах нормальных значений у 73%, у 11% - снижен и у 16% - повышен. Уровень прогестерона в фолликулярную фазу был повышен ($19,8 \pm 3,1$ пг/мл), при этом у 45% девочек показатель был в пределах нормы. Проведен корреляционный анализ данных у 30 девочек, независимо от фазы цикла выявил среднюю корреляционную связь ($r=0,69$) прогестерона крови и слюны, в то время как в лютеиновую фазу цикла между прогестероном крови и слюны наблюдалась средняя корреляционная связь ($r=0,66$) и высокая взаимосвязь в фолликулиновую фазу ($r=0,73$). При анализе показателей у девочек с дисменореей независимо от фазы цикла коэффициент корреляции $r=0,78$, при этом в лютеиновую фазу определена высокая коррелятивная связь ($r=0,92$), в фолликулиновую фазу - средняя ($r=0,51$). У девочек с олигоменореей коэффициент корреляции $r=0,76$, в лютеиновую фазу высокая ($r=0,89$). Таким образом, оценка корреляционных связей девочек с нарушениями менструального цикла показала достаточно высокий уровень корреляционных связей между уровнем прогестерона в сыворотке крови и слюны. Анализ содержания прогестерона в слюне может быть использован для оценки эффективности применения новых лечебных методик в санаторно-курортном лечении этой категории больных.

Гашикова Л.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ВРАЧЕЙ ДНР ДО И ВО ВРЕМЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

В зоне длительного военного конфликта стресс имеет особое значение и часто выражается в хроническом дистрессе.

Цель исследования – определение уровня чувствительности к стрессовым ситуациям и сравнительная оценка полученных данных у врачей ДНР до и во время специальной военной операции (СВО). При помощи теста на определение стрессоустойчивости (Ю. В. Щербатых, 2005) обследованы 2 группы врачей различных специальностей: 1-я группа в 2017-2021 г.г. (n=48) и 2-я группа в 2022-2024 г.г. (n=54). Тест определяет базовый показатель стрессочувствительности человека, показатель динамической чувствительности к стрессам и стрессоустойчивости в целом. Тест имеет 6 шкал, максимальный балл по каждой из шкал – 50 баллов (б).

Результаты исследования. Базовый показатель стрессочувствительности в 1-й группе 105 б, во второй – 127 б при норме до 100 б. Удельный вес повышенной стрессочувствительности в группах: в 1-й повышенной в 62% случаев, во второй – в 75%. Анализ по шкалам теста дал следующие результаты. Шкала 1 определяет реакцию на события, на которые нельзя повлиять (норма до 30 баллов), и повышенные показатели определены в обеих группах (в 1-й – 40 б, во 2-й – 48 б). Характеристика выборов в группах (мах – 10 баллов): военное положение в регионе оценили в максимальное количество баллов (10) врачи обеих групп. Шкала 2 выявляет склонность все излишне усложнять (норма – до 25 баллов), показатели высокие в обеих группах (группа 1 – 32 б, группа 2 – 38 б). Резкое увеличение показателей отмечено по трем выборам: излишне серьезное отношение к жизни и работе, нарушения сна и пессимизм отмечено в группе врачей, обследованных во время СВО, в этой же группе снизился показатель по выбору «страх перед будущим». Шкала 3 показывает повышенную предрасположенность к психосоматическим заболеваниям в обеих группах, но в группе 2 более значительное (35 б и 44 б соответственно при норме до 28 баллов). Все врачи 2-й группы отметили наличие напряжения (чаще) или дрожания мышц (100%). Повышение в этой группе также отмечено по показателям «затрудненное дыхание» (7 б), «учащенное сердцебиение, боль в сердце» (9 б). В 9 б оценили такой симптом, «как головная боль» врачи обеих групп, Шкала 4 показывает деструктивные способы преодоления стресса (норма – до 22 б). В группе 1 (до начала СВО) этот показатель был ниже максимального нормального – 18 б. в группе врачей, которые приняли участие в исследовании во время СВО этот показатель значительно вырос – 36 б. Резкое повышение показателей по выборам: «алкоголь» с 2-х б до 7 б, «сигареты» - с 3-х б до 7 б, «агрессия вовне» с 2-х б до 8 б. Шкала 5 характеризует конструктивные способы преодоления стресса, и по этой шкале у респондентов группы 2 показатели существенно снизились - с 47 б до 32 б. Показатель динамической чувствительности к стрессу у врачей группы 1 – 73, во второй группе – 124 б (при норме до 85 б). Показатели постоянного стресса в группе 1 – 6 б, в группе 2 – 9 б (максимально 10 б).

Выводы. Врачи ДНР как до начала, так и во время проведения СВО испытывают существенное влияние военного положения на проявление базовой стрессочувствительности. Выявлена тенденция снижения устойчивости к стрессу у врачей обеих групп. Отмечается высокий риск развития психосоматических нарушений, особенно во второй группе. Показатель динамической чувствительности не выходит за пределы нормы у врачей первой группы, во второй группе показатель значительно повышен.

Гашикова Л.А., Лик-ван-джи Н.Е., Калентева Ю.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканский наркологический центр МЗ ДНР, Донецк

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С НАРКОПАТОЛОГИЕЙ

С целью исследования внутренней картины болезни у больных с наркологической патологией было проведено исследование больных ($n=64$, мужчины – 42, женщины = 22; средний возраст $43,4 \pm 4,2$ года) Республиканского наркологического центра г. Донецка по методике ЛОБИ, разработанной в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева.

Результаты исследования. Отличительным признаком при исследовании восприятия «себя в болезни» у пациентов с наркологической патологией является смешанный тип внутренней картины болезни – 75,7%. Среди женщин смешанный тип определен у 75,0%, у мужчин 66,8%. Выделение ведущего типа во всей группе определено у 24,3% больных, у женщин – 25,0%, у мужчин 33,2%. В структуре смешанного типа отношения к болезни (два и более) преобладают паранойяльный – 50,0% (у женщин 32,5%, у мужчин – 67,5%) и сенситивный типы – 45,0% (у женщин 73,3%, у мужчин – 26,7%). Редко встречаются типы: ипохондрический – 5,0%, обсессивно-фобический – 6,2%, тревожный – 7,2%.

Ведущие типы ВКБ по единственному выбору определены у 24,3% обследованных (среди женщин – у 46,4%, среди мужчин – 53,6%). Приоритетными выборами восприятия больными своей внутренней картины болезни в группе в целом выступили сенситивный – 43,2% и эргопатический (17,4%) типы. У женщин преобладает сенситивный тип (45,7%), у мужчин – эргопатический (26,2%). Стоит отметить тот факт, что ожидаемый у больных с наркопатологией анозогностический тип по результатам исследования в группе выявлен только в одном случае, что составило 1,6%.

При анализе внутренней картины болезни у больных с разными видами патологии – при синдроме алкогольной зависимости или употреблении наркотических веществ (опиоидов, психостимуляторов и других психоактивных веществ – ПАВ) была выявлена следующая структура ВКБ: у пациентов с F10.3 и F10.4 – преобладает паранойяльный тип (64,3%), у женщин он встречается чаще, чем у мужчин (74,2% и 25,8%). Сенситивный тип ВКБ выявлен у трети больных с наркопатологией – 31,3% (у женщин и мужчин равнозначно – 51,2% и 49,9% соответственно). Для мужчин с синдромом алкогольной зависимости характерно наличие эргопатического типа ВКБ (17,3%), в то время как у женщин такой тип не выявлен. В группе больных с зависимостью от опиоидов и других ПАВ выявляется эгоцентрический тип ВКБ – (22,3%); у мужчин чаще (78,4%), чем у женщин (21,6%). Гармоничный тип ВКБ не выявлен ни у одного больного в группе.

Выводы. Исследование показало, что у больных с наркологической патологией преобладает смешанный тип внутренней картины болезни с приоритетным акцентом паранойяльного радикала. У больных женщин с синдромом алкогольной зависимости превалирует паранойяльный тип ВКБ, сенситивный тип определяется у мужчин женщин одинаково, эргопатический выявлен у каждого пятого мужчины и отсутствует у женщин. Для больных мужчин с зависимостью от опиоидов и других ПАВ в пять раз чаще, чем у женщин выявляется эгоцентрический тип ВКБ. Гармоничный тип ВКБ не выявлен.

Гашкова Л.А., Христуленко А.А.,

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТРЕСС У ВРАЧЕЙ ДНР В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

По данным множества исследований известно, что в работе врача есть много факторов стресса, которые обусловлены чрезвычайно высокой производственной нагрузкой и высокой напряженностью труда. Установлено, что вероятность формирования стресса у врачей на работе может быть отнесена к категории очень высокой, а индивидуальная устойчивость к стрессу является преимущественно: средней, низкой и очень низкой, что в совокупности формирует высокую и очень высокую значимость стресса для здоровья врача. На фоне проводимой военной спецоперации появляются дополнительные факторы стресса, в том числе – организационные.

Для стрессовых ситуаций характерно появление у человека острого внутреннего конфликта между требованиями, которые предъявляет к нему деятельность, его действительными возможностями и реальностью, в которой он живет.

В результате такого конфликта: повышается вероятность снижения эффективности деятельности, ухудшается функциональное состояние, ухудшается состояние здоровья, увеличивается предрасположенность к ошибочным действиям, несчастным случаям и авариям. При организационном стрессе важное место занимает организация профессиональной деятельности.

К факторам, реализующим организационный стресс, относятся: высокая рабочая нагрузка или неоправданно низкая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства; недостаточное вознаграждение за работу (как моральное, так и материальное); невозможность влиять на принятие важных решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование); однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным; отсутствие выходов, отпусков и интересов вне работы.

Нами проведено исследование целью, которого являлось: выявление особенностей стрессовой реакции у врачей в условиях организации профессиональной деятельности лечебных учреждений ДНР во время военной спецоперации

Материалы и методы: проанализированы данные анкетного экспресс-опроса врачей различных специальностей ДНР в период с 1 марта 2022 года по 1 ноября 2024 года (n= 164; мужчины – 86, женщины - 78)

Анализ полученных результатов:

- Обстановка на работе кажется очень трудной и сложной больше половины специалистам врачам (65%);
- Организационные недостатки на работе заставляют нервничать, переживать и напрягаться 68% специалистов;
- Тревожные ожидания, связанные с работой отметили у себя 36% (да) и 48% (часто) респондентов;
- Конфликтная напряженность, связанная с экстраперсональными отношениями неоднозначна: 77% врачей указали на неприятие определенных персоналий, конфликты и разногласия с коллегами или пациентами отнимают много сил и эмоций у 92% врачей. В то же время 74% отмечают хорошие взаимоотношения с непосредственным начальством;
- У подавляющего большинства респондентов организационные стороны работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние (85%);
- Постоянные физические или психологические перегрузки испытывают 83% врачей;
- Безысходной ситуация, сложившаяся на работе, представляется 50% врачам, в то же время так не считают 33% ;
- Сменить работу однозначно не планируют 52% врачей.

Герасимова Е.С., Шенелева О.М.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Проблема профессиональных заболеваний (ПЗ) становится всё более актуальной в современных реалиях. Работающий человек подвергается воздействию разнообразных вредных факторов, что в конечном итоге может привести к развитию неблагоприятных состояний. С целью минимизации этих рисков необходимо регулярное планомерное проведение медицинских осмотров (МО).

Мы поставили перед собой цель – обосновать важность и эффективность проведения медицинских осмотров как профилактической меры профессиональных заболеваний.

По результатам исследования нами были выделены важнейшие аспекты, позволяющие говорить об эффективности и важности медицинских осмотров, а именно:

1. Выявление рисков. Проведение МО позволяет выявить наличие и характер воздействия вредных факторов на организм работника, что в свою очередь помогает своевременно принять меры по уменьшению воздействия, до того, как это приведет к развитию заболевания. Это включает в себя корректировку условий труда, использование средств индивидуальной защиты и обучение работников правилам безопасности.

2. Раннее обнаружение патологий. Именно регулярные МО позволяют врачам своевременно обнаружить профессиональное заболевание и предотвратить развитие тяжелых форм. Регулярные осмотры способствуют поддержанию высокого уровня работоспособности и общего благополучия сотрудников.

3. Обучение работников правилам профилактики. Ещё одно важное преимущество МО – возможность обучения работников правилам профилактики профессиональных заболеваний. Данный аспект позволяет снизить риск возникновения травм и заболеваний сотрудников на рабочем месте, что в свою очередь повышает общий уровень безопасности и продуктивности труда. Обучение правилам профилактики также способствует формированию здорового образа жизни, что влияет в перспективе на долгосрочную работоспособность.

4. Улучшение общего состояния работающих. Регулярные МО обеспечивают поддержание высокого уровня здоровья работающих, что в конечном итоге опять таки повышает их работоспособность, положительно сказывается на производительности труда и общем благополучии.

Профилактика профессиональных заболеваний – важная задача, требующая совместных усилий работодателей, работников и медицинских специалистов. Медицинские осмотры играют ключевую роль в этом процессе, позволяя выявлять заболевания на ранних стадиях и предотвращать их развитие. Важно отметить, что МО необходимо проводить регулярно, так как состояние здоровья человека может меняться под воздействием различных факторов. Также важно, чтобы МО проводились квалифицированными специалистами, так как только они смогут правильно оценить состояние здоровья и поставить диагноз, который позволит своевременно начать лечение.

В заключении можно утверждать, что медицинские осмотры являются необходимым элементом профилактики профессиональных заболеваний, с их помощью можно обнаружить проблемы до того, как они приведут к чему-то более серьезному, научиться тщательно следить за своим здоровьем и поднять уровень здоровья в общем на новый уровень.

*Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Гильмутдинов Б.Р., Исеева Д.Р.,
Ибрагимова Е.М., Фаизова Д.Э.*

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Исследователи разных стран доказали нейротропность новой коронавирусной инфекции, т. е. способность поражать центральную и периферическую нервную системы по типу нейропатии в виде невралгии, более разной интенсивности [Белопасов В. В. и др., 2021]. Ударно-волновая терапия (УВТ) – современный высокоэффективный физиотерапевтический метод лечения с использованием ударно-акустических волн определенной частоты, подающихся специальным аппаратом. УВТ применяют как метод немедикаментозного лечения при различных видах боли и во время реабилитации [Высогорцева О. Н., 2018].

Цель исследования: оценка эффективности УВТ в комплексной реабилитации пациентов с постковидной нейропатией.

Материалы и методы: Исследование проводилось у 52 пациентов 32–58 лет с постковидной нейропатией, находившихся на третьем этапе реабилитации, среди которых 28 женщин и 24 мужчины. Пациенты были разделены на 2 группы методом простой рандомизации по проводимой терапии. Контрольная группа (n=26) получала комплексную реабилитацию, включавшую лечебную физкультуру в зале, дозированную ходьбу, сухие углекислые ванны, массаж и фитотерапию. Основная группа (n=26) получала дополнительно к базовому комплексу 2 раза в неделю сеансы УВТ аппаратом BTL-5000 SWT (давление 2–3 бар, частота 10 Гц), на курс 4–5 процедур. Критерии эффективности реабилитации оценивали с помощью анализа динамики жалоб пациентов, клинико-инструментальных показателей, тестов и шкал (ВАШ боли, опросник Освестри, опросник качества жизни EQ-5D).

Результаты и обсуждение. При поступлении на третий этап реабилитации все пациенты отмечали боли по ходу седалищного, бедренного, тройничного или лучезапястного нервов разной интенсивности (ВАШ боли $5,3 \pm 1,1$). Показатели опросника Освестри показали снижение качества жизни с отклонением от нормальных значений по всем 10 разделам. У всех исследуемых к концу третьего этапа реабилитации отмечался регресс нейропатии в виде снижения или исчезновения болевого синдрома. На фоне сеансов УВТ динамика снижения боли по шкале ВАШ в покое и движении составила соответственно 78,1% ($p < 0,05$) и 63,2% ($p < 0,05$) от исходных величин, тогда как группе сравнения отмечалось только достоверное уменьшение болевого синдрома в покое. Обезболивающий эффект в основной группе наступал уже после первого сеанса УВТ, а в группе сравнения – только на 3–5-е сутки курса реабилитации. К моменту завершения третьего этапа реабилитации наблюдалась позитивная динамика функциональных показателей, исследуемых согласно опроснику Освестри: на 42,4% ($p < 0,05$) от исходных данных в основной группе при незначимых однонаправленных изменениях в контрольной группе. К концу лечения в основной группе наиболее выраженные позитивные изменения были достигнуты в разделах интенсивность боли (на 62,7%, $p < 0,05$), самообслуживание (на 54,9%, $p < 0,05$) и ходьба (на 22,6%, $p < 0,05$). Все пациенты отмечали улучшение показателей качества жизни по опроснику EQ-5D, более выраженные в основной группе.

Выводы:

1. Применение ударно-волновой терапии в комплексной реабилитации пациентов с постковидной нейропатией способствует значимому купированию болевого синдрома.
2. Программы реабилитации пациентов с постковидной нейропатией с включением курсов УВТ позитивно влияют на их функциональные возможности (увеличение двигательной активности, улучшение возможности самообслуживания) и качество жизни.
3. Рекомендуем включение в комплексные программы реабилитации пациентов с постковидной нейропатией сеансов УВТ №4–5.

Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Гильмутдинов Б.Р., Фаизова Д.Э.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕКАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Реабилитация – это многогранный процесс восстановления здоровья человека и реинтеграции его в трудовую и социальную жизнь. Телемедицинские технологии на современном этапе развития медицинской реабилитации выступают в качестве перспективных инновационных методов решения поставленных задач. Цифровизация здравоохранения – один из методов совершенствования системы медицинской реабилитации в целом и кардиореабилитации в том числе.

Цель исследования: изучить вопросы телекардиореабилитации в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. Нами проанализирован исторический опыт кардиореабилитации в Республике Башкортостан и внедрение телемедицинских технологий.

Результаты и обсуждение. Кардиологическая служба Республики Башкортостан в 1977 г. в числе первых в стране внедрила поэтапное лечение больных инфарктом миокарда на базе санатория «Зеленая роща». В 2016 г. Республика Башкортостан включилась в реализацию пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» по трем профилям: кардиология, неврология, травматология-ортопедия. Специалисты мультидисциплинарных бригад (МДБ) прошли обучение в различных учебных заведениях РФ.

С 2018 г. телереабилитационные технологии используются в кардиореабилитации в виде телемедицинских сеансов, дистанционных занятий ЛФК с пациентами, телеконсилиумов по определению реабилитационного прогноза пациентов других медицинских учреждений, телеконференций и дают возможность:

1. Дистанционного общения врачей, проведения консультаций и консилиумов, определения прогноза и тактики реабилитации, принятия решения о переводе из одного медучреждения в другое.

2. Использования телеконсультаций для профилактических бесед, сбора и анализа жалоб, оценки эффективности реабилитации, медицинского наблюдения за пациентом, принятия решения о необходимости проведения очного приема

3. Выдачи электронных рецептов на лекарственные препараты.

4. Оформления электронных медицинских документов (согласие или отказ на медицинское вмешательство, медицинские справки, выписки из историй болезни и т. д.)

5. Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (данные персонифицированного учета и федеральных регистров в сфере здравоохранения, сведения о медорганизациях и медицинской документации, граждан льготными лекарствами и др.).

Заключение:

Основными направлениями развития телекардиореабилитации в Республике Башкортостан мы видим:

1) дальнейшее усовершенствование телеконсультаций с вовлечением всех специалистов мультидисциплинарных реабилитационных команд в систему консультирования и обучения;

2) увеличение возможностей ведения телеконсультаций в медицинской информационной системе РБ (заявка и направление на телемедицинскую консультацию, выписка из карты пациента, возможность просмотра данных обследований);

3) организацию научных конференций и коллегиальных телемостов по вопросам кардиореабилитации;

4) развитие «домашней» телемедицины с дистанционным наблюдением и возможным применением мобильных телемедицинских комплексов;

5) совершенствование нормативной базы, методических документов и организационных мероприятий.

Гинькут В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИПЕРТРОФИЯ ЛИМФАДЕНОИДНОЙ ТКАНИ ГЛОТКИ КАК ПРИЧИНА ХРАПА И ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ

Патология лимфаденоидного глоточного кольца является наиболее актуальной проблемой оториноларингологии детского возраста. При гипертрофии лимфаденоидной ткани глотки у детей во время сна возникает храп. Одним из самых частых нарушений дыхания и последствий храпа является апноэ. Апноэ – это синдром, который характеризуется периодическими остановками дыхания во время сна. Сначала ребёнок храпит, потом затихает, пауза длится примерно 10-20 секунд, а потом происходит громкий вдох. Такой острый эпизод удушья связан с перекрытием дыхательных путей на уровне глотки.

Синдром обструктивного апноэ сна – потенциально опасное для жизни состояние. Происходит ослабление вентиляции лёгких, меняется газовый состав крови в виде гипоксемии и гиперкапнии. В результате ухудшения сна у детей наступает выраженная дневная сонливость, появляются психоэмоциональные расстройства. Меняется в негативную сторону поведение ребёнка. Он начинает хуже усваивать школьный материал. Меняется дикция. При длительном нарушении дыхания у детей меняется форма лица, происходит деформация грудной клетки и наблюдается умственное отставание. Замедляется рост ребёнка и задерживается половое развитие. Всё это, безусловно, тревожит родителей. Лечение данной патологии только хирургическое.

Целью нашего исследования было изучение результатов хирургического лечения детей с гипертрофией миндалин и аденоидов II и III степени.

Материалы и методы

Было исследовано 96 детей в возрасте от 4-х до 10-и лет, которые страдали дыхательными расстройствами во время сна из-за значительной гипертрофии лимфаденоидной ткани глотки и лечились в Республиканской детской клинической больнице Минздрава РФ в 2022-2024 гг. Девочек было 41, мальчиков – 55. Продолжительность заболевания была от полугода до четырёх лет.

Клинические проявления болезни характеризовались храпом во время сна, гнусавостью, затруднением носового дыхания, частыми респираторными заболеваниями, ухудшением слуха, рецидивирующими средними отитами. Заложенность носа была у 77 пациентов, дыхание открытым ртом – у 54, появления эпизодов апноэ сна – у 36 больных. Аденоидный тип лица отмечен примерно в половине случаев, деформация грудной клетки, западение грудины разной степени наблюдалось у 12 детей.

Всем детям было проведено комплексное оториноларингологическое, клиническое и лабораторное обследование. Обязательно исследовались коагулограмма, группа крови и резус-фактор, ЭКГ. Проводилась консультация педиатра. В предоперационный период все пациенты в качестве гемостатической терапии получали этамзилат в таблетках 3 дня.

Всем больным выполнялась аденотонзиллотомия под общим обезболиванием с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией лёгких.

Результаты и их обсуждение

У 68 детей уже в первую ночь после операции улучшилось носовое дыхание, не было храпа и эпизодов ночного апноэ.

Через неделю наблюдения у подавляющего большинства детей исчезли клинические проявления обструктивного синдрома во время сна. Дети стали активными. При осмотре детей через месяц у 80,2% не выявлено клинических проявлений болезни. Через год только у 7 (7,3%) детей периодически наблюдались заложенность носа и незначительный храп во время сна без явлений апноэ. Этим детям было проведено консервативное лечение в виде месячного курса интраназальных топических кортикостероидов. У всех пациентов наступило выздоровление.

Выводы: при гипертрофии лимфаденоидной ткани глотки у детей с проявлениями в виде храпа и обструктивного апноэ во время сна операция аденотонзиллотомия является самым эффективным методом лечения указанных дыхательных расстройств.

Гинькут В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Современная хирургическая и анестезиологическая техника позволяет быстрее решать проблемы здоровья оперированных пациентов. Но, кроме технического обеспечения, для выполнения такой задачи необходимы передовые щадящие методики хирургического лечения и адекватная послеоперационная общая и местная фармакотерапия. Всё вместе это обеспечивает быструю реабилитацию пациентов и возвращение их к привычному образу жизни. Кроме того, такой подход сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

На протяжении 2022-2024 гг. на базе Клинической Рудничной больницы г. Макеевки было выполнено 132 хирургических вмешательства на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах, а именно: 54 изолированные септопластики; 42 септопластики, комбинированные с вазотомией и конхопексией; 20 микрогайморотомий по поводу кист верхнечелюстной пазухи и 16 комбинированных риносептопластик.

Все пациенты амбулаторно проходили предоперационное лабораторное и инструментальное обследование. Обязательной была консультация врача-терапевта, а также осмотр анестезиолога накануне операции. При планировании операций с целью установления патологических изменений, изучения особенностей анатомии носа и околоносовых пазух пациенту проводилась предоперационная компьютерная томография в трёх проекциях, что давало возможность избежать осложнений во время выполнения хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде. При изолированной патологии носовой перегородки, отсутствии в анамнезе воспалительных заболеваний околоносовых пазух, чёткой риноскопической картине и понятном объёме операции компьютерная томография не проводилась.

Все операции проводились под общим обезболиванием с управляемой гипотонией, которая давно и эффективно используется как метод уменьшения кровопотери во время оперативного вмешательства. Непосредственно перед началом ринологической операции выполнялась анемизация носовых ходов аппликацией 0,1% раствора адреналина либо в ткани вводился раствор ультракаина с эпинефрином. Такое сочетание медикаментозной блокады с правильным положением больного на операционном столе, когда голова пациента максимально приподнята, даёт возможность значительно уменьшить кровоточивость тканей, что в свою очередь ускоряет последующую реабилитацию больного.

После операции пациент находился в стационаре от 48 до 72 часов (только 14 пациентов находились в стационаре более трёх суток). В дальнейшем все прооперированные находились на амбулаторном наблюдении. Первая послеоперационная консультация проходила на пятые сутки, затем на протяжении первого месяца еженедельно, в дальнейшем в течение полугода – один раз в месяц. Обязательным условием для выписки пациента из стационара было наличие доступного дистанционного контакта с пациентом. Перед выпиской из стационара всем больным проводилось детальное разъяснение правил поведения в послеоперационном периоде, а особенно избегание физических и эмоциональных нагрузок и травмы носа в первое время.

В течение недели после операции все пациенты получали топические противоотёчные средства и солевые души с декспантенолом, которые помимо ускорения заживления раны и облегчения неприятных послеоперационных ощущений у пациентов также имели профилактическое значение в плане профилактики носового кровотечения. Пациенты, перенесшие хирургическое лечение на верхнечелюстной пазухе в дальнейшем после заживления слизистой оболочки и очистки носовых ходов от корок получали топические кортикостероиды. Минимальный срок использования топических кортикостероидов обычно составлял один месяц. Другие медикаменты, в том числе антибиотики и НПВС, назначались индивидуально. На 7-10-е сутки после операции у пациентов восстанавливалось носовое дыхание, а на 14-е сутки они полностью возвращались к своей обычной физической активности.

Таким образом, современная оториноларингология должна решать хирургические аспекты здоровья пациентов ринологического профиля комфортно и в кратчайшие сроки.

Гинькут В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА МИРАМИСТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ГАЙМОРИТАМИ

Проблема эффективного лечения острых гнойных гайморитов и сейчас не теряет своей актуальности. Главной причиной этого является повышение резистентности микробной флоры к антибактериальным препаратам, которые используют оториноларингологи с целью эмпирической терапии воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе. Это обуславливает необходимость поиска новых решений и подходов к патогенетическому лечению заболевания.

Учитывая, что при лечении синуситов одновременно с системной антимикробной терапией используется местное применение антибиотиков и антисептических препаратов, актуальным остаётся их выбор.

Для промывания верхнечелюстных пазух больных острыми гнойными гайморитами мы используем раствор мирамистина, который обладает доказанным антибактериальным действием.

Мирамистин® оказывает выраженное бактерицидное влияние в отношении грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий, определяемых в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Он оказывает также противогрибковое действие и обладает противовирусной активностью.

Кроме того, препарат активизирует процессы регенерации и стимулирует защитные реакции в месте применения. При местном применении мирамистин не обладает способностью всасываться через слизистые оболочки. Он не обладает местнораздражающим действием и не вызывает аллергию.

Цель исследования: изучение эффективности местного применения мирамистина при комплексном лечении больных острыми гнойными гайморитами.

Материалы и методы. Было обследовано и пролечено 20 пациентов с острым гнойным гайморитом в возрасте от 18 до 67 лет, из них мужчин – 11, женщин – 9 (основная группа).

Контрольную группу составили 15 больных острым гнойным гайморитом в возрасте от 20 до 69 лет (мужчин было 7, женщин – 8).

Всем больным в начале лечения было проведено бактериологическое исследование содержимого гайморовой пазухи. При этом у больных высевались преимущественно ассоциации разнообразных микроорганизмов.

Пациенты обеих групп получали одинаковую системную терапию: антибиотики, муколитики, антигистаминные препараты и местные деконгестанты, а также им выполняли пункцию и дренирование поражённой верхнечелюстной пазухи.

Пациентам основной группы пазуху промывались раствором мирамистина, а контрольной – раствором офлоксацина.

Эффективность терапии оценивали на 5-й, 7-й и 9-й день лечения по следующим критериям: жалобы больного на заложенность носа, риноскопическая картина (гиперемия и отёчность слизистой оболочки), изменение ринореи и характера содержимого, а также его количества в промывной жидкости. Кроме того, изучали динамику мукоцилиарного клиренса и pH носового секрета. А ещё оценивали улучшение общей симптоматики заболевания – отсутствие головной боли, нормализация самочувствия и температуры тела.

Результаты и их обсуждение. Темпы прекращения слизисто-гнойных выделений из носа, уменьшения гиперемии и отёка слизистой оболочки носа, а также восстановление до нормальных значений мукоцилиарного транспорта и pH носового секрета у пациентов основной группы опережали таковые у больных контрольной в среднем на три дня.

Выводы: применение раствора мирамистина для промывания верхнечелюстных пазух при лечении больных острыми гнойными гайморитами целесообразно и эффективно.

Гинькут В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ СИНУПРЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Хронический аденоидит (ХА) является одной из важнейших проблем современной детской оториноларингологии. В России доля детей с хроническим аденоидитом достигает 50%. Особенно актуальна проблема ХА в организованных детских коллективах дошкольного возраста. Практически каждый «часто болеющий ребёнок» имеет клинические проявления этого заболевания.

ХА обычно сопровождается гипертрофией глоточной миндалины и нарастающими признаками заболевания. Хроническое гнойное воспаление в носоглотке приводит к хроническому воспалению слуховой трубы и к постепенному снижению слуха. ХА сопровождается также симптомами хронической интоксикации: повышенная утомляемость, головная боль, беспокойный сон, ухудшение аппетита. Попадание слизи и гноя в гортань, особенно по ночам, вызывает у детей длительный кашель.

ХА в 66% случаев сопровождается синуситами и в 76% – экссудативным отитом.

Цель исследования: оценить эффективность применения растительного препарата Синупрет в комплексном лечении детей с хроническим аденоидитом.

Материалы и методы

В клиническом исследовании участвовало 45 детей с ХА в возрасте от 2 до 13 лет. Основную группу составили 25 больных, контрольную – 20 пациентов. В исследование не включались дети с воспалительными процессами в других ЛОР-органах.

Основными жалобами у пациентов были затруднённое носовое дыхание (94%), храп и апноэ во время сна (66%), снижение аппетита (50%), слизисто-гнойные выделения из носа (78%), гнусавость (48%), нарушение сна (27%), субфебрилитет (22%), ухудшение слуха (19%) и энурез (6%).

Терапия больных была комплексной и включала лекарственные средства местного и общего характера. Пациенты основной группы получали дополнительно к стандартному комплексу лечения препарат Синупрет.

Синупрет – секретолитическое, секретомоторное и противовоспалительное средство, которое назначают при лечении острых и хронических риносинуситов, сопровождающихся образованием вязкого секрета.

Препарат содержит смесь следующих видов лекарственного растительного сырья:

корень горечавки, цветки первоцвета, трава щавеля, цветки бузины и трава вербены.

Синупрет обладает выраженным противовоспалительным действием и доказанной высокой клинической эффективностью. После приёма Синупрета при ОРВИ и хронических заболеваниях ОНП существенно улучшаются показатели системы иммунитета.

Данный фитопрепарат в виде спиртового раствора для приёма внутрь мы назначали пациентам в следующей дозировке: детям школьного возраста по 25 капель 3 раза в день, детям в возрасте от 2 до 6 лет - по 15 капель 3 раза в сутки. Курс лечения составлял 8-14 дней.

Оценка клинических проявлений болезни проводилась на 3, 6 и 9 день лечения по таким симптомам, как заложенность носа, характер и интенсивность ринореи, заложенность носа, затруднение носового дыхания днём и храп ночью (со слов родителей).

Результаты и их обсуждение

Оценка степени восстановления носового дыхания показала, что положительная динамика в уменьшении интенсивности и изменении характера ринореи были достоверно лучше у пациентов основной группы уже на 6-й день наблюдения. На 9-е сутки лечение ринорея у детей основной группы прекратилась полностью, а носовое дыхание стало достоверно лучше, чем у детей контрольной группы. Контрольный эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки показал отсутствие явлений обострения ХА на 8-9-й день у пациентов основной группы и на 13-14-й день в контрольной группе.

Выводы: включение препарата Синупрет в схему комплексной терапии детей с хроническим аденоидитом повышает эффективность лечения и ускоряет процесс выздоровления.

Гинькут В.Н., Андреев В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Любые хирургические вмешательства в полости носа всегда сопровождаются выраженными реактивными явлениями в послеоперационном периоде. На их фоне происходит сбой процессов физиологической регенерации повреждённой слизистой оболочки, что проявляется нарушением основных функций носа.

Цель исследования: изучение процессов восстановления физиологических функций носовой полости в раннем послеоперационном периоде у больных полипозным риносинуситом,

Материал и методы. 39 больных хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 18 до 64 лет, которым в ЛОР-клинике Клинической Рудничной больницы г. Макеевки были выполнены эндоназальные хирургические вмешательства. У 12 пациентов хронический полипозный риносинусит был ассоциирован с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты.

Все больные были разделены на 2 группы: основная – 19 и контрольная – 20 пациентов. Больным контрольной группы в послеоперационном периоде ежедневно проводился туалет облепиховым маслом и анемизация носовой полости. Кроме того, назначалась также ирригационная терапия с использованием морской воды. Пациентам основной группы с первого дня дополнительно назначали растительный препарат Синупрет согласно инструкции по использованию. Эффективность терапии оценивали на 5, 7 и 10 день лечения.

Результаты и их обсуждение: затруднение носового дыхания в первый день после операции встречалось практически у всех больных – у 100% контрольной и у 89,5% основной. Выраженная регрессия этого симптома отмечалась на пятые сутки послеоперационной реабилитации. Его частота в контрольной группе составляла 20%, а в основной – 10,5%. На седьмые сутки послеоперационного периода носовое дыхание значительно улучшилось у большинства прооперированных – у 93,3% больных контрольной группы и у 100% пациентов, принимавших Синупрет. Констатирована достоверная разница в результатах лечения больных основной и контрольной групп в плане восстановления носового дыхания на 5-й, 7-й и 10-й день послеоперационного периода. На пятый день после операции при объективной оценке в контрольной группе показатели пиковой объёмной скорости (ПОС) выдоха составляли 23,3% от нормативной. В группе, где в схему лечения был включён Синупрет, показатели ПОС были лучше (30,4%) нормативной ($p < 0,05$). На седьмой день послеоперационного периода параллельно с улучшением носового дыхания улучшались также показатели назальной пикфлуометрии: в основной группе её результаты были лучше контрольной – 44,8% против 36,2% соответственно ($p < 0,05$). На 10-й день послеоперационной реабилитации показатели скорости назального выдоха в основной группе составили 66,3%, а в контрольной группе только 45,4% ($p < 0,05$).

При изучении транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа в 1-й день послеоперационного периода у всех пациентов имела место III степень её нарушения. В контрольной группе среднее значение сахаринового теста составляло $62,3 \pm 0,03$ минуты, в основной – $63,4 \pm 0,02$ минуты. В контрольной группе на 5-й день сахариновый тест составлял $38,6 \pm 0,08$ минуты (II степень нарушения), а через 7 дней – $21,6 \pm 0,09$ минуты (I степень нарушения). В основной группе на 5-й день послеоперационного периода была диагностирована II степень нарушения транспортной функции мерцательного эпителия (сахариновый тест $32,5 \pm 0,12$ минуты ($p < 0,05$)). На 7-й день сахариновый тест равнялся $18,8 \pm 0,10$ минуты ($p < 0,05$ по сравнению с группой контроля).

Выводы: включение фитопрепарата Синупрет в схему послеоперационного лечения больных полипозным риносинуситом обеспечивает быстрое улучшение носового дыхания и эффективное восстановление нарушенных функций полости носа.

Гинькут В.Н., Талалаенко И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Оториноларингологи, выполняющие внутриносовые операции, всегда сталкиваются с проблемой кровотечения как во время самого хирургического вмешательства, так и при удалении тампонов из носа после операции.

Существует большое количество способов тампонады носа, каждый из которых имеет свои положительные и отрицательные стороны. Так, например, использование известных тампонов Merocel значительно снижает выраженность подобных кровотечений. К сожалению, неоправданно высокая цена тампонов и сложности, связанные с их приобретением, ограничивают применение данного способа в повседневной практике. Кроме того, остаётся открытым вопрос улучшения гемостаза во время выполнения самой операции на структурах полости носа и профилактики носового кровотечения в послеоперационном периоде. В последнее время хирурги для остановки интраоперационных кровотечений стали с успехом использовать препараты транексамовой кислоты. Мы посвятили наше исследование оптимизации ведения послеоперационного периода у больных, перенесших операции в полости носа.

Цель исследования: изучение эффективности местного, общего и комплексного применения транексамовой кислоты при выполнении ринохирургических вмешательств.

Материалы и методы

Исследовали 46 пациентов в возрасте от 19 до 72 лет с искривлением перегородки носа, хроническим гипертрофическим ринитом и хроническим полипозным синуситом. Всем больным проводилось стандартное обследование: клинический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, кровь на RW, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгенография лёгких, консультация терапевта. У всех больных наличие заболевания было подтверждено клиническими данными, а также данными компьютерной томографии околоносовых пазух.

Как известно, транексамовая кислота – антифибринолитическое средство, специфически ингибирующее активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). Она обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза.

В дополнение к этому, транексамовая кислота усиливает синтез коллагена, что способствует сохранению фибринового матрикса и увеличивает прочность тромба. Вместе оба перечисленных эффекта транексамовой кислоты способствуют стабилизации тромба.

Для сравнения результатов применения препарата было сформировано три группы пациентов.

У пациентов первой группы мы исследовали местное применение транексамовой кислоты (смачивание и тампонада носа тампонами, пропитанными раствором препарата из расчёта одна ампула раствора на один тампон).

Пациенты второй группы принимали препарат транексамовой кислоты системно в таблетированной форме по следующей схеме: вечером – накануне операции, утром – перед операцией и на следующий день после хирургического вмешательства непосредственно перед удалением тампонов из носа.

Третью группу составили пациенты, которым транексамовая кислота применялась комплексно – местно и системно.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали существенное превосходство положительного результата использования препарата в третьей группе пациентов. При комплексном применении транексамовой кислоты операционное поле было практически сухое, а признаков кровотечения через тампоны в послеоперационном периоде не наблюдалось. Кроме того, при удалении тампонов у пациентов этой группы кровотечение было минимальным и самостоятельно прекращалось через минуту, либо вообще его не было.

Выводы: при выполнении внутриносовых операций для широкого использования можно рекомендовать комплексное применение транексамовой кислоты.

Гмыря А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ОБСЦЕННОЙ ЛЕКСИКИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Обсценная лексика (бранная речь, мат) – явление, широко распространенное в разных культурах и социальных группах. На сегодняшний день достаточно научных свидетельств, для того чтобы с полной ответственностью утверждать, что использование обсценной лексики в своем словарном обиходе не проходит бесследно для человека. На основании исследования И.Б. Белявского, у людей, для которых ненормативная лексика — норма жизни, «гораздо быстрее наступают процессы старения и возникают различные болезни», «...подобно радиационному облучению». Дабы доказать или опровергнуть влияние обсценной лексики на состояние здоровья человека, было проведено исследование среди студентов 2-5 курсов - опрошено 205 студентов, из которых 56 мужчин и 149 девушек, возрастная категория 17-29 лет. На вопрос: «Как часто Вы употребляете ненормативную лексику?» - 27% ответили «часто», 23% «не обращаю внимания, постоянно», 8% - «очень часто», что указывает на широкую распространенность бранной лексики среди молодежи, можно сказать она уже является для них «нормой», без которой они не могут обойтись. Была выявлена закономерность, что употребление ненормативной лексики происходит зачастую у студентов среди сверстников, с незнакомыми людьми и людьми старшего возраста – нет. «С кем (в чьей компании) у Вас происходит употребление ненормативной лексики?» 51% - «друзья», 25% - «с одногруппниками», 13% - «со своим молодым человеком/девушкой», 6% - «родители», 1% - «с незнакомыми людьми». На вопрос «Как часто Вы ругаетесь матом «про себя» 30% ответили «не обращаю внимания, постоянно», 21% - «часто», 16% - «очень часто». 61% участников осведомлены, что использование ненормативной лексики влияет на психофизиологическое состояние, причем заметные изменения самочувствия замечают те, кто «редко» или «крайне редко» её использует в повседневной жизни («Крайне редко» - 17%, «Редко» - 24%). Употребление обсценной лексики вызывает активацию симпатической нервной системы, повышению уровня адреналина и кортизола в крови, что ведет к увеличению частоты сердечных сокращений, сухости во рту, одышки и другим эффектам. Эти физиологические изменения могут быть связаны с ощущениями стресса, тревоги и агрессии в той или иной ситуации, в которой оказался человек. По результатам опроса 75,5% участников используют бранную речь в состоянии стресса, 24,5% - не используют. «Повышение тревожности» наблюдают 33% участников, 24% - «учащенное сердцебиение», 11% - «сухость во рту, ощущение кома в горле», 9% - «неприятный дискомфорт за грудиной», 8% - «ощущение то жара, то холода по всему телу», 6% - «одышка», 4% - «головокружение», «дискомфорт в проекции желудка, толстой кишки» - 1%, «неприятное покалывание в верхних и нижних конечностях» - 1%. На вопрос «Как Вы воспринимаете ненормативную лексику, направленную на Вас?» 35% ответили «отрицательно», 16% - «хочется ответить тем же». Следует отметить, что немало важную роль в использовании обсценной лексики играет и окружающая среда, в которой находится человек. По результатам опроса, на вопрос «Кто повлиял на то, что Вы начали использовать нецензурную лексику?» 33% участников проголосовало – «друзья», 28% - «никто», 21% - «сам начал», «14% - знакомые в учебном заведении», 2% - «родственники», 1% - «родители». Исходя из результатов исследования, активное употребление ненормативной лексики оказывает отрицательное влияние на здоровье человека, что требует внимательного изучения данной глобальной проблемы и разработки стратегий по минимизации негативных последствий.

Гмыря А.А., Бугашева Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В условиях современного мира, где требования к производительности и адаптации стремительно растут, стресс стал привычным спутником для многих людей. Однако стресс является нормальной реакцией на внешние и внутренние раздражители, но его продолжительное действие может негативно отразиться на здоровье. Так было проведено исследование среди студентов 2-5 курсов, было опрошено 215 студентов, из которых 58 мужчин и 157 девушек, в возрасте 17-29 лет. На вопрос «Как часто Вы испытываете стресс?» 40% ответили «часто», 34% - «иногда, в зависимости от ситуации», 14% - «очень часто», 10% - «редко», 1,3% - «очень редко». Такой высокий процент по уровню стресса связан с актуальными социальными, экономическими, психологическими проблемами, сложившимися с началом специальной военной операции в Донецкой Народной Республике. На вопрос «На какие сферы жизни, по Вашему мнению на данный момент больше всего действует стресс?». 36% - ответили «учебная», 28% - «личная», 22% - «социальная», 14% - «рабочая». Также студентам был задан уточняющий вопрос о причинах их стресса в разных сферах жизни. 21% ответили, что причиной их стресса является «загруженность на учёбе», 13% - «военная обстановка», 11% - «отсутствие мотивации», 10% - «внутренний конфликт», 9% - «проблемы в отношениях с друзьями/родителями/девушкой/молодым человеком», 8% - «неумение рационально организовать свое время», 7% - «проблемы со здоровьем», 6% - «строгие преподаватели», 6% - «тяжело совмещать работу и учёбу», 4% - «семейные проблемы», 4% - «проблемы на работе». По результатам данного опроса можно сделать вывод о том, что основная сфера, где студенты больше всего испытывают стресс – учебная. Это скорее всего обусловлено тем, что с 01.09.2024 студенты возобновили очное обучение после 1,5 лет дистанционного. Огромная эмоциональная, психологическая и интеллектуальная нагрузка не могла не отразиться и на самочувствии студентов. Поэтому на вопрос «Что Вы больше всего ощущали при стрессе» 11% ответили – «усталость», 11% - «раздражительность, обидчивость», 10% - «депрессия, плохое настроение», 9% - «апатия, злость», 8% - «забывчивость, низкая успеваемость, низкая концентрация внимания», 8% - «недостаток сна», 8% - «тревога, страх», 7% - «головная боль, головокружение», 6% - «спешка, ощущение постоянной нехватки времени», 4% - «потеря уверенности, снижение самооценки», 4% - «учащение сердцебиения», 4% - «расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта», 4% - «потеря волос», 3% - «напряженность и дискомфорт в области шейного отдела, боли в спине», 2% - «затруднение дыхания», 2% - «ощущение кома в горле, сухость во рту». Стресс не проходит бесследно для человека, а может приводить к различным неблагоприятным поведенческим последствиям. Так 17% участников опроса ответили, что основное поведенческое изменение, с которым они сталкиваются после длительного стресса «раздражительность, частые вспышки гнева, частые беспричинные споры», 15% - «невозможность отдохнуть, расслабиться», 13% - «снижение эффективности и результативности», 12% - «изменение режима сна», 11% - «изменение уровня активности», 8% - «изменение в привычках питания», 7% - «изменение в производительности труда», 6% - «трудность общения», 6% - «повышение бдительности в отношении безопасности окружающей среды», 5% - «избегание действий или мест, которые вызывают воспоминания». Таким образом, в результате проведенного анкетирования можно сделать вывод, проблема стресса актуальна, что создает необходимость исследований в контексте осведомленности о важности психофизиологического и психоэмоционального состояния здоровья и разработки эффективных стратегий профилактики его.

Гмыря А.А., Пивнев Б.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ АНАЛОГОВ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ – НОВОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Цель исследования. Определить патогенетические основы действия аналогов тиреоидных гормонов для лечения атеросклероза.

Материалы и методы. Анализ отечественных и зарубежных литературных источников, клинических рекомендаций, материалов докторских и кандидатских диссертаций.

Результаты исследования. Известно, что гормоны щитовидной железы (тироксин или трийодтиронин (Т3), тетраiodтиронин (Т4)) принимают активное участие в регуляции жирового обмена. Ключевым моментом в формировании атеросклеротической бляшки является образование липидного ядра, основным компонентом которого является кристаллы холестерина. Тиреоидные гормоны оказывают прямое и опосредованное влияние на обмен холестерина. Гормон Т3 способен стимулировать ГМГ-КоА-редуктазу, которая тесно связана со стерол-регулирующим элементом ДНК - белок, связывающий регуляторные элементы стеролов 2 (SREBP2). Однако, по механизму обратной отрицательной связи холестерол может ингибировать ГМГ-КоА-редуктазу. И Т3, и SREBP2 стимулируют транскрипцию специфического рецептора к липопротеинам низкой плотности (ЛПНП). Благодаря увеличению количества данных рецепторов происходит увеличение захвата холестерина, и как следствие, уменьшение его содержания в крови. SREBP2 тесно связан со специфическим печеночным рецептором X (LXR). LXR способен при высоком уровне холестерина инактивировать SREBP2. Это приводит к катаболизму ГМГ-КоА-редуктазы и снижению синтеза холестерина. Т3 способен действовать и на PPAR-альфа (рецептор, активируемый пероксисомным пролифератором альфа), также уменьшая синтез холестерина. Немаловажную роль в обмене холестерина играют липопротеины высокой плотности класса 2 (ЛПВП2), поскольку они обеспечивают их обратный транспорт в печень. Для поступления холестерина в печень необходим специфический белок апопротеин А1 (апоА1). Его транскрипция увеличивается под действием LXR и PPAR-альфа. И Т3, и Т4 способны стимулировать липопротеин-липазу, расположенную на внутренней поверхности эндотелия сосудов, и печеночную липазу. Липопротеин-липаза гидролизует липопротеиды, которые богаты триацилглицеридами, а печеночная липаза гидролизует ЛПВП2 в ЛПВП3 (в липопротеины высокой плотности класса 3), внося тем самым свой вклад в превращение ЛПВП3 (липопротеины промежуточной плотности) в ЛПНП. Следует отметить, что для поддержания гомеостаза холестерина необходимо превращение холестерина в желчные кислоты. Данный путь метаболического процесса контролируется специфическим ферментом 7-альфа-гидроксилазы, которая синтезируется в печени также под действием гормона Т3. В экспрессии данного фермента участвует печеночный ядерный фактор-4 (HNF4). PPAR-альфа способен ингибировать данный ядерный фактор, снижая тем самым его экспрессию.

Выводы. Таким образом, исходя из основных патогенетических аспектов влияния гормонов щитовидной железы на жировой обмен, можно сделать следующий вывод: понимание основных механизмов действия Т3 и Т4 создает новые возможности для разработки терапевтической стратегии, направленной на коррекцию липидного профиля, что значительно может улучшить качество жизни и прогноз пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Говоруха И.Т., Зоркова Е.В., Джоджуа Т.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Донецкий Республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки», Донецк

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Неблагоприятное влияние болезней матери на развитие и жизнеспособность плода определяет и поддерживает актуальность проблемы экстрагенитальной патологии у беременных в настоящее время (Подкаменева Т. В., Баряева О. Е., 2019).

Цель. Провести анализ фоновых заболеваний у пациенток с осложнениями беременности и родов.

Материалы и методы. Обследовано, пролечено и выписано 256 пациенток с патологией беременности и родов. У 89 пациенток гестация протекала на фоне экстрагенитальных болезней и состояний, осложняющих беременность, деторождение и послеродовой период. Проведен анализ частоты наиболее распространенных фоновых заболеваний осложненной беременности.

Результаты и обсуждение. Пролеченные и выписанные в отделении патологии беременности ГБУ ДНР «ДРПЦ ИМ. ПРОФ. В. К. ЧАЙКИ» беременные за 9 месяцев 2024 года наиболее часто поступали со следующей акушерской патологией: вызванная беременностью гипертензия – 13,3% (34 беременные); вызванные беременностью отеки – 23,4% (60); преэклампсия средней степени тяжести – 2,0% (5); рвота беременных лёгкая или умеренная – 3,1% (8); угрожающий аборт – 24,6% (63); ложные схватки в период до 37 полных недель беременности – 44,5% (114); плацентарные нарушения – 18,4% (47); истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери – 9,4% (24); дистресс плода – 2,3% (6);

У пролеченных и выписанных 89 женщин, гестация развивалась на фоне: анемии, осложняющей беременность, деторождение и послеродовой период – 34,0% (87 беременных); заболеваний щитовидной железы – 33,2% (85); врожденных пороков сердца – 2,0% (5); вегетососудистой дистонии – 8,2% (21); существовавшей ранее гипертензии – 5,9% (15); сахарном диабете, существовавшем ранее – 2,3% (6) и развившемся вовремя беременности 10,9% (28); поражений печени – 9,4% (24); лекарственного гепатита – 12,1% (31); заболеваний почек – 10,2% (26); заболеваний глаз (миопия) – 9,0% (23); бессимптомной бактериурии – 26,2% (67).

Оценка показателей родовспоможения у данной категории пациенток отделения патологии позволила установить, что роды самопроизвольные в срок произошли у 53,9% (138) беременных с патологией беременности и родов, пролеченных в отделении. Среди пациенток с фоновыми заболеваниями таких было 42,7% (38). Преждевременные роды проведены у 7,8% (20) женщин с патологией беременности и родов и у 13,5% (12) с фоновыми заболеваниями. Соответственно кесарево сечение (КС) было выполнено у 38,3% (98) беременных с наличием акушерской патологии и у 43,8% (39) пациенток с патологией беременности и родов на фоне других заболеваний и состояний, осложняющих гестацию и роды.

Выводы.

У 34% (89) беременных с патологией беременности и родов гестация протекала на фоне экстрагенитальной патологии.

Основной фоновой экстрагенитальной патологией были: анемия, заболевания щитовидной железы, сердечно-сосудистая патология.

У беременных с патологией гестации на фоне экстрагенитальной патологии преждевременные роды наступали чаще в 1,7 раза, КС применялось чаще в 1,2 раза.

Гоголев А.В., Бойцова Е.В., Новикова В.П., Кузнецова Д.А., Лапин С.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС И ПРИЧИНЫ ЕГО НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Введение: Муковисцидоз (кистозный фиброз, МВ) – наиболее частая наследственная патология, обусловленная мутацией гена CFTR (трансмембранный регулятор проводимости ионов Na и Cl), характеризующееся поражением всех экзокринных желез, а также жизненно важных органов и систем и имеющее обычно тяжелое течение и неблагоприятный прогноз.

Нутритивный статус больных МВ часто нарушен. Современные подходы по нормализации статуса питания больных МВ, заместительной энзимотерапии и нутритивной поддержки, оставляют ряд нерешенных вопросов в связи с сохраняющимся у этих больных низким нутритивным статусом.

Цель исследования: На основании изучения современных копромаркеров выявить возможные причины нарушения нутритивного статуса у детей с муковисцидозом, получающих заместительную ферментотерапию.

Пациенты и методы: Проведено обследование 61 пациента в возрасте от 5 до 18 лет (средний возраст 11,5 лет) с диагнозом МВ. У 95% детей подтверждена мутация в гене CFTR F508del, причем 40% в гомозиготном состоянии. Все дети находились на стационарном лечении, получали нутритивную поддержку специализированными смесями и заместительную ферментотерапию. Уровень физического развития оценивался по показателям антропометрии (измерялась масса тела, рост, ИМТ). Оценка антропометрических данных была проведена с помощью программы «Who-AntroPlus» в соответствии с возрастом и полом ребенка. Всем детям выполнялось определение наличия стеатореи в копрограмме, собирались пробы кала на содержание кишечной эластазы методом ИФА (Bioserv Diagnostics GmbH), кислотного стеатокрита, с использованием гравиметрического метода полуколичественной оценки содержания жира в кале, на исследование активности химотрипсина в кале, фотометрическим методом (Immundiagnostik AG), на исследование остаточной осмолярности кала методом ионоселективного анализа (Osmptic gare), на содержание углеводов в стуле (метод Бенедикта), на содержание кишечного кальпротектина методом ИФА («BÜHLMANN Laboratories AG») Исследование проводили в лаборатории диагностики аутоиммунных заболеваний ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. академика И.П.Павлова (зав. к.м.н. Лапин С.В.)

Результаты: При оценке состояния питания детей было установлено, что у 53% пациентов ИМТ имел отрицательные значения, что соответствует дефициту питания, 84% из них имели легкую или умеренную степень недостаточности питания, а 14% - тяжелую. Избыточное питание отмечалось у 3 детей (0,04%). Уровень панкреатической эластазы был снижен в большинстве проб (92,5%), у 85% пациентов уровень составлял ниже 30 мкг/гр (при норме более 200 мкг/гр). Уровень кислотного стеатокрита в 82% проб был выше нормальных значений, в 32% проб уровень химотрипсина был значительно снижен. При этом в копрограмме нейтральный жир не определялся. Уровень остаточной осмолярности кала в 37% проб указывал на наличие секреторного типа диареи, в 27% - осмотического. Уровень углеводов сохранялся высоким в 26% проб. Уровень кишечного кальпротектина был повышен у 62% пациентов.

Заключение:

- Несмотря на адекватное современное лечение, нарушение нутритивного статуса при МВ выявлено у более половины детей
- Несмотря на заместительную терапию ферментами и отсутствие нейтрального жира в копрограмме, у большинства пациентов сохранялась стеаторея.
- У трети пациентов отмечались лабораторные признаки вторичной лактазной недостаточности, что, вероятно связано, с интенсивной антибактериальной терапией.
- У половины больных выявлены высокие уровни кишечного кальпротектина, что указывает на воспалительные процессы слизистой кишечника и может быть дополнительной причиной недостаточности питания.

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К РЕАКТИВНЫМ АРТРОПАТИЯМ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЯМИ

В последнее время все более актуальной становится проблема реактивных артритов (РеА), ассоциированных с различными инфекциями и наличием у больного антигена гистосовместимости HLA-B27. РеА в структуре ревматических заболеваний у детей до 14 лет составляют 56%, у подростков – 37%. Для обозначения суставного поражения при РеА в настоящее время пользуются более общим термином «артропатия», под которой понимают любые объективно определяемые нарушения в суставе.

В основе лечения больных с РеА лежит выявление и радикальная санация очагов инфекции. Также в лечебные программы обязательно включают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако использование большинства из них лимитируется наличием сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая в современных условиях широко распространена в подростковой популяции.

Препаратами выбора у данной категории больных являются селективные ингибиторы ЦОГ-2, среди которых в детской практике используется преимущественно группа нимесулида, что позволило во многом решить проблему ЖКТ-осложнений у пациентов с гастроудоденальной патологией.

Особенностью действия нимесулида на цитокиновый профиль при РеА является снижение синтеза простагландинов, интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и др., подавление адгезии нейтрофилов к эндотелию за счет ингибирования экспрессии адгезионных молекул (в частности, L-селектина), что снижает экссудативные воспалительные явления. Нимесулид также нейтрализует гипохлорную кислоту и тормозит синтез ферментов (коллагеназы, стромелизина, эластазы), разрушающих хрящевую ткань, что не только уменьшает повреждение хрящевого матрикса, но и нормализует процессы синтеза хрящевой ткани. К тому же препарат находится в синовиальной жидкости более длительно, чем в плазме, что является дополнительным фармакокинетическим преимуществом и обуславливает длительный анальгетический эффект. Влияние же на слизистую оболочку ЖКТ в сравнении с другими НПВП минимально.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности нимесулида у детей с РеА на фоне сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта.

Под нашим наблюдением находилось 56 детей с РеА на фоне сопутствующей патологии ЖКТ (хронический гастрит, гастроуденит) в возрасте от 12 до 18 лет.

Проводилось тщательное изучение анамнеза и клиническое обследование детей с балльной оценкой суставного синдрома (болевого, суставной, воспалительный индексы) по методу Ричи. Для оценки активности воспалительного процесса использовались биохимические и иммунологические показатели (ИЛ-6, ФНО- α).

Эффективность терапии оценивалась по клиническим и лабораторным показателям.

Для сравнительной оценки эффективности больные были разделены на две основные группы: I группа – 27 человек, получавшие в качестве НПВП нимесулид, II группа – 29 пациентов, которые наряду с системным НПВП получали местную терапию.

Через неделю после начала лечения у 49 (87,5 %) детей I и II групп у 24 (80,0 %) детей контрольной группы отмечалось улучшение самочувствия, положительная динамика болевого, суставного и воспалительного индексов Ричи. Через 2 недели терапии индексы Ричи во II группе были достоверно ниже, чем в I и контрольной группах. В результате проведенного лечения отмечалось достоверное снижение показателей воспалительной активности у больных всех групп.

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Гипоталамо-гипофизарные нарушения являются причиной возникновения многих патологических состояний организма. В периоде полового созревания функциональное напряжение нейроэндокринной системы как и ее еще недостаточные резервы определяют повышенную чувствительность эндокринных желез к воздействию различных повреждающих факторов. Это является причиной формирования в подростковом возрасте ряда эндокринно-обменных заболеваний, самым распространенным из которых является гипо-таламический синдром пубертатного периода (ГСПП). Гипоталамический синдром у подростков характеризуется высокой распространенностью, клиническим полиморфизмом и тесной связью с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями. Характерным проявлением ГСПП является склонность к повышению артериального давления и частому развитию явной артериальной гипертензии (АГ). Распространенность гипоталамического синдрома пубертатного периода составляет 82,4 на 1000 и артериальная гипертензия (АГ) – частая причина обращения к врачу. Литературные данные свидетельствуют о том, что АГ, возникающая у подростков на фоне гипоталамического синдрома, чаще, чем у пациентов без признаков дизэнцефальной дисфункции, имеет прогрессирующее течение, характеризующееся стабилизацией повышенного уровня АД, требующей назначения и постоянного приема антигипертензивных препаратов в более высоких дозах.

В основе развития АГ при ГСПП лежит гиперпродукция АКТГ, кортизола, повышение активности ренин-альдостероновой системы, а также гиперинсулинемия. Инсулин, стимулируя реабсорбцию натрия и воды в нефронах, повышает чувствительность коры надпочечников к ангиотензину II и увеличивает секрецию альдостерона, а также повышает катехоламинную активность симпатической нервной системы.

В наших наблюдениях АГ выявлялось у 84,4 % подростков с ГСПП (n=32). Для пациентов был характерным гипокINETический тип гемодинамики с низкими показателями сердечного выброса и высоким периферическим сосудистым сопротивлением. Помимо вышеуказанных звеньев патогенеза АГ, также необходимо учитывать действие на гладкомышечные клетки артериол инсулина, который повышает внутриклеточное содержание ионов кальция и стимулирует пролиферацию этого слоя. Все это приводит к увеличению ОЦК, росту периферического сосудистого сопротивления и к возникновению АГ.

Общепринятый комплекс лечения ГСПП включает: гипокалорийную диету, медикаментозную терапию, направленную на улучшение мозгового кровообращения и дегидратацию, ЛФК и физиотерапию. В терапии данной АГ зачастую необходима комбинация антигипертензивных средств, причем в более высоких дозах. Однако, патогенетически обоснованным в лечении АГ при ГСПП является, по нашему мнению, использование препаратов, уменьшающих инсулинорезистентность.

Голоденко О.Н., Абрамов В.Ал.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ» У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПРОЛОНГИРОВАННОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Основываясь на личностно-ориентированном подходе в психиатрии, была разработана математическая модель нейронного программирования показателя «расстройство адаптации» у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени на Донбассе. Период наблюдения затронул 2016-2020 годы умеренной интенсивности стресса в условиях значительных изменений в жизни. С помощью построенной математической модели нейронного программирования были выявлены основные прогностические индивидуально-психологические факторы нарушения адаптационных способностей у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени.

Особая актуальность исследования заключается в том, как стресс военного времени влияет на психическое здоровье лиц молодого возраста. Учитывая возрастные особенности личностного, ценностно-смыслового и мотивационного становления в период ранней зрелости, данный контингент попадает в группу риска по развитию клинически выраженных нарушений психической адаптации. Если в период активных боевых действий 2014-2015 годов, с непосредственной угрозой для жизни, психическая реакция граждан характеризовалась эмоциональным всплеском на неожиданные и интенсивные стрессогенные события, то в продолжении длительного периода военно-политического конфликта (2016-2020 годы), с его умеренными стрессогенными факторами, личность подвергалась испытанию пролонгированных изменений в жизни.

Целью данного исследования стало построение математической модели с применением искусственных нейронных сетей, которая могла бы прогнозировать значение переменной «расстройство адаптации» по известным значениям множественных факторов у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени. Результаты данного исследования позволят составить наиболее целевую и эффективную психопрофилактическую программу, направленную на саморазвитие, или психокоррекционный блок, нацеленный на самораскрытие и активацию личностных ресурсов, для предупреждения формирования клинически выраженных нарушений психической адаптации.

Выводы. Построенные математические модели с применением искусственных нейронных сетей для решения задачи прогнозирования показателя «Расстройство адаптации» показала высокие прогностические способности линейной модели на 4 признаках (общий уровень саморегуляции поведения, жизнестойкости, субъективного отчуждения и социально-психологической адаптации) без ухудшения основных регрессионных показателей. Данная математическая модель позволит на догоспитальном этапе выявлять факторы риска развития расстройства адаптации у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени. Полученные данные легли в основу разработки целевой личностно-ориентированной программы психопрофилактики и психокоррекции нарушений адаптации, направленной на самораскрытие и активацию личностных ресурсов. Восстановление основных прогностических параметров личностного потенциала, оптимизирует способность преодоления и совладания со стрессом, что предупредит развитие клинической дезадаптации и восстановит качество жизни и социальное функционирование лиц молодого возраста в изменившихся условиях жизнедеятельности, не подлежащих элиминации.

Голубицкий К.О., Дорошилов Д.В., Никульников И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМИССИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Введение: По данным ВОЗ в 2014 году 8,5% взрослых в возрасте 18 лет и старше страдали диабетом. В 2019 году диабет был непосредственной причиной 1,5 миллиона смертей, и 48% всех смертей от диабета произошли в возрасте до 70 лет. Еще 460 000 смертей от заболеваний почек были вызваны диабетом, а повышенный уровень глюкозы в крови является причиной около 20% смертей от сосудистых патологий. Для достижения эффективного лечения сахарного диабета 2 типа (СД 2) традиционно требуется изменение образа жизни, диеты, физических нагрузок, а также применение сахароснижающих препаратов и инсулина. Однако с появлением бариатрической хирургии открылась новая возможность в лечении СД 2. Сравнительно с традиционными методами лечения СД 2, этот вид хирургического вмешательства может привести не только к компенсации заболевания, но и к полной и относительно стабильной ремиссии. Из-за этого бариатрическая хирургия широко применяется в клинической практике и является частью клинических рекомендаций, выданных ведущими мировыми профильными сообществами, по лечению СД 2. Но при этом выбор типа операции на данный момент не регламентирован и зависит от множества субъективных факторов, включая предпочтения хирурга и пациента.

Цель: Прогнозирование вероятности ремиссии сахарного диабета после проведения бариатрических оперативных вмешательств.

Материалы и методы: Обзор литературы на основе заранее определенных критериев проводился с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2023 г. в базе данных PubMed. Были включены все исследования, в которых сообщалось о случаях ремиссии сахарного диабета после проведения бариатрических оперативных вмешательств.

Результаты: Основываясь на исследование G. Camerini и его соавторов было выявлено, что продолжительность анамнеза СД2 влияет на вероятность ремиссии заболевания у пациентов после билиопанкреатического шунтирования (БПШ). У пациентов с анамнезом продолжительностью менее года, ремиссия была достигнута у 100% пациентов через 5-10 лет и у 96% пациентов через 15 лет. В то же время, у пациентов с анамнезом продолжительностью более 5 лет, ремиссия наблюдалась у 85% пациентов через 5-10 лет и у 76% пациентов через 15 лет.

Исследование, проведенное S. Chikunguwo и его коллегами, показало, что лечение сахароснижающими препаратами и наличие инсулинотерапии также влияют на вероятность ремиссии СД2 у пациентов после желудочно-кишечной операции. Пациенты с коротким сроком диабета и без инсулинотерапии чаще достигают продолжительной ремиссии СД2. Повторный набор веса после операции не сильно связан с рецидивом СД2. В прогнозировании ремиссии СД 2 следует учитывать лечение сахароснижающими препаратами и наличие инсулинотерапии в медицинской истории пациента.

Выводы: Бариатрические оперативные вмешательства бесспорно более эффективны в лечении СД 2 типа, что было доказано довольно давно. Но остается дискуссионным применение персонального подхода к выбору наиболее оптимального оперативного варианта лечения для каждого пациента гипергликемии и метаболического синдрома в целом. В любом случае в своих результатах авторы отмечают, что бариатрическая хирургия обладает лучшими промежуточными показателями уровня глюкозы у пациентов с тяжелым ожирением и СД 2 типа по сравнению с пациентами, получающими только консервативные методы лечения.

Голубов К.Э., Колесник А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОВИРУСНЫМ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОМ

Аденовирусные заболевания глаз являются одной из ведущих причин временной нетрудоспособности у лиц работоспособного возраста. Актуальным остается поиск простых, доступных к использованию в первичном звене офтальмологической службы методов лечения данного заболевания.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения пре-парата эксинда в лечении больных с аденовирусными кератоконъюнктивитом.

Под наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте 18-55 лет с аденовирусным кератоконъюнктивитом. В зависимости от характера терапевтических мероприятий были выделены следующие группы исследуемых: первая(основная)- 24 больных, в лечение которых на фоне традиционно применяемых средств(назначение иммунокорректирующих, противовоспалительных, десенсибилизирующих препаратов для общего и местного применения) использовался эксинда, вторая(контрольная) - 23 лиц в лечение, которых использовались только традиционно применяемые средства. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и характеру клинических проявлений заболевания. Эксинда назначался по одной капле 6-8 раз в сутки, по мере улучшения состояние частота закапывания уменьшалась до 3-4 раз в сутки.

Клинические наблюдения показали, что при использовании в комплексном лечении больных с аденовирусным кератоконъюнктивитом препарата эксинда на фоне традиционно применяемых средств положительный эффект отмечался уже в первые дни лечения. Пациенты основной группы в среднем на 2-4 дня раньше отмечали уменьшение жалоб на слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу, исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, нормализацию конъюнктивы наблюдалось на 5-6 дней раньше, средний срок резорбции резорбция, либо замещение активных, инфильтратов плоскими помутнениями протекала на 5-7 дней быстрее чем в контрольной группе лиц. Длительность лечения в основной группе составляла от 10 до 15 дней, а во второй- от 15 до 22 дня. Повышение остроты зрения наблюдалось у 92,0% лиц основной и 83,3% лиц контрольной групп.

Использование в комплексном лечении больных с аденовирусным кератоконъюнктивитом препарата эксинда способствует снижению клинической тяжести поражения роговицы(сокращение сроков эпителизации роговицы, резорбции инфильтратов роговицы), сокращает сроки лечения пациентов на 5-6 дней.

Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ПОРАЖЕННОСТИ ЗУБОВ КАРИЕСОМ НА ФОНЕ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Цель исследования: Изучение влияния некоторых общих заболеваний у детей на уровень кислотоустойчивости эмали у детей.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели были отобраны дети, страдающие серьезными обменными системными нарушениями. Нами был обследован 21 ребенок с экзогенно-конституциональным ожирением, 20 детей с сахарным диабетом, 59 детей со сколиозом и 130 практически здоровых детей в возрасте 13-14 лет. Диагноз кариеса устанавливали по общепринятой методике. Для диагностики кариеса в стадии пятна использовали 2% раствор метиленового синего по методике Л.А.Аксамит. Определяли распространенность и интенсивность поражения зубов кариесом по индексу КПУ. Структурно-функциональную кислотоустойчивость (СФКУ) эмали изучали с помощью вычисления теста ТЭР. Состояние здоровья обследуемых оценивали по данным индивидуальной карты развития ребенка и истории болезни.

Результаты исследования. В результате обследования были получены следующие данные. Распространенность кариеса в группе детей с ожирением составила 62,5%, в контрольной – 88,5%. Средняя интенсивность поражения зубов кариесом у детей с ожирением была равна $0,95 \pm 0,23$, в контрольной – $3,73 \pm 0,25$ ($p < 0,01$). У 81% детей с ожирением была диагностирована высокая структурно-функциональная кислотоустойчивость эмали, у практически здоровых – только в 10,8% случаев. Это отразилось и на среднем уровне резистентности эмали. В группе детей с ожирением он составил $1,24 \pm 0,12$, в группе практически здоровых детей – $2,38 \pm 0,05$ ($p < 0,01$). Логическим продолжением исследования детей с ожирением явилось изучение влияния сахарного диабета на резистентность зубов к кариесу, т.к. дети с ожирением являются угрожаемыми по диабету. Средняя интенсивность поражения зубов кариесом в этой группе составила $2,1 \pm 0,62$ ($3,73 \pm 0,25$ – в контроле, $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что детей, страдающих сахарным диабетом, как и детей с ожирением, отличает большая устойчивость зубов к кариесу, чем практически здоровых детей. В группе детей, больных сахарным диабетом, средний уровень резистентности эмали составил $1,7 \pm 0,21$ (в контроле – $2,38 \pm 0,05$, $p < 0,01$). При обследовании детей со сколиозом показатель распространенности кариеса оказался равным 94,4% (88,8% - в контроле). Средняя интенсивность поражения зубов кариесом составила $5,32 \pm 0,51$ ($3,75 \pm 0,25$ – в контрольной группе, $p < 0,01$). Следует отметить, что в течении кариозного процесса у детей со сколиозом преобладают острые формы кариеса. После определения уровня структурно-функциональной резистентности эмали у этих детей стала понятной такая высокая пораженность зубов кариесом. Крайне низкая резистентность эмали обнаружена у 25,4% детей, болеющих сколиозом (7,75% - в контрольной группе). Средний уровень резистентности эмали составил $2,69 \pm 0,08$ ($2,38 \pm 0,05$ – в контроле, $p < 0,004$).

Выводы. Таким образом, не все общие заболевания организма непременно ведут к снижению устойчивости зубов к кариесу. Наряду со многими общими заболеваниями, способствующими поражению зубов кариесом, мы сталкиваемся, как это ни парадоксально, с такими, при которых пораженность зубов кариесом значительно ниже, чем у практически здоровых детей

Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОПУКТУРЫ

Цель исследования: изучение эффективности лечения начальных форм кариеса различной остроты течения с помощью электропунктуры.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью данного исследования была набрана группа детей в количестве 36 человек, больных начальным кариесом, которым при проведении плановых санационных мероприятий был проведен терапевтический курс электропунктурных воздействий. Всего было зарегистрировано 48 кариозных пятен, расположенных в пришеечной области. Для диагностики начального кариеса использовался метод витального окрашивания по методике Аксамит Л.А. (1978). Гигиеническое состояние полости рта проводили по методике Федорова-Володкиной с вычислением гигиенического индекса (ГИ). Для электропунктуры использовался аппарат «Элита-4». При этом активный электрод-щуп фиксировался в искомой точке и аппарат переводился в рабочий режим стимуляции. Силу тока в диапазоне 30-50 мкА дозировала, исходя из субъективных ощущений пациента. Процедура проводилась в течение 10 минут. Уровень структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали (СФКЭ) определяли с помощью пробы ТЭР. Вегетативную обеспеченность деятельности определяли с помощью вегетативного индекса Кердо (ВИК) и минутного объема крови по способу Лильештранда и Цандера (МОК).

Результаты исследования. При первичном осмотре было отмечено значительное количество зубного налета, покрывающую вестибулярную поверхность зубов. Гигиенический индекс был равен $3,8 \pm 0,2$ балла. Для диагностики кариозных поражений зубной налет механически убрали с поверхности зубов. Анализ кариозных пятен показал, что наряду с хроническим течением процесса, характеризующегося интенсивной пигментацией кариозного очага (59,6%) отмечалось острое течение кариеса (34,4%) со светлой или меловидной окраской очага поражения, а также деструктивные поражения поверхностных слоев эмали, характерные для поверхностного кариеса (9%). При окраске кариозных пятен 2% раствором метиленового синего в подавляющем большинстве случаев регистрировали высокую степень окраски. Среднегрупповые значения исходного уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали были снижены по сравнению со среднестатистическими значениями этого показателя для данной возрастной группы и равнялись $5,9 \pm 0,3$ балла. Через 0,5 года после проведения лечения в 71,5% наблюдались признаки клинического выздоровления: уменьшение размеров кариозных пятен, повышение интенсивности пигментации, что свидетельствовало о стабилизации процесса. При витальном окрашивании поверхности зубов 2% метиленовым синим отмечалось или его полное отсутствие (30,1%), или снижение его интенсивности. В тех случаях, когда отмечались деструктивные поражения эмали (6%) после проведенного лечения выявлено, что микродефекты эмали сгладились, дно и стенки стали гладкими. Отмечалось возрастание СФКЭ по пробе ТЭР до $3,1 \pm 1,5$ баллов. Уменьшилось количество зубного налета, при этом ГИ стал равен $2,1 \pm 0,18$ баллов. Изучение вегетативных показателей до и после проведения электропунктуры свидетельствовали и симпатотонической направленности их исходных значений (ВИК $19,2 \pm 3,8$; МОК $4031,8 \pm 421,4$), которые после проведения терапевтического курса сместились в сторону нормо- или ваготонии (ВИК $3,6 \pm 0,2$; МОК $2198,5 \pm 165,1$).

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности применения электропунктуры при проведении терапевтических воздействий в процессе лечения начальных форм кариеса зубов.

Горбаткова Е.Ю., Ахмадуллин У.З., Ахмадуллина Х.М., Катыева Д.О.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М.Акумуллы», Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

ЧОУ ВО «Восточная экономико-юридическая гуманитарная академия», Уфа

ОБ ОПЫТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ВУЗЫ – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ»

Здоровье является главным достоянием каждого человека. Особое значение для студенческой молодежи имеет создание здоровьеразвивающей среды в процессе профессиональной подготовки. Каждый вуз разрабатывает собственную Программу здоровьесбережения и реализует ее в рамках проекта «Вузы - территория здоровья». Здоровьесберегающая политика каждого вуза направлена на решение главной цели – сохранению здоровья обучающихся.

Целью данного исследования явилось изучение опыта реализации проекта «Вузы - территория здоровья» на базе ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М.Акумуллы» в г. Уфе. Основу проекта составила опытно-экспериментальная работа по внедрению здоровьесберегающего образовательного курса «Формирование здоровья обучающихся». Экспериментальный элективный курс изучался студентами в течение трех лет как дисциплина выбора.

В экспериментальную группу были включены 114 человек: 71 девушка (62,3%) и 43 юношей (37,7%), изучавшие данный элективный курс. В контрольную группу были включены 108 студентов: 67 девушек (62,0%) и 41 юноша (38,0%), изучавшие другую выборную дисциплину.

Для оценки эффективности проведенного эксперимента нами был проведен анкетный опрос студентов – участников эксперимента. Были получены следующие результаты:

- количество студентов экспериментальной группы, считающих, что наиболее важным для человека является хорошее здоровье, повысилось почти в 2 раза (до 72,6% от всех студентов данной группы), тогда как в контрольной группе снизилось на 4% (от всех обучающихся данной группы);

- количество студентов, посещающих спортивную секцию, увеличилось в экспериментальной группе в 1,7 раза (до 41,2% от всех студентов данной группы). В контрольной группе отмечалось незначительное увеличение (на 4,5%) числа студентов, тренирующихся дома;

- среднее время пребывания в социальных сетях в будни уменьшилось на 1,2 ч (до $3,58 \pm 0,31$ ч в сутки) в экспериментальной группе и только на 0,1 ч – в контрольной (до $4,62 \pm 0,34$ ч в сутки);

- среднее время, затрачиваемое на компьютерные игры в будни, уменьшилось за исследуемый период в обеих группах, однако, в экспериментальной группе снижение составило 0,8 ч (средняя продолжительность $1,9 \pm 0,2$ ч в день), тогда как в контрольной группе только 0,1 ч (средняя продолжительность $2,5 \pm 0,2$ в день);

- произошло некоторое увеличение (на 0,8 ч) средней продолжительности ночного сна студентов экспериментальной группы, составившего $7,2 \pm 0,32$ ч (в будни). В контрольной группе этот показатель существенно не изменился;

- количество студентов, вообще не употребляющих алкоголь, существенно не изменилось в обеих группах, однако, количество студентов, употребляющих алкоголь три и более раз в неделю, уменьшилось в экспериментальной группе более чем в 2 раза (на первом курсе насчитывалось 10,9%).

На основании полученных результатов были разработаны практические рекомендации по повышению эффективности здоровьесберегающих мероприятий в вузе.

Грачёв Р.А., Ильенко И.В., Мусиенко А.Е., Такташев И.Р., Хаст В.Э.

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ, ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И ОСОЗНАННОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Условия, в которых протекает жизнедеятельность современного человека, по праву называют экстремальными и стимулирующими развитие стресса. Принято считать, что для эффективной борьбы с жизненными трудностями человеку необходима некоторая психологическая живучесть или «жизнестойкость» — «hardiness», способствующая мобилизации его внутренних ресурсов. Структура жизнестойкости (ЖС) состоит из следующих составных компонентов: вовлеченности, контроля и принятия риска. Вовлеченность представляет собой убежденность в том, что заинтересованность в происходящих событиях, людях, дает возможность найти что-либо ценное и стоящее для личности. Контроль - убежденность личности в собственной возможности повлиять на исход событий. Принятие риска – убежденность личности в пользе любого жизненного опыта, как негативного, так и позитивного, готовность действовать на свой риск без каких-либо гарантий на успех. Высокие показатели жизнестойкости связаны с улучшением регуляции деятельности. В этом смысле она рассматривается как один из компонентов личностного потенциала. Исследование жизнестойкости пациентов с психосоматической патологией является перспективным, определяя направления дальнейшей психокоррекционной работы, которую можно разделить на три вектора соответственно трем компонентам структуры жизнестойкости.

Толерантность к неопределённости (ТН) - это способность человека принимать и адаптироваться к новой, незнакомой или непонятной информации, ситуациям и задачам.

Фактически есть две основные стратегии, которые можно применять в ответ на условия неопределенности: 1. Самостоятельное создание определенности – это создание и поддержание определенности внутри себя. 2. Безусловное принятие неопределенности как факта, на который невозможно повлиять. Основная цель второй стратегии – дистанцироваться от стресса, вызываемого самим состоянием неопределенности и сконцентрироваться на положительных следствиях сложившейся ситуации. Развитие в личности человека ТН можно считать одной из успешных копинг-стратегий. Это дает основания рассматривать ТН как ресурс повышения стрессоустойчивости индивида в современных условиях. В условиях психосоматического отделения способствовать развитию ТН могут различные методы и техники, такие как рациональная, экзистенциальная психотерапия, медитативные, телесно-ориентированные практики, ресурсные, арт-терапевтические техники, сказкотерапия, МАК(метафорические ассоциативные карты), нейрографика и др. Многие из них используются в нашем отделении и даже само по себе тестирование (шкала толерантности к неопределенности, IAS (Баднер), адаптация: Т.В., Корнилова, М.А. Чумакова (2014)) является в определенной степени психокоррекционным.

Отдельно хотелось бы отметить, влияние на развитие ТН осознанности (ОС). Осознанность - это способность человека фокусировать свое внимание на настоящем моменте, осознавать свои мысли, чувства и действия, а также понимать их причины и последствия. Это может быть достигнуто через различные практики, такие как аутотренинг, телесно-ориентированные практики, танцтерапия, медитация, осознанное дыхание и другие. ОС помогает улучшить качество жизни, уменьшить стресс и повысить уровень счастья.

Исследование и развитие жизнестойкости (ЖС), толерантности к неопределённости (ТН) и осознанности (ОС) вызывает активный интерес, как пациентов, так и сотрудников, мотивируя их в дальнейшем на тренировку навыков, целью которой является достижение более глубокого понимания стрессовых обстоятельств, совладания с ними, нахождение путей активного разрешения проблем.

Греков И.С., Грушина М.В., Курочкин Е.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Одним из основных осложнений сахарного диабета является поражение сердечно-сосудистой системы. Такое поражение сердечной мышцы следует рассматривать в контексте метаболических кардиомиопатий, однако имеются некоторые особенности возникновения и проявления таких нарушений при сахарном диабете.

Цель работы: представить и обобщить основные патогенетические механизмы и морфологические особенности метаболических поражений сердечной мышцы при сахарном диабете

Результаты и обсуждение: В основе повреждения миокарда лежит гипоксия кардиомиоцитов вне зависимости от этиологического фактора. Снижение внутриклеточного АТФ приводит к недостаточному сцеплению актина и миозина, вследствие чего адаптивным ответом сердца на снижение сократимости является постепенное формирование гипертрофии. Уменьшение продукции энергии в поврежденной сердечной мышце приводит к снижению плотности сосудов микроциркуляторного русла, что, наряду с относительно большим диаметром гипертрофированных кардиомиоцитов, ухудшает диффузию кислорода и обуславливает еще большее нарастание гипоксии в клетках. Параллельно с этим развивается митохондриальная дисфункция, что связано с уменьшением окисления жирных кислот, с накоплением липидов в цитоплазме. Чрезмерное накопление жиров и других продуктов метаболизма инициирует процесс апоптоза клеток. Помимо нарушения окисления жирных кислот, нарушаются и процессы окислительного фосфорилирования, в конечном итоге приводящие к изменению кислотного равновесия в сторону ацидоза. Ацидоз в еще большей степени нарушает ряд процессов, участвующих в каскаде «расслабление-сокращение», результатом чего является повышение концентрации кальция в цитозоле и очаговый лизис миофибрилл. Кроме того, особая роль в возникновении и в особенности прогрессирования метаболической кардиомиопатии принадлежит реакциям свободно радикального перекисного окисления липидов. При этом повреждаются мембраны и связанные с ними ферменты, которые могут запускать как внешний, так и внутренний путь активации апоптоза. Не меньшая роль отводится активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Именно она играет более важную роль в патогенетических механизмах, нежели гиперкатехоламинемия. У пациентов с данной патологией для активации этой системы достаточно лишь небольшой дилатации камер сердца, в то время как у пациентов без сахарного диабета ренин ангиотензин-альдостероновая система активируется только во время чрезмерного растяжения миокарда. В целом гипергликемия ослабляет способность церулоплазмينا и альбумина к связыванию сывороточной меди, в результате чего повышается концентрация меди во внеклеточном матриксе, что ведет к увеличению оксидативного стресса и фиброзу. При данной патологии выделяют три основных механизма миокардиального повреждения: нарушение общего клеточного метаболизма, поражение микроциркуляторного русла и нейровегетативную дисфункцию. Патоморфологические изменения сердечной мышцы при сахарном диабете прежде всего связаны с развитием фиброза миокарда. Основой дистрофических изменений служит значительная микроангиопатия с отложением гликопротеинов в стенках сосудов и утолщением их стенок, а также дегенеративные изменения симпатических ганглиев, которые характеризуются потерей синаптических пузырьков и появлением больших вакуолей в этих клетках. Немаловажное значение в фибротических изменениях и функциональных нарушениях играет дисбаланс определенных групп металлопротеиназ и дезорганизация миофибрилл.

Вывод: Знание особенностей патогенеза и соответственно морфологического проявления метаболических повреждений миокарда при сахарном диабете должно способствовать правильной разработке соответствующих превентивных мероприятий для снижения осложнений и возможных рисков для самого пациента.

Грекова К.Ю., Денисов В.К.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СОБЛЮДЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Проблема недостаточной приверженности лечению является одной из проблем ведения пациентов с хроническими заболеваниями, требующими пожизненного соблюдения ряда врачебных рекомендаций.

Цель исследования. Оценка приверженности соблюдению питьевого режима в процессе лечения гемодиализом кандидатов на трансплантацию почки.

Материалы и методы. Учитывая, что пересадка почки позволяет обеспечить большую продолжительность и лучшее качество жизни, а также наименее затратна, все диализные пациенты при отсутствии противопоказаний рассматриваются нами как возможные кандидаты на трансплантацию почки. В трансплантационном центре Донецкого клинического территориального медицинского объединения (с 2024 года - «Республиканская клиническая больница имени М.И.Калинина») диализом в течение 2023 года лечились 162 пациента. Причиной развития почечной недостаточности были: хронический гломерулонефрит (в 69,8% случаев), поликистоз почек (18,5%), хронический пиелонефрит, сахарный диабет, системные и другие заболевания (11,7%). У пациентов изучен объем междиализной прибавки веса. Полученные данные прокомментированы с учетом рекомендаций по соблюдению питьевого режима.

Результаты исследования. Программа лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности предусматривала проведение на постоянной основе трех 4-х часовых сеансов гемодиализа в неделю. Все пациенты, у большинства из которых имела место анурия, были подробно инструктированы по вопросам соблюдения питьевого режима, в рамках которого безопасное для развития тяжелых осложнений междиализное увеличение массы тела не должно превышать 3% от «сухого веса». Последний определялся как вес, при котором у пациента, благодаря гемодиализной ультрафильтрации уже не было отеков, но еще отсутствовала гипотония как возможное следствие чрезмерной ультрафильтрации. Если исходить из того, что сухой вес пациентов после проведенного сеанса гемодиализа в среднем составляет 65-70 кг, то междиализная прибавка за счет употребления жидкости не должна превышать 2 кг. По полученным данным, лишь 19,3% пациентов уложились в данный норматив. Междиализная прибавка веса более чем в 1,5 раза выше нормы (4,5%) имела место у 38,9% пациентов, прибавка веса более чем в 2 раза выше нормы (6%) имела место у 14,8% пациентов, прибавка веса в 3 раза выше нормы (9%) имела место у 1,2% случаев. Это означало, что у пациентов, не соблюдающих питьевой режим, путем ультрафильтрации в течение сеанса гемодиализа необходимо было удалять значительные объемы жидкости – до 6-8 л за сеанс, максимально – 12 литров.

Причины и условия несоблюдения режима связаны в наибольшей степени с особенностями течения заболевания, а также организационными и социальными аспектами. Наиболее частыми последствиями нарушений питьевого режима были сердечно-сосудистые осложнения: артериальная гипертензия, гипотония, нарушения сердечного ритма, нарушения коронарного и мозгового кровообращения, внезапная смерть. Попытки решения указанных проблем, в том числе, путем модифицирования характеристик проводимого диализа (скорости кровотока, профилирования натрия и других) были малоуспешными в сравнении с высокой эффективностью рекомендуемого питьевого режима. Продолжением плохой приверженности лечению гемодиализом после трансплантации почки может стать иммуносупрессивный некомплайнс, являющийся причиной 25% потерь трансплантатов.

Выводы. В процессе лечения гемодиализом отмечена низкая приверженность пациентов соблюдению рекомендуемого режима. Данная проблема является многофакторной и требует интенсификации используемых стратегий.

Грекова К.Ю., Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Мовчан Ю.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ПОЗДНЕГО НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Цель исследования. Анализ региональных проблем препятствующих своевременному отбору и подготовке пациентов к проведению диализа и трансплантации почки.

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 почки. В трансплантационном центре Донецкого клинического территориального медицинского объединения на постоянной основе диализом лечатся до 130 пациентов (в год более 160). Им проводится гемодиализ, гемодиализация и перитонеальный диализ. Причиной развития почечной недостаточности являются: хронический гломерулонефрит (у 70% пациентов), поликистоз почек (у 18,8%), хронический пиелонефрит, сахарный диабет, системные и другие заболевания (у 11,2% пациентов). В исследовании дана оценка своевременности и полноценности проводимого лечения.

Результаты исследования. Особенностью современного этапа явилась необходимость ургентного начала диализного лечения у 100% пациентов. Поздним считают обращение за врачебной помощью в тех случаях, когда от момента первой встречи со специалистом до начала диализа проходит менее 3-х месяцев. Наиболее частыми причинами поздних обращений были: скрытое течение хронического заболевания почек, психологические факторы и отрицание пациентом правды о себе, удаленность специализированной помощи, недостаточная подготовка участковых терапевтов в вопросах нефрологии, тяжелое социально-экономическое положение больного, в том числе, обусловленное издержками войны. Из-за дефицита времени и информации, а также тяжести состояния в начале диализного лечения 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 подчас выявлялись онкологические, инфекционные заболевания, полиорганная недостаточность и другие проблемы, являвшиеся противопоказаниями для включения пациента в лист ожидания на трансплантацию. Еще одной особенностью явилось увеличение времени ожидания трансплантата от посмертных доноров, что сопровождалось увеличением риска развития осложнений диализа, обострения сопутствующих заболеваний, усугубления стресса, связанного с военными действиями и депрессии. Это приводило к усталости и отказу ряда больных от трансплантации. 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 лишь 30% пациентов лечимых в Центре. Другими последствиями позднего начала заместительной почечной терапии являются увеличение летальности в ближайшем и отдаленном периодах, увеличение затрат на лечение, необходимость неотложного формирования временных сосудистых гемодиализных доступов в виде установки двухходовых катетеров в магистральные сосуды.

Выводы. Для региональной оптимизации заместительной почечной терапии необходимо проводить централизованную диспансеризацию всех больных с хронической почечной недостаточностью в трансплантационном центре и совершенствовать междисциплинарное взаимодействие специалистов путем их обучения.

Гречишкина Т.Ф.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ КВЕРЦЕТИНА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ХИМИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ, ПОСТУПАЮЩИХ ИНГАЛЯЦИОННО

Кверцетин, принадлежащий к группе флавоноидов, является одним из наиболее известных пищевых антиоксидантов. Он присутствует в различных продуктах, включая фрукты, овощи, чай, и оказывает благоприятное действие на состояние здоровья. Способность кверцетина поглощать высокореактивные соединения, такие как перекись водорода, супероксид анион и гидроксильные радикалы, служит основанием использовать его в комплексной терапии ряда заболеваний таких как остеопороз, некоторые формы злокачественных опухолей, а также при легочной и сердечно-сосудистой патологии и др.

Исследование проведено с целью оценить защитную роль кверцетина при активации свободно-радикальных процессов в организме, индуцированных поступлением в организм летучих компонентов эпоксидной смолы ЭД-20, а также установить характер и степень структурных изменений слизистой оболочки желудка крыс при введении кверцетина в сочетании с токсическим воздействием.

В хроническом эксперименте изучалось ингаляционное влияние токсических веществ на состояние процессов перекисного окисления липидов в крови, на динамику изменений структурных и функциональных показателей популяции тучных клеток фундального отдела желудка. В качестве модели использовали крыс Wistar (самок двухмесячного возраста). Животных подвергали ингаляционному воздействию летучих компонентов эпоксидной смолы ЭД-20 с концентрацией эпихлоргидрина в парах 9-12 мг/м³ по 4 часа в сутки на протяжении 7, 14, 30 дней. 60 крыс были разделены на 4 равные группы: контрольные животные; крысы, которым зондом в желудок вводили кверцетин в терапевтической дозе 20 мг/кг; крысы, подвергшиеся ингаляционно токсическому действию в затравочной камере; животные, которым вводили кверцетин параллельно с воздействием паров эпоксидных смол.

При хронической интоксикации животных методом ультрафиолетовой спектрофотометрии установлено накопление в крови продуктов различных стадий перекисного окисления, испытывающие колебания на протяжении периода эксперимента и достоверно превышающие контрольные значения. Также отмечались волнообразные изменения количества тучных клеток и их секреторной активности, что может служить основой регуляторных нарушений.

Применение кверцетина в терапевтической дозе в отсутствие токсического воздействия подтвердило противоокислительный эффект вводимого препарата, продемонстрировало способность кверцетина оказывать модулирующее влияние на процесс дегрануляции тучных клеток, замедляя увеличение их числа и секрецию гистамина, стимулируя накопление секреторных гранул.

Введение кверцетина параллельно воздействию паров эпоксидных смол приводило к сглаживанию наблюдаемых биохимических и морфологических изменений в исследуемых системах. Получение крысами кверцетина на фоне ингаляционного действия ксенобиотиков с одной стороны уменьшило перекисное окисление липидов и улучшило антиоксидантный статус в крови, с другой стороны, снизило процесс дегрануляции тучных клеток.

Результаты показали, что кверцетин обладает антиоксидантной защитной активностью в отношении окислительного повреждения, вызванного ингаляционным поступлением токсических веществ, и способен контролировать процесс дегрануляции, обеспечивая тем самым уровень биологически активных соединений в ткани, адекватный экзогенному воздействию.

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Валов И.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Несмотря на разработку и внедрение в клиническую практику новых методов детоксикации летальность при сепсисе остается чрезмерно высокой и достигает 60%, а при панкреатогенном – 83%. Развитие гнойно-септических осложнений в большинстве случаев приводит к быстрой декомпенсации сахарного диабета, что способствует переходу асептического панкреонекроза в инфицированный.

Цель. Оценить эффективность комплекса мероприятий, включающих озонотерапию и внутривенное лазерное облучение крови, с целью профилактики развития сепсиса при деструктивном панкреатите на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 86 пациентов с острым осложненным панкреатитом, которые в зависимости от применения активных методов детоксикации были разделены на две группы. I (основная) – 46 больных, у которых с целью профилактики развития сепсиса использовалась озонотерапия в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови (ВЛОК). II (группа сравнения) – 40 больных, получали традиционную терапию. Насыщение раствора озонкислородной смесью проводили при помощи аппарата «Озон УМ 80». Концентрация озонсмеси составляла 1600-1800 мкг/л, объем внутривенной инфузии – 400мл./сутки, в брюшную полость вводили до 3 литров, сеансы повторяли ежедневно. Для лазерного облучения использовали АЛОУ-2, длина волны 637,8нм, мощность – 30мВт, экспозиция – 30 мин. Всем больным выполнялась лапароскопия, дренирование брюшной полости, из четырех точек, катетеризация круглой связки печени.

Результаты и их обсуждения. Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 86 больных с острым деструктивным панкреатитом позволил установить следующее: давность заболевания составила $3,78 \pm 1,21$ суток, желтушность кожных покровов имела место у 67 (77,91%) пациентов. При поступлении рентгенологически у всех были признаки острого панкреатита, а биохимически - амилаза крови – $1238,9 \pm 304,4$ ед/л, липаза – $544,2 \pm 114,2$ ед/л, креатинин – $148,4 \pm 62,1$ ммоль/л. В основной группе купирование болевого синдрома наступило через $2,3 \pm 0,17$ дня, тогда как в группе сравнения – $3,6 \pm 0,23$. Гемодинамические показатели и моторику кишечника в первой группе удалось нормализовать через $3,4 \pm 0,15$, а во второй – через $4,5 \pm 0,21$. Открытые оперативные вмешательства в связи с развитием гнойных осложнений произведены у 16 (34,78%) больных основной и у 23 (57,5%) больных группы сравнения. У 14 (29,78%) больных основной и у 27 (67,50%) группы сравнения имела место выраженная коагулопатия потребления (кровоизлияния, снижение уровня фибриногена антитромбина III, увеличение времени свертывания крови в практически в 2 раза и продуктов дегидратации фибрина), что характерно для тромбгеморрагического синдрома. У больных основной группы отмечена меньшая частота проведения перитонеального диализа – $3,5 \pm 0,16$, чем в контрольной – $4,39 \pm 0,22$. Среднесуточная доза инсулина необходимая для компенсации диабета в основной составила 48 ± 4 ЕД, в группе сравнения - 86 ± 6 ЕД. Средние сроки лечения больных в основной - 28,5 дня, в группе сравнения – 36,4. Послеоперационная летальность составила 23,91% в основной и 47,50% в группе сравнения.

Выводы. Применение озонотерапии и ВЛОК наряду с традиционным лечением у больных с острым панкреатитом позволяет уменьшить количество гнойных осложнений, а в дальнейшем – развитие сепсиса и сократить послеоперационную летальность практически с 47,50% до 23,91%.

Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С., Костенко В.С., Миненко Е.Ф., Шевченко В.С., Смутьская Н.Г., Басенко И.Н., Басенко Ю.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МОНИТОРИНГА ЗА СОДЕРЖАНИЕМ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ ЗА ИХ ВЛИЯНИЕМ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА

Использование тяжелых металлов в современных промышленных технологиях (металлургии, машиностроении, приборостроении, предметов бытового назначения, фармацевтике и др.) и сельском хозяйстве приводит к загрязнению объектов окружающей среды этими токсическими элементами. Массивные дозы тяжелых металлов, поступаая в окружающую среду с выбросами промышленных предприятий и транспорта, сточными водами, при сжигании твердого и жидкого топлива, с пестицидами и минеральными удобрениями, создают значительный, дополнительный к естественному, фон и, как следствие, определяют повышенное их поступление в организм человека. Учитывая такие биологические особенности тяжелых металлов, как способность к кумуляции в организме, наличие длительного времени биологической полужизни, возможность мутагенного, канцерогенного, тератогенного, эмбрио- и гонадотоксического действия, постоянное их поступление в организм может быть причиной возникновения разнообразных функциональных нарушений и заболеваний среди населения и чрезвычайно опасно для здоровья. В связи с этим, проблема нагрузки, создаваемой тяжелыми металлами на окружающую среду и их негативного влияния на здоровье населения экокризисных регионов является актуальной. Загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами в первую очередь сказывается на детях, так как интенсивное накопление тяжелых металлов происходит еще в плаценте. Это приводит к появлению врожденных уродств, снижению иммунитета, развитию множества болезней, зачастую с хронизацией патологического процесса, задержке умственного и физического развития. Вырастает поколение ослабленных людей, восприимчивых к инфекции, с высоким риском развития сердечно-сосудистой и онкологической патологии.

Основой комплексного анализа состояния окружающей среды в условиях антропогенного загрязнения служит мониторинг. Информация, получаемая в ходе мониторинга, позволяет давать оценку современному состоянию загрязненности окружающей среды и прогностически оценивать степень риска возникновения заболеваний населения. Этот метод является наиболее перспективным для гигиенических исследований.

Одним из решающих условий определения стратегии гигиенического мониторинга в масштабах крупного промышленного региона является территориально-дифференцированный подход к планированию медико-профилактических и эколого-гигиенических мер, базирующихся на комплексной оценке состояния окружающей среды и выявлении приоритетных факторов риска для здоровья.

Территорией Российской Федерации, где проблема загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами стоит наиболее остро, является регион с максимальной степенью проявления экологического кризиса - Донецкая Народная Республика. В связи с этим, актуальной является проблема комплексной гигиенической оценки тяжелых металлов в окружающей среде и организме человека, разработки научно обоснованных принципов мониторинга и профилактики их вредного воздействия на здоровье населения в условиях экологического неблагополучия.

*Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С.,
Миненко Е.Ф., Парахина О.Н.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОСТИ В ДОНБАССЕ

Земельный фонд Донбасса характеризуется высокой сельскохозяйственной освоенностью. Удельный вес сельскохозяйственных угодий составляет более 70% общей площади региона. Расширение площадей, занятых лесонасаждениями, прекратилось в последние 20 лет, что является крайне негативным явлением для Донбасса, так как продолжительность жизни растений в техногенной среде значительно короче, чем в экологически чистой.

Анализ данных литературных источников, а также результатов собственных исследований позволяют констатировать, что в высокоиндустриализованных районах Донбасса нарушаются физико-химические свойства почв. Это происходит как за счет сброса больших количеств промышленных и коммунальных сточных вод, так и по причине техногенных выбросов в атмосферу таких вредных веществ, как сера, фтор, оксиды азота и углерода, фенол, сажа, многокомпонентная химически активная пыль. В этих условиях нарушаются естественные биологические связи и весь биоценоз.

Загрязнение воздуха вокруг металлургических и коксохимических предприятий ксенобиотиками (диоксид и оксид углерода, сероводород, оксиды азота, аммиак), сажей и пылью угнетает прорастание семян, рост и цветение растений. На участках вблизи таких предприятий показатели развития растений значительно хуже и составляют по высоте - 60%, длине листьев - 69%, длине соцветий - 82%, количеству колосков - 70% и весу 1000 зерен - 37% от показателей в чистых районах культивирования подобных растений.

Под влиянием ксенобиотиков в пахотном слое почв Донбасса наблюдается повышенное содержание оксидов железа, меди, хрома, марганца, серосодержащих соединений, сурьмы, свинца и других веществ. В таких районах значительно снижается урожайность сельскохозяйственных растений: кукурузы на 43%, бобовых на 36%, зерновых культур на 26-27%, сахарной свеклы на 35%.

Результаты исследований дают возможность утверждать, что снижение урожайности сельскохозяйственных культур в зонах промышленного загрязнения зависит от следующих факторов: концентрации и токсичности для растений вредных веществ, содержащихся в воздушной среде; концентрации и токсичности для растений вредных веществ, содержащихся в промышленных сточных водах; вида и формы растений, структуры и размера посевных площадей в зоне загрязнения.

Отмечается закономерное повышение урожайности сельскохозяйственных растений по мере удаления от источника загрязнения, то есть снижение недобора урожая. Недобор урожая наблюдается по всем группам сельскохозяйственных культур. Наибольший ущерб урожаю регистрируется по овощным культурам, несколько меньше страдает урожайность зерновых, зернобобовых и кормовых культур. Степень значимости вредных веществ для урожайности неодинакова для различных сельскохозяйственных культур. Так, урожайность озимой пшеницы существенно зависит от концентрации в воздушной среде таких веществ, как диоксид серы, оксиды азота, аммиак, промышленная пыль и фенол.

Таким образом, установлены особенности негативного влияния ксенобиотического загрязнения окружающей среды на растительность Донбасса, в том числе на сельскохозяйственные культуры. Выявлены ксенобиотики, играющие в этом процессе ключевую роль. Полученные данные будут использованы при разработке региональной системы мониторинга за биосферой Донецкой Народной Республики.

*Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С.,
Шевченко В.С., Семикоз Е.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБОСНОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ И ИХ ВЛИЯНИЯ НА ПОПУЛЯЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Современные негативные тенденции в изменении показателей здоровья населения Российской Федерации и состояния среды обитания человека ставят научную проблему окружающая среда - здоровье человека в разряд приоритетных задач государственной политики. С позиций современной профилактической медицины обоснованное назначение оздоровительных мероприятий невозможно без учета всего диапазона доз и концентраций химических веществ, поступающих комплексно в организм человека из факторов среды. Комплексное поступление тяжелых металлов в организм, их накопление и выведение из него в каждом регионе имеет свои антропогенные особенности, зависящие, прежде всего, от естественного и техногенного содержания тяжелых металлов в окружающей среде. Однако эти вопросы изучены только в отношении некоторых субъектов Российской Федерации, в перечне которых отсутствует Донецкая Народная Республика, при этом Донбасс лидирует по таким показателям антропопрессии, как степень химизации сельского хозяйства, территориальная нагрузка пестицидов, гербицидов и минеральных удобрений, содержащих тяжелые металлы. Все это обусловило чрезвычайно широкую распространенность данных веществ в биосфере региона и организме его жителей.

Одним из важных моментов является не только гигиеническая оценка тяжелых металлов в объектах окружающей среды, но и выявление приоритетных загрязнителей среди них для каждой территории экокризисного региона. Необходимо также определение приоритетных путей поступления и их вклада в создаваемую тяжелыми металлами суточную нагрузку, что имеет важное значение для оценки зависимостей между загрязнением окружающей среды тяжелыми металлами, их содержанием в организме человека и заболеваемостью населения конкретных городов и районов. Такой комплексный подход позволяет получить сведения о здоровье на популяционном уровне, установить реальную нагрузку на организм конкретных факторов среды, сделать гигиенические рекомендации более детальными, а поэтому более эффективными.

Имеются многочисленные доказательства негативного влияния тяжелых металлов на организм человека при профессиональных контактах, однако эпидемиологические исследования на популяционном уровне, учитывающие их комплексное поступление из разных объектов окружающей среды при хроническом длительном воздействии, единичны и касаются, в основном, отдельных металлов и некоторых заболеваний. В связи с вышеизложенным представляется абсолютно необходимым и научно-обоснованным применение комплексного подхода к оценке контаминации экологической среды тяжелыми металлами и их влияния на здоровье населения, в том числе для последующей разработки профилактических мероприятий.

Гуденова А.С., Науменко Ю.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Введение. В настоящее время все более актуальной задачей становится оценка состояния здоровья пациентов, включающая не только интерпретацию врачом данных комплексного обследования, но также и субъективную оценку пациентом своего самочувствия с помощью исследования параметров качества жизни (КЖ). Изучение КЖ у детей с кардиальной патологией открывает новые перспективы в оценке адаптации ребенка к болезни и определении дальнейших возможных корректирующих мероприятий по ведению пациентов, препятствующих ухудшению здоровья с возрастом.

Поэтому целью нашей работы стало проведение сравнительного анализа качества жизни детей с различной кардиальной патологией и здоровых сверстников.

Материалы и методы. Для оценки качества жизни пациентов отобрано 18 детей (10 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет с кардиальной патологией: 3 пациента с транспозицией магистральных сосудов в послеоперационном периоде (Q20.8.), 4 пациента с нарушением ритма сердца: желудочковая экстрасистолия (I49.3.), 3 пациента с пролапсом митрального клапана (I34.1.), 2 пациента с аномалией развития аортального клапана (двухстворчатый аортальный клапан) (Q23.1.), 1 пациент с атриовентрикулярной блокадой (АВ-блокадой) первой степени (I44.0.) и 7 пациентов с эссенциальной (первичной) артериальной гипертензией (I10) [2]. Оценка качества жизни проведена по международному опроснику Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL™ 4.0) (русскоязычная версия) для детей 8-12 и 13-18 лет [1], согласно которому изучалось физическое, эмоциональное, социальное, ролевое функционирование. Родители обследуемых пациентов дали информированное добровольное согласие и получили полную информацию об исследовании. Основная группа детей была разделена на две подгруппы. Подгруппа 1: 10 пациентов, возрастом от 8 до 12 лет, из них 6 мальчиков (60,0%) и 4 девочки (40,0%). Подгруппа 2: 8 человек, возрастом от 13 до 18 лет, из них 4 мальчика (50,0%) и 4 девочки (50,0%). В контрольную группу вошли 13 здоровых сверстников, 7 из которых, возрастом от 8 до 12 лет (4 девочки (57,1%) и 3 мальчика (42,9%)), составили подгруппу А, 8 человек, возрастом от 13 до 18 лет (3 девочки (37,5%) и 5 мальчиков (62,5%)), составили подгруппу В. Статистически значимой разницы между исследуемыми группами нет ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждения. По результатам опросника качество жизни детей подгруппы 1 первой группы значительно ниже ($p < 0,0001$) по сравнению с подгруппой А контрольной группы. Физический показатель в первой группе составил $67,8 \pm 7,3\%$, психосоциальный – $69,7 \pm 8,6\%$, общий уровень качества жизни – $68,3 \pm 7,9\%$. В подгруппе 2 первой группы по сравнению с подгруппой В контрольной группы показатели опросника также значительно ниже: физический компонент – $69,1 \pm 9,3\%$, психосоциальный компонент – $70,5 \pm 7,1\%$, общий балл – $68,9 \pm 8,8\%$. Дети из контрольной группы, в отличие от пациентов с кардиальной патологией, имели статистически значимо ($p < 0,0001$) более высокие показатели качества жизни. В подгруппе А: физический компонент составил $82,6 \pm 3,9\%$, психосоциальный компонент – $77,6 \pm 3,9\%$, общий уровень – $82,8 \pm 3,7\%$. В подгруппе В: физический компонент составил $84,1 \pm 4,1\%$, психосоциальный компонент – $78,1 \pm 3,2\%$, общий уровень – $79,9 \pm 3,7\%$.

Выводы. У пациентов с кардиальной патологией показатели качества жизни статистически значимо ниже ($p < 0,0001$), чем у здоровых сверстников, что свидетельствует о прямой взаимосвязи между наличием заболевания сердечно-сосудистой системы и ухудшением показателей физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования организма.

Гудушаури Я.Г., Коновалов В.В., Стоюхин С.С., Марычев И.Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии
имени Н.Н. Приорова» МЗ РФ, Москва

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИМФИЗИТЕ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В настоящее время возрос большой интерес к такому малоизученному патологическому состоянию как структурно-функциональные нарушения лобкового симфиза. По данным зарубежной и отечественной литературы за последние десятилетия расхождения и разрывы лонного сочленения встречаются в 0,2 – 4% случаев. Под общим понятием «дисфункция лобкового симфиза», подразумевается целая группа различных симптомов и синдромов, связанных с болями в области лонного сочленения. В эту группу наиболее часто входят диастаз, расхождение и посттравматический разрыв лонного сочленения. Отсутствуют также исследования, посвященные выявлению роли предрасполагающих факторов повреждений лонного сочленения. Конкурирующими факторами развития данной проблемы являются посттравматические разрывы и посттравматические нарушения лобкового симфиза.

Основным клиническим проявлением является, болевой синдром, преимущественно в лонном сочленении, часто сочетающийся с диастазом лобкового симфиза. В 30% случаев у пациентов в результате выраженного болевого синдрома начинаются признаки дестабилизации переднего полукольца таза возникает раздражение и признаки гиперактивности мочевого пузыря, симптомы диспареунии. Помимо выше изложенного, данное нарушение представляет еще биологическую и социальную проблему, так как в большинстве своем приводит к распаду супружеских пар. В связи с этим представляется актуальным выяснение клинических особенностей течения данного осложнения, а также эффективный метод лечения.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения симфизита, вызванного структурно-функциональными нарушениями лонного сочленения у женщин.

Под наблюдением в период с 2000 по 2023 год в первом отделении НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова находилось 34 пациентки с повреждениями лонного сочленения. На начальном этапе оперативного лечения данной патологии для устранения дестабилизации тазового кольца использовалась фиксация лобкового симфиза пластиной АО в переднем отделе тазового кольца, с резекцией зоны воспалительных структур лонного сочленения до здоровых тканей. При этом восполнялся объем сформированной костной полости пост резекционного дефекта лобковых костей гранулами комплексного аллопластического препарата на основе гидроксиапатита. Все пациентки были выписаны на амбулаторное лечение в сроки до 2 недель с момента оперативного вмешательства.

Результаты. Результаты начинали оценивать через 6 мес. после оперативного лечения. По данным рентгенографии и КТ исследований отмечалась высокая надежность фиксации, восстановление нормального строения анатомических структур переднего полукольца таза, стабилизирующих лобковый симфиз даже после удаления металлоконструкции. Также отмечалось устранение болевого синдрома, расширение двигательной активности и ортопедического режима, улучшение качества жизни пациентов.

Таким образом, данную проблему возможно эффективно решить посредством оперативного лечения способом стабилизации переднего полукольца таза пластиной с последующей пластикой, что, в свою очередь, позволяет улучшить качество жизни пациенток.

Гудушаури Я.Г., Федотов Е.Ю., Марычев И.Н., Стоюхин С.С., Коновалов В.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» МЗ РФ, Москва

БЛИЖАЙШИЕ И КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНОЕ РЕВЕРСИВНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С КОРРЕКЦИЕЙ ПЛОСКОСТИ ГЛЕНоиДА

Цель исследования

При имплантации тотального реверсивного эндопротеза плечевого сустава особую важность представляет позиционирование компонентов в корректном положении с учетом анатомических особенностей пациента. При выраженном отклонении плоскости суставного отростка лопатки, при имплантации опорного лопаточного компонента стандартным навигационным набором инструмента, положение полусферы эндопротеза окажется некорректным, что может привести к ранним, отсроченным и отдаленным осложнениям. Для коррекции анатомических особенностей особо важно предоперационное планирование. Для коррекции измененной анатомии гленоида применяются: эксцентрическое риммирование, пластика дефекта по методике BIO-RSA и с применением металлических аугментов. В нашем исследовании производилась оценка результатов лечения пациентов, у которых требовалась коррекция оси гленоида.

Материалы и методы

Исследование ретроспективное. В период с октября 2019 года одним хирургом было проведено 212 имплантаций эндопротезов плечевого сустава, из них 89 с необходимостью коррекции плоскости лопатки. Было выполнено: эксцентрическое риммирование – 20 случаев, пластика по методике BIO-RSA – 34 случая, коррекция титановым аугментом – 35 случаев. Функция плечевого сустава, верхней конечности и качества жизни оценивались по шкалам DASH, UCLA и Constant-Murley до операции, через 6 месяцев, 12 месяцев и 24 месяца после операции.

Результаты и обсуждение

На контрольных обследованиях через 1 год после операции удалось отследить 76 клинических случаев. Из них через 6 месяцев после операции определяется улучшение функции в среднем на 36,98 ($\pm 14,16$) баллов по DASH, на 32 (± 19) балла по шкале Константа (Constant-Murley), на 11,6 ($\pm 5,3$) по шкале UCLA. Через 1 год после операции отмечено улучшение функции оперированной конечности в среднем на 41,73 ($\pm 15,91$) баллов по DASH, на 34 ($\pm 21,1$) балла по шкале Константа (Constant-Murley), на 11,9 ($\pm 6,3$) по шкале UCLA, что лучше результатов пациентов, оперированных без необходимости коррекции оси.

За весь период наблюдения инфекционных осложнений и перипротезных переломов в данной группе выявлено не было. Так же в исследуемой группе не выявлено ни одного случая нестабильности компонентов протеза.

В зависимости от метода коррекции оси, степень влияния «нотчинг-синдрома» была существенно ниже в группах с применением металлических аугментов и BIO-RSA, чем при риммировании, что обусловлено большим оффсетом плечевого компонента.

Выводы

Для имплантации реверсивного эндопротеза в корректном положении необходимо учитывать положение плоскости гленоида.

Положительные клинические результаты лечения, подтвержденные шкалами DASH, UCLA, Constant-Murley, а также результатами этапного рентгенологического контроля, связываем с имплантацией гленоидального компонента эндопротеза в корректном положении.

Гунов С.В., Лебедев А.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

АНАЛИЗ АБОРТОВ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ЗА ПЕРИОД 2016-2022 ГГ.

Актуальность. В современной мире тема абортов имеет особое значение со стороны медицины и социального аспекта, сохранение плода – великая задача не только врачей, но и всего населения, ведь дети – это наше будущее.

Материалы и методы. Проведён анализ данных Федеральной службы государственной статистики (Росстат). Для анализа использовались абсолютные и относительные величины, рассчитывались показатели динамического ряда. Достоверность разницы относительных величин оценивали по критерию Стьюдента, за статистически значимые отличия принимали $P < 0,05$. При расчёте использованы программы Microsoft office Excell

Цель исследования - Изучить состояние проблемы абортов в РФ.

Результаты исследования.

В России проблема абортов актуальна из-за низкой контрацепции: три четверти женщин рискуют нежелательной беременностью. Сохранение женского репродуктивного здоровья и безопасного материнства — приоритетная задача медицины. Россия лидирует по количеству абортов, поэтому их предотвращение важно. Реформы улучшили рождаемость и снизили смертность, но формируется новый тип репродуктивного поведения. Демографическая политика требует комплексных исследований на уровне регионов. Реформы здравоохранения сокращают население.

При анализе показателей численности абортов на территории РФ за период 2016-2022 гг. на 100 тыс. населения выявлено достоверное снижение на 40% (с 837 до 504 на 100 тыс. населения) ($P < 0,05$). При изучении, получившегося динамического ряда выявлено, что в 2017 г. абсолютная убыль составила 57 на 100 тыс. населения, снижение на 7% (с 837 до 780 на 100 тыс. населения); в 2018 г. абсолютная убыль составила 119 на 100 тыс. населения, снижение на 15,2% (с 780 до 661 на 100 тыс. населения); в 2019 г. абсолютная убыль составила 39 на 100 тыс. населения, снижение на 6% (с 661 до 622 на 100 тыс. населения); в 2020 г. абсолютная убыль составила 69 на 100 тыс. населения, снижение на 11,1% (с 622 до 553 на 100 тыс. населения); в 2021 г. абсолютная убыль составила 35 на 100 тыс. населения, снижение на 6,3% (с 553 до 518 на 100 тыс. населения); в 2022 г. абсолютная убыль составила 14 на 100 тыс. населения, снижение на 2,7% (с 518 до 504 на 100 тыс. населения). За исследуемый период наблюдается равномерное снижение без моментов роста. Наилучший показатель снижения количества абортов на территории РФ нами выявлен в 2017-2018 гг., где снижение составило 15,2%, но минимальное абсолютное значение 2022 г. - 504 на 100 тыс. населения. В РФ происходит значительное снижение численности абортов, что подтверждается, полученными результатами за исследуемый период.

Заключение. На территории РФ за период 2016-2022 гг. выражено статистически достоверное снижение количества абортов на 40%, с наилучшим периодом в 2017-2018 гг. на 15,2%, но самое низкое абсолютное значение в 2022 г. - 504 на 100 тыс. населения

*Гусаренко С.С., Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Коломийчук А.Б.,
Парахина М.В., Хариенко Д.Ю.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭВОЛЮЦИЯ ГЕРНИОРАФИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ В КЛИНИКЕ

Введение. Тенденция к увеличению числа лиц, относящихся к группе риска (преимущественно пациенты с ожирением и диастазом прямых мышц живота), диктует необходимость разработки персонифицированного подхода к выбору методики герниорафии пупочных грыж. На современном этапе развития герниологии отсутствует четкий алгоритм выбора методики лечения грыж пупочного кольца, которая позволит уменьшить риск интра- и послеоперационных осложнений, сократить продолжительность послеоперационного периода и обеспечить наилучший косметический эффект. В мировой практике «золотым стандартом» лечения пупочных грыж является пластика с применением сетчатых полимерных материалов. Однако данная методика наряду с аутопластическими способами, предложенными К. М. Сапежко, Мейо и Лекслером, теряет свою актуальность в связи с распространением лапароскопического способа оперативных вмешательств.

Цель. Оценить эффективность герниорафии пупочных грыж путём ретроспективного анализа клинических результатов различных методик, используемых в клинике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов планового оперативного лечения пациентов с пупочной грыжей, оперированных в хирургическом отделении ЦГКБ №6 города Донецка за период с 1 ноября 2022 г. по 1 ноября 2024 г. Все случаи оперативных вмешательств разделены на две группы – укрепление пупочного кольца открытым доступом и лапароскопическое выполнение герниорафии пупочной грыжи (umbilical laparoscopic transabdominal preperitoneal repair (u-TAPP)). В первую группу включены следующие методики: ненатяжная пластика с применением сетчатых материалов и пластика местными тканями по Мейо и Сапежко. В последние месяцы в нашей клинике успешно применяется методика u-TAPP – вторая группа рассматриваемых оперативных вмешательств. Обе группы сопоставимы по полу и возрасту пациентов, их сопутствующей патологии. Значимых различий между группами в отношении размера грыжевого дефекта не было.

Результаты и обсуждение. Установлено, что частота возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде выше в случае применения ненатяжной пластики с использованием сетчатых материалов по отношению к натяжным методикам. В то же время пластика местными тканями характеризуется большим процентом рецидива пупочной грыжи.

Методика u-TAPP хирургами нашей клиники выполнялась следующим образом: доступ в брюшную полость осуществлялся в точке Палмера, рабочие троакары устанавливались в точках М1 и на уровне пупка слева по передней подмышечной линии. Далее осуществлялось освобождение грыжевого содержимого и мобилизация лоскута брюшины с применением лапароскопических зажимов и крючка. Накладывался интракорпоральный ручной шов с захватом дна грыжевого мешка с целью создания косметического эффекта. Сетчатый материал устанавливали в преперитонеальное пространство, рану послойно ушивали.

У второй группы обследуемых послеоперационные осложнения выявлены не были. Одним из объяснений данного факта является отсутствие при данной методике прямого контакта сетчатого материала с кишечником. Согласно результатам опроса пациентов выявлено уменьшение степени болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде по отношению к первой группе больных. Также зафиксирована более ранняя выписка пациентов из стационара и снижение койко-дня у больных, оперированных методикой u-TAPP.

Выводы. Ранее применяющиеся открытые техники герниорафии пупочных грыж несмотря на относительно короткую продолжительность оперативного вмешательства приводили к частым рецидивам вследствие недостаточного укрепления дефекта сетчатым материалом. Методика u-TAPP минимизирует травматичность хирургического доступа, снижает риск развития послеоперационных осложнений и обеспечивает значительный косметический эффект в пупочной области. Вышеперечисленные результаты анализа сравниваемых методик позволяют хирургам клиники отдать предпочтение методике u-TAPP как перспективному способу герниорафии пупочных грыж.

Гуценко А.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИНАМИКА ТЕМПОВ РОСТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ КОФЕИНА И КОРРЕКЦИИ МЕКСИДОЛОМ У ИНФАНТИЛЬНЫХ КРЫС

Актуальность. Кофеин — один из самых распространенных стимуляторов, присутствующих в кофе, чае, энергетических напитках и многих других продуктах. Его популярность во всем мире не вызывает сомнений, однако все больше исследований обращает внимание на потенциальные негативные последствия его употребления. Одной из наиболее актуальных тем является влияние кофеина на здоровье костей, особенно в период роста и развития. Научные данные указывают на то, что избыточное потребление кофеина может нарушать процессы минерализации и усвоения кальция, что, в свою очередь, может привести к снижению плотности костной ткани.

Цель исследования: установить изменение темпов роста большеберцовой кости у крыс инфантильного возраста при избыточном введении кофеина и коррекции мексидолом.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на 72 белых лабораторных крысах-самцах. Масса животных на момент начала проведения эксперимента составляла 70-75 г. Крысы были распределены на 3 группы: К-90 — животные получали обычный рацион питания и воду; С-90 — крысы-самцы, которым внутривентрикулярно вводили кофеин; СМ-90 — животные, которым на фоне введения кофеина в такой же дозировке как в группе С-90, вводили мексидол.

Кофеин (Кофеин-бензоат натрия, «Дарница», раствор для инъекций, № УА/7534/01/01 от 21.03.2018) растворяли в дистиллированной воде из расчета 10 мл/кг, получая дозу кофеина 120 мг/кг/сутки.

Мексидол (производитель ЗиО-ЗДОРОВЬЕ, ЗАО (Россия), рег. №: ЛП-Н (000086)-(ПГ-РУ) от 30.10.20 — Бессрочно) вводили подкожно в дозе 50 мг/кг/сутки. Расчет дозировки производили из учета данных проводимых исследований и данных литературы.

На 7, 15, 30 и 90 сутки животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом. Выделяли и скелетировали большеберцовую кость.

Остеометрию измеряли штангенциркулем с точностью до 0,05 мм. Статистически значимыми различия считали при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные животных группы К-90 совпадают с описанными в литературе процессами роста и формирования у здоровых инфантильных белых крыс.

В группе С-90 при внутривентрикулярном введении кофеина в дозе 120 мг/кг/сутки наблюдается с 7 по 90 сутки эксперимента в сравнении с группой К-90 уменьшение как длины большеберцовой кости, так и ширины проксимального эпифиза — на 4,98%, 5,76%, 7,66% и 7,50% и на 4,80%, 4,69%, 5,62% и 7,48% соответственно. При этом, с 15 по 90 сутки эксперимента при сравнении с группой К-90, в группе С-90 происходит снижение ширины дистального эпифиза, ширины и толщины середины диафиза большеберцовой кости — на 6,94%, 6,60% и 7,49%, на 7,26%, 6,98% и 7,25% и на 6,67%, 6,29% и 6,04% соответственно.

В группе СМ-90 при подкожном введении мексидола в дозе 50 мг/кг/сутки на фоне внутривентрикулярного введения кофеина наблюдается увеличение длины большеберцовой кости при сравнении с группой С-90 к 30 и 60 суткам эксперимента на 5,27% и 7,52%. При этом, с 15 по 90 сутки коррекции ширина проксимального эпифиза большеберцовой кости превышала значения группы С-90 — на 4,10%, 4,15% и 7,07%. Ширина середины диафиза большеберцовой кости при сравнении с группой С-90 к 15 суткам превышала значения на 6,09%, передне-задний размер середины диафиза к 15 и 90 суткам — на 6,35% и 7,14%, а ширина дистального эпифиза большеберцовой кости к 30 и 90 суткам — на 7,07% и 8,10%.

Выводы. Внутривентрикулярное введение кофеина в дозе 120 мг/кг/сутки крысам инфантильного возраста приводит к угнетению темпов роста большеберцовой кости на протяжении всего эксперимента и увеличивается по мере его длительности. При этом подкожное введение мексидола в дозе 50 мг/кг/сутки на фоне избыточного употребления кофеина приводит к восстановлению темпов роста большеберцовой кости уже с 7 суток, которое нарастает по мере увеличения длительности коррекции.

Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНЦКОГО ВУЗА

Актуальность. Множество факторов, воздействующих на организм девушки, являются инициаторами развития у них экзогенного или эндогенного стресса с вероятностью развития тех или иных соматических заболеваний. Поскольку стресс отражает «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование», постольку стрессоустойчивость – это способность организма противостоять воздействию стрессоров без развития неблагоприятных последствий для организма. При воздействии умеренного по силе и короткого по продолжительности стрессора, резервы физиологической адаптации направлены на мобилизацию стресс-реакции, что не приводит к нарушению работы внутренних органов. А при сильном и продолжительном стрессе, происходит интенсивная мобилизация энергетических ресурсов организма, снижение функциональных резервов, поэтому резервы физиологической адаптации резко истощаются.

Цель исследования. Определить, влияют ли на менструальный цикл такие факторы, как социальная адаптация, характер и режим питания, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и системы крови.

Материалы и методы. Нами была создана анкета, в прохождении которой принимали участие студентки медицинского университета 1-6 курсов. Среди основных вопросов в анкетировании были: возраст и курс; наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, иммунной, эндокринной и системы крови (в том числе анемии); а также режим и характер питания и особенности водного баланса во время обучения.

Результаты исследования. При анализе результатов опроса выявлено, что среди опрошенных девушек первого курса нерегулярный менструальный цикл наблюдался у 35%, второго – 26%, третьего – 25%, четвертого – 20%, пятого – 17%, шестого – 20%. Среди 1-4 курсов выявлены более обильные менструации, что подтверждается большим количеством использованных прокладок за период кровотечения, в среднем 15-16, в то время как у 5 и 6 курсов – 12-13 прокладок. Кроме того, нерегулярно питались 73% опрошенных первого курса, 63% второго, 60% третьего, 55% четвертого, 50% пятого, 40% шестого курса. У большей части девушек, имеющих экстрагенитальную патологию в период ремиссии, отсутствовали нарушения менструального цикла. При обострении экстрагенитальной патологии наблюдались проявления дисменореи, олигоменореи, аномальные маточные кровотечения. У девушек, имеющих избыточную массу тела, наблюдалась олигоменорея.

Выводы. Таким образом, при анализе результатов опроса выявлено, что у 1-4 курсов нарушение менструальной функции связано в большей степени с нерегулярностью питания и социальной адаптацией. Анализ результатов исследования девушек, страдающих хроническими заболеваниями пищеварительной системы, эндокринной патологией и анемией, можно констатировать, что ее влияние на менструальную функцию проявляется дисменореей, олигоменореей и аномальными маточными кровотечениями в период обострения экстрагенитальной патологии.

Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Одним из характеристик репродуктивного здоровья пациентки является обычный менструальный цикл. Военные действия губительно влияют на психическое и физическое здоровье. В результате стресса нарушается режим сна и отдыха, изменяется пищевое поведение и физическая активность. Это приводит к дисбалансу гормонов. Увеличивается уровень гормона кортизола, который ассоциирован со стрессом. Кортизол влияет на все уровни системы гипоталамус-гипофиз и яичники, увеличение которого приводит к дисбалансу эстрогена, прогестерона и тестостерона, Данный дисбаланс приводит к изменениям менструального цикла, такими как: вторая аменорея, олигоменорея, гипоменструальный синдром и, возможно, аномальные маточные кровотечения.

Цель исследования. Проанализировать особенности нарушений менструального цикла у пациенток репродуктивного возраста на фоне чрезмерного стресса в результате военных действий.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 100 пациенток в возрасте от 18 до 41 года, проживающих в зоне ведения активных боевых действий.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования было установлено, что средний возраст опрашиваемых пациенток – 20,5 лет. У 73% опрашиваемых пациенток имелось существенное нарушение психоэмоционального состояния, связанного с хроническим стрессом на фоне военных действий. Колебания веса заметили 62% пациенток: 23% – снижение массы тела, 39% – увеличение. После начала военных действий 40% опрашиваемых пациенток отметили нарушения менструального цикла впервые: у 15% это проявлялось укорочением менструального цикла, у 15% – удлинением менструального цикла, у 10% – отсутствием менструаций, не связанных с беременностью. Также 33% опрашиваемых пациенток отмечали нарушения менструального цикла, которые впервые возникли до начала военных действий и продолжающиеся в их условиях. 27% имели нарушения менструального цикла в прошлом. У 40% пациенток не было нарушения менструального цикла до начала и во время военных действий

Выводы. Проанализировав вышеприведенные данные, мы пришли к выводу, что военные действия существенно повлияли на свойства менструального цикла, что приводит к ухудшению менструальной и репродуктивной функции. Поэтому актуальной остается задача стабилизации психоэмоционального состояния в условиях военных действий.

*Даренская М.А., Чугунова Е.В., Ступин Д.А., Беленькая Л.В.,
Прохорова Ж.В., Колесникова Л.И.*

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иркутск

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ, КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЗАБОЛЕВАНИЙ

Свободнорадикальное окисление (СРО) с одной стороны, является необходимым звеном метаболизма, обеспечивающим нормальную жизнедеятельность организма (обеспечение регуляции сигнальных путей, пролиферации клеток, их выживаемости, метаболизма, противовоспалительного ответа и т.д.), с другой стороны - универсальной неспецифической основой патогенеза различных заболеваний. Молекулярные механизмы регуляции метаболических реакций реализуются через химическую модификацию белков, углеводов и, не в последнюю очередь, нуклеиновых кислот. Среди всех химически активных соединений, наиболее важными считаются активные формы кислорода (АФК), которые в избыточном количестве оказывают повреждающее действие на биоструктуры клетки. В последнее время понятие окислительный стресс (ОС), стимулом которого являются АФК, трактуется несколько шире, и, более правильно говорить об АФК-зависимых метаболических стрессах, то есть патологических путях метаболизма, также связанных с активными формами азота, хлора, галогенов. В связи с этим, исследователями были выделены, помимо ОС, который стоит во главе угла, также – карбонильный, галогенирующий и нитрозативный виды стресса. Выявление маркеров метаболических стрессов и недостаточности факторов антиоксидантной защиты (АОЗ) у пациентов с рядом заболеваний может помочь выявить лиц с высоким риском на ранней стадии и/или предотвратить развитие осложнений.

Результаты, полученные в нашем научном центре, отметили важную роль показателей окислительного и карбонильного стрессов, а также маркера деструкции ДНК в генезе начальных проявлений серьезного осложнения сахарного диабета (СД) – диабетической нефропатии (ДН), что позволяет использовать их в качестве ранних маркеров почечных повреждений. Причем высокая активность окислительного повреждения биомолекул и недостаточность факторов АОЗ проявляются уже на первой стадии ДН у мужчин с СД 1 типа, что свидетельствует об интенсификации синтеза АФК и прогрессировании диабетических осложнений даже на ранних стадиях заболевания. С помощью ROC-анализа были установлены параметры, имеющие наибольшую диагностическую значимость для 1 и 2 стадий ДН, что может быть предложено для обоснования соответствующих подходов к оптимизации профилактических мероприятий. Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) характеризуется высокой распространенностью среди женщин репродуктивного возраста и целым рядом тяжелых осложнений. Нами было отмечено, что негативные изменения редокс-баланса в регионарном кровотоке у женщин с ВРВМТ носят более ранний характер, чем в системном и регистрируются уже на первой стадии заболевания. При хронизации, на 3 стадии ВРВМТ, интенсивность накопления первичных и конечных продуктов липопероксидации и выраженность дефицита восстановленной формы глутатиона в обоих кровотоках носила практически идентичный характер. Оценка показателей окислительного повреждения и факторов воспаления у подростков с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКОЖ) выявила увеличение уровня маркеров повреждения ДНК, белков, а также снижение активности антиоксидантных ферментов крови. Кроме того, наблюдались изменения в цитокиновом профиле, характерные для хронического воспаления: увеличенные уровни С-реактивного белка и интерлейкина (IL)-6, сниженные уровни IL-4. Метаболический синдром (МС) является одной из актуальных медико-социальных проблем, связанных со снижением качества жизни больных. Полагают, что факторы, составляющие МС, могут быть связаны друг с другом и иметь общие патогенетические механизмы, а связующим компонентом, по нашим данным, по праву являются реакции ОС. Активация реакций ОС на различных этапах у женщин репродуктивного возраста с МС, указывает на необходимость оценки и контроля содержания метаболитов у пациенток данной когорты с целью профилактики и лечения.

Двойных П.В., Черных С.В., Горяева В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

В настоящее время отмечается увеличение в 1,3-1,6 раза показателя распространенности болезней мочеполовой системы среди взрослого населения Донбасса и отсутствие положительной динамики заболеваемости. При этом частота недержания мочи (НМ) составляет среди женщин 36-55 лет – 58,6 %, 18-35 лет – 29,1%, 55-77 лет – 12,3 %. Таким образом, проблема инконтиненции мочи у женщин заслуживает пристального внимания специалистов, в том числе и врачей акушеров-гинекологов, поскольку от этой патологии страдают женщины всех возрастных категорий, в том числе и в репродуктивном возрасте. Цель. Осветить некоторые вопросы осведомленности пациенток и врачей по проблеме женской инконтиненции мочи. Материалы и методы. Анализ литературных данных об отношении женщин к НМ и осведомленности врачей по проблеме инконтиненции у женщин. Результаты. Согласно данным литературы, от НМ в репродуктивном возрасте страдает каждая пятая женщина, в перименопаузальном и раннем менопаузальном – каждая третья, а в пожилом (после 70 лет) – каждая вторая женщина, 75% женщин старше 40 лет отмечают, что постоянное подтекание мочи значительно снижает качество их жизни, а у каждой десятой это привело к депрессии, 70% этих женщин страдают от утечки мочевого пузыря при смехе, кашле или чихании, 33% сталкиваются с такой ситуацией при беге, прыжках или других физических нагрузках, при этом 55% женщин считают, что утечка мочи – неизбежная часть старения, 64% женщин согласны лечиться, но к врачу не обращаются, т.к. уверены в невозможности лечения НМ. Причинами НМ у молодых являются беременность, роды, недостаток коллагена и эстрогенов, оперативные вмешательства на органах малого таза, на подтекание мочи во время смеха, физической нагрузки, чихания, кашля жалуются каждая пятая женщина в возрасте 30-40 лет, т.е. происходит значительное омоложение НМ, которое может приводить к неблагоприятным эмоциональным, психосоциальным последствиям. С другой стороны, специалисты не всегда спрашивают своих пациенток о наличии у них симптомов НМ, имеют недостаточный уровень знаний о проблемах инконтиненции, врачи первичного звена плохо осведомлены о современных подходах к диагностике и лечению разных форм НМ. В России было проведено анкетирование 118 врачей различных специальностей: 46 терапевтов, 18 неврологов, 14 урологов, 23 гинекологов, 17 хирургов. При опросе выявлено, что встречаемость НМ у женщин репродуктивного возраста считают редкой (менее 10 %) 95,7 % терапевтов, 77,8 % неврологов, 85,7 % урологов, 43,5 % акушеров-гинекологов; убеждены в 10-30 % встречаемости 4,3 % терапевтов, 16,7 % неврологов, 14,3 % урологов, 52,2 % акушеров-гинекологов; полагают о частой встречаемости (более 30%) 5,5 % неврологов и 4,3 % акушеров-гинекологов. Врачи-терапевты самыми эффективными методами лечения считают хирургические (78,3 %) и психотерапевтические (43,5 %); врачи-неврологи – физиотерапевтические (83,3 %) и психотерапевтические (61,1%); врачи-урологи и гинекологи – психотерапевтические (78,6 %, 86,9 %) и медикаментозные (64,3 %, 56,5 %); врачи-хирурги – хирургические (88,2 %) и психотерапевтические (47,1 %). Выводы. НМ – важная медицинская и психосоциальная проблема, но имеется недостаток литературных сведений о результатах анкетирования, опроса женщин на предмет наличия у них НМ, большинство пациенток скрывают свою проблему, пролонгируют свой визит к врачу и несвоевременно обращаются за медицинской помощью, НМ – междисциплинарная патология, требующая внимания и повышения уровня знаний различных специалистов.

Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Зенько Н.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НЕТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Цель. Проанализировать особенности клинического течения и лечения не типичной формы кандидозного стоматита у детей младенческого возраста.

Материал и методы. Были обследованы и пролечены 2 детей в возрасте 1,5 и 2 месяцев, обратившиеся на прием на кафедру стоматологии детского возраста на базе ГБУ ДГСП г. Донецка, с диагнозом кандидозный стоматит. Микробиологическое исследование биоматериала из полости рта (ПР) пациентов было проведено в лаборатории медицинского центра «Биолайн».

Результаты и обсуждение. Как правило, кандидозный стоматит в младенчестве течет по типу острого кандидозного стоматита («молочницы») и при отсутствии серьезных общесоматических проблем относительно легко поддается лечению. Часто родители даже не обращаются ни к педиатру, ни к стоматологу, а самостоятельно обрабатывают ПР содовым раствором, тем самым решая проблему. Однако, при обращении вышеуказанных детей уже при выяснении жалоб и анамнеза отмечено не типичное течение. По словам обеих матерей они заметили белесоватый налет в ПР у детей через несколько дней после рождения, о чем сообщили педиатру. Педиатром назначено применение содового раствора и препарата «Кандид» для обработки ПР, через несколько дней у обоих пациентов количество налета уменьшилось, но в последствии его количество вновь увеличилось. Мама приняла решение обратиться к врачу-стоматологу детскому.

При выяснении истории течения беременности и родов, для выявления возможной причины обсеменения полости рта новорожденных грибами рода *Candida*, нами установлено, что у обеих матерей была угроза выкидыша и по этой причине им был установлен гинекологический пессарий. Они отмечали наличие белесоватых выделений из половых путей, однако данные симптомы, часто наблюдаются при установке пессария.

При клиническом обследовании у одного ребенка на дорсальной поверхности языка отмечался плотный серо-желтый, тяжело снимающийся, возвышающийся над поверхностью слизистой налет. У второго пациента налет на языке был аналогичный первому ребенку, однако были также островки белесоватого творожистого налета на небе и щеках. Плотный серо-желтый, тяжело снимающийся, возвышающийся над поверхностью слизистой налет характерен, как правило, для хронического кандидоза. С учетом неэффективности ранее используемого раствора «Кандид» пациенты были направлены на исследование для посева материала на грибы рода *Candida*, а также другие микроорганизмы и установления их чувствительности к различным лекарственным препаратам. Результаты микробиологического анализа свидетельствовали о наличии микст-инфекции: установлен избыточный рост грибов рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*, при этом *Candida* была устойчива к клотримазолу.

Детям было рекомендовано обрабатывать ПР раствором натрия тетрабората, также был назначен «Лизобакт» (1/4 таблетки растереть в виде порошка и высыпать на язык). Дополнительно был назначен «Линекс капли для детей», предназначенный для малышей. При обращении к нам у детей также отмечался запор, по этому поводу они были направлены к педиатру, так как запор выступает дополнительнымотягчающим фактором при дисбиозе полости рта.

Комплексный подход к лечению кандидозного стоматита дал ожидаемый эффект: исчез налет в ПР, нормализовался стул. В течение последующего месяца у детей не отмечалось клинических проявлений кандидозного стоматита.

Заключение. Можно предположить, что изначальным источником кандидозной инфекции явились родовые пути матери. Был назначен противогрибковый препарат без учета чувствительности грибов, что способствовало развитию хронизации кандидоза, несмотря на младенческий возраст. Незрелость ЖКТ и появившийся запор лишь усугубил течение процесса в ПР. Комплексный адекватный подход к лечению кандидозного стоматита у детей с не типичной формой кандидоза позволил добиться стойкого клинического выздоровления.

Демина А.С.

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ, Пятигорск
Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Челябинской области в городе Магнитогорске,
Магнитогорск

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МАГНИТОГОРСКА

В медицинских учреждениях на организм человека действуют как микробные агенты, так и немикробные факторы, приводящие к инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи. Термин «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи» (ИСМП) охватывает широкий спектр инфекционных заболеваний, которые могут возникнуть и развиваться в процессе получения пациентом медицинских услуг, независимо от места оказания помощи – стационара, амбулатории или других форм лечения. Другая важная проблема – это рост профессиональной заболеваемости медицинских работников. Факторы риска развития ИСМП зависят от профиля медицинской организации, загруженности коечного фонда стационара, объёма оказываемых лечебно-диагностических процедур и т.д. ИСМП могут приводить к увеличению продолжительности госпитализации, повышению уровня смертности и инвалидизации, а также к значительным финансовым затратам на лечение и реабилитацию пациентов.

В условиях глобализации и увеличения числа медицинских вмешательств, проблема ИСМП становится все более актуальной, требуя комплексного подхода к ее решению. Инфекции, в частности регистрируемые в родовспомогательных учреждениях, считают одной из значимых проблем современной медицины.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что в 2023 г. регистрировался в акушерских стационарах г. Магнитогорска 1 случай ИСМП новорождённого против 4 случаев в 2022 г. и 0 случаев в 2021 г. В детском стационаре зарегистрирован 1 случай внутрибольничного сепсиса новорождённого (в 2022 и 2021 гг. случаи ИСМП новорожденных в детских стационарах не регистрировались). Показатель заболеваемости ИСМП новорождённых в 2023 г. в целом по городу составил 0,41 на 1000 родившихся живыми против 0,83‰ в 2022 г. и 0,196‰ в 2021 г. Нозологическая структура внутрибольничных ГСИ новорождённых в 2023 г. представлена: инфекции кожных покровов – 50,0% случаев (2022 г. – 25,0%, 2021 г. – 0%), внутрибольничные случаи генерализованной инфекции составили 50,0% (в 2022 г. – 0%, в 2021 г. – 1 случай сепсиса или 100%); остальные нозологические формы не регистрировались (в 2022 г. на ГСИ подкожной клетчатки (постинъекционные абсцессы) – 50,0% случаев, в 2021 г. – 0%; на инфекции пупочной ранки в 2022 г. приходится 25,0% гнойно-септических ИСМП, в 2021 г. – 0%). В интенсивных показателях заболеваемость генерализованными формами ГСИ составила 0,21 на 1000 родившихся живыми в 2023 г., 0‰ в 2022 г., 0,196‰ в 2021 г. Количество гнойно-септических инфекций внутриутробного генеза (ВУИ) в 2023 г. составило 20 случаев или 4,11 на 1000 родившихся живыми, но по сравнению с предыдущими годами отмечается снижение уровней заболеваемости в 1,5 и 1,2 раза (2022 г. 30 случаев или 6,19‰, 2021 г. 26 случаев или 5,09‰).

Соотношение внутрибольничных ГСИ и ВУИ новорождённых в 2023 г. по сравнению с предыдущими годами составило: 2021 г. – 1:26, 2022 г. – 1:7,5; 2023 г. 1:10.

Таким образом, по сравнению с предыдущими годами в 2023 году отмечается снижение уровня заболеваемости новорождёнными инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. В родовспомогательных учреждениях города Магнитогорска, по-прежнему, остается высоким количество гнойно-септических инфекций внутриутробного генеза. Основной задачей акушерских стационаров города является предотвращение гипердиагностики ВУИ, поскольку в большинстве случаев они служат «прикрытием» для инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Демченко Е.В., Дегтяренко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УЛУЧШЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И НОРМАЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

Актуальность. Зубочелюстные аномалии и деформации относятся к основным стоматологическим заболеваниям. На протяжении последних десятилетий отсутствует тенденция к их снижению. Коррекция ортодонтической патологии у детей 6-12 лет чаще всего осуществляется с помощью различных съемных аппаратов.

Цель исследования. Разработать способ улучшения гигиены полости рта и нормализации состояния слизистой у пациентов со съемными ортодонтическими аппаратами.

Материалы и методы. Разработанный нами способ применяли у 35 пациентов 7-12 лет со съемными ортодонтическими аппаратами, которые находятся на лечении на кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ им.М.Горького. Эффективность предложенного способа оценивалась путём сравнения показателей гигиенического состояния полости рта по Грину-Вермильону, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) до и после проведения предложенных мероприятий. Для идентификации и хорошей визуализации зубного налета использовались таблетки «Paro plack».

Предложенный комплекс включает следующие мероприятия: 1. обучение индивидуальной гигиене полости рта и ухода за ортодонтическими аппаратами с помощью зубной пасты, содержащей бромелайн (R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho); 2. полоскание полости рта суспензией, которая содержит сорбент полиметилсилоксана полигидрат (Энтеросгель) после еды по 1-2 минуты дважды в день (после завтрака и после обеда) в течение месяца; 3. рассасывание таблеток, содержащих деквалиния хлорид (Декатилен, Ларипронт), которые назначаются 3 раза в день; 4. после завершения приема курса таблеток, содержащих деквалиния хлорид, назначается рассасывание таблеток с пробиотическими микроорганизмами *Streptococcus salivarius* K12 (Бактоблис). Детям в возрасте от 4 лет рекомендуется рассасывать по 1 таблетке в сутки, желателно в вечернее время, перед сном, после чистки зубов, в течение 30 дней.

Результаты. У пациентов под базисом ортодонтического аппарата выявлялись участки гиперемии слизистой оболочки полости рта. Некоторые дети жаловались на ощущение дискомфорта, неприятный запах изо рта и от ортодонтического аппарата, ощущение жжения, покалывания под базисом. Таким образом, у детей, находящихся на лечении съемными ортодонтическими аппаратами, диагностировались: обильный зубной налет и хронический катаральный гингивит (легкой или средней степени тяжести), у 2/3 пациентов имелись также симптомы палатинита.

По нашим данным у 35 детей 7-12 лет, которые находились в течение 2-3 месяцев на лечении съемными ортодонтическими аппаратами, при определении гигиенического состояния полости рта по индексу Грину-Вермильона показатель составил $2,04 \pm 0,27$ балла, что соответствует неудовлетворительному гигиеническому состоянию. Индекс РМА у этих же пациентов соответствовал $26,55 \pm 6,47$, что соответствует средней степени тяжести гингивита. При оценке гигиенического индекса после проведения предложенных мероприятий показатель составил $0,93 \pm 0,30$ балла, что соответствует удовлетворительному состоянию. Индекс РМА после лечебных мероприятий соответствовал $0,37 \pm 1,58\%$.

Выводы. Предложенный способ улучшения гигиенического состояния и нормализации состояния слизистой оболочки полости рта у детей со съемной ортодонтической аппаратурой позволил улучшить гигиеническое состояние полости рта на 54,41% до удовлетворительного уровня и добиться исчезновения симптомов гингивита.

Разработанный способ имеет следующие преимущества: возможен к применению у пациентов начиная с младшего школьного возраста; подразумевает комплексный подход к индивидуальной гигиене полости рта и нормализации микробиоценоза полости рта; местные средства безопасны, разрешены к применению у детей, имеют либо нейтральный, либо приятный вкус и не вызывают негативной реакции.

Демчук О.В., Королёв А.А., Комбарова А.А., Куликова Л.И., Корнев В.А.

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Повреждение поджелудочной железы (ПЖ) вследствие минно-взрывной травмы (МВТ) с развитием посттравматического панкреатита (ПП) является одним из наиболее тяжелых видов повреждений органов брюшной полости. Частота травмы ПЖ в военное время составляет не менее 9%. При пролонгации диагностики и/или терапии развиваются такие осложнения как забрюшинная флегмона, абсцесс сальниковой сумки, эрозивное кровотечение, сепсис, летальность при которых достигает 80%.

Целью работы являлось уточнение особенностей этиопатогенеза развития ПП при закрытых повреждениях ПЖ в раннем периоде МВТ.

Развитие ПП при закрытой травме ПЖ при МВТ обусловлено воздействием на паренхиму железы ударной волны, что сопровождается глубоким и обширным повреждением тканей с формированием зон контузии и коммоции. При контузии, в результате непосредственного разрушения клеток, развивается первичный травматический некроз, что сопровождается повреждением панкреоцитов и протоковой системы ПЖ. Одновременно, в результате воздействия взрывной волны нарушается тонус сосудов, повреждается микроциркуляторное русло, вследствие чего формируется тканевая ишемия-гипоксия, приводящая к развитию очагов вторичного некроза, что формирует зону коммоции. В результате повреждения и некроза ацинарных клеток в зонах контузии и коммоции запускается процесс развития ПП по двум взаимно отягощающим друг друга путям – клеточно-ферментативному и иммунному.

В основе клеточно-ферментативного пути лежит активация ферментов поджелудочной железы, таких как трипсин, фосфолипаза А₂, липаза и эластаза, и их поступление в окружающие ткани, вследствие повреждения клеток и нарушения герметичности протоков, с последующим проникновением в системный кровоток и активацией калликреин-кининовой системы с образованием брадикинина, гистамина, серотонина, которые увеличивают сосудистую проницаемость и усугубляют нарушения микроциркуляции, приводя к повышению экссудации и, как следствие, образованию жидкостных образований. Позже, в фазу восстановления микроциркуляции продукты некробиоза, обладающие свойствами антигенов, попадают в системный кровоток и вызывают синтез и неконтролируемый выброс медиаторов воспаления мононуклеарными клетками, макрофагами и нейтрофилами.

Параллельно развивается иммунный путь, в основе которого лежит немедленный ответ иммунной системы на травму. При повреждении ацинарных клеток, активируется транскрипционный фактор NFκB, который инициирует экспрессию цитокинов и хемокинов, мобилизирующих и рекрутирующих моноциты и нейтрофилы в поврежденный участок ткани ПЖ. Одновременно высвобождаются Damage-Associated Molecular Patterns (DAMPs), которые распознаются тканевыми резидентными макрофагами что усиливает иммунный ответ, стимулируя выработку: TNF-α, IL6, IL1β и активные формы кислорода. Это активирует некроптоз, приводя к дополнительному высвобождению DAMPs, индуцируя фенотип провоспалительных макрофагов и вызывая дополнительное высвобождение TNF-α, TRAIL, IL-6, IL-1β, IL-18 и хемокинов, таких как CCL2, CCL5, CXCL3 и IP-10. В результате развивается цитокиновый дисбаланс, проявляющийся, в частности, снижением IL-2, что ведет дисрегуляции иммунной системы.

Результатом сочетания этих двух механизмов патогенеза ПП является развитие синдрома системного воспалительного ответа, который, в свою очередь, создает предпосылки к развитию полиорганной недостаточности.

Выводы. С учетом особенностей этиопатогенетического формирования ПП вследствие МВТ и отсутствием на данный момент единства в тактике предупреждения развития и лечения такого грозного осложнения закрытой травмы поджелудочной железы, актуальным является изучение патогенеза развития ПП в раннем периоде МВТ с дальнейшей разработкой методов его предупреждения.

Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Боева И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ НА КАФЕДРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРАКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ

В современных государственных стандартах высшего профессионального образования одним из требований к организации последиplomного обучения в ВУЗе является использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий для формирования необходимых профессиональных компетенций.

Интерактивная модель обучения (модель взаимодействия) предусматривает моделирование профессиональных ситуаций, использование ролевых игр, совместное решение проблем. При этом исключается доминирование какого-либо участника учебного процесса или какой-либо идеи, а слушатель становится субъектом взаимодействия, он сам активно участвует в процессе обучения. Все участники образовательного процесса (преподаватель, курсанты) взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, моделируют ситуации.

Мы считаем, что такой подход к организации занятий позволяет достичь конкретные и прогнозируемые цели: повышение эффективности образовательного процесса, достижение высоких результатов, усиление мотивации к изучению дисциплины, формирование и развитие профессиональных навыков обучающихся. Интерактивные формы применяются при проведении семинаров и практических занятий на всех уровнях обучения (специализация, повышение квалификации, техническое усовершенствование).

На кафедре профессиональных болезней и радиационной медицины проводятся такие виды форм обучения как деловые и ролевые игры. Они способствуют развитию навыков критического мышления, коммуникативных навыков, навыков решения проблем в различных ситуациях. В начале деловой игры преподаватель излагает проблемную ситуацию максимально приближённую к реальным условиям, формулирует цели и задачи игры, организует команды и уточняет роль каждого из участников. В процессе деловой игры выявляется способность тактического и стратегического мышления курсантов, умение анализировать и выстраивать собственную линию поведения и сопоставлять её с мотивацией других участников игры. Публичная защита предлагаемых решений позволяет выявить победителей игры и подвести итоги занятия.

Очень эффективным считаем работу в малых группах, которая направлена на обсуждение кого-либо вопроса для лучшего усвоения изучаемого материала. Преподаватель задаёт определённые рамки обсуждения, создаёт алгоритм выработки общего мнения, выявляет лидера. Объединение в малые группы проводится таким образом, чтобы в каждой группе были курсанты разной квалификационной категории. Это даёт возможность совместными усилиями добиваться лучших результатов. Оценка их совместной деятельности предусматривается одна на группу, поэтому все члены группы заинтересованы в хорошем результате.

Таким образом интерактивные методы позволяют представить учебный материал не только в традиционном, но и более доступном для восприятия визуально-вербальном виде. Комплексное применение указанных методов позволяет достичь более высокой эффективности в подготовке специалистов.

Денисов А.В., Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Существуют различные варианты хирургического лечения истинных кист щитовидной железы (ЩЖ), что обуславливает актуальность проблемы выбора соответствующего вида вмешательства с учетом клинических, анамнестических особенностей и коморбидности каждого пациента.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения путем разработки оптимальной тактики хирургических вмешательств.

За период с 1991г. по 2023г. в ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России различные виды вмешательств выполнены 249 больным с истинными кистами ЩЖ. Женщин было 223 (89,6%), мужчин – 26 (10,4%). Возраст больных составил 20-70 лет, в среднем – 45 лет. Изучался характер вмешательства, частота рецидивов, частота выявления рака ЩЖ. До 2006г. всех больных оперировали открыто – 75 больных. С 2006г. в связи с внедрением тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) и появлением технической возможности интервенционных малоинвазивных вмешательств на начальном этапе выполнялась пункция с этаноловой деструкцией (ЭД) с последующим цитологическим исследованием пунктата и динамическим наблюдением – 118 больных, при рецидиве кисты им выполнялась открытая операция – 32 больных (27%). Успешная ЭД без рецидива в течение 5 лет наблюдалась у 86 больных (73%). Процент рецидива значительно зависел от размера кисты и составил 16% при размере 1-2 см, 24% - при 2-3 см, и 80% при размере более 3 см в диаметре, в среднем частота рецидивов составила 27%. На начальных этапах, если киста превышала 3 см в диаметре, выполнялось малоинвазивное вмешательство - 15 человек, впоследствии в связи с частыми рецидивами этих больных первично оперировали открыто – 56 человек. Таким образом, с 2006г. разными способами оперировали 174 больных, из них открыто – 88 (50,6%), малоинвазивно – 86 (49,4%). Всего за период наблюдения оперировано открыто 163 пациента.

Всем открыто оперированным больным выполнялось интраоперационное экспресс-гистологическое исследование (ИЭГИ). У 152 (93,3%) больных была подтверждена простая киста - выполнена энуклеация кисты, что позволяло максимально сохранить здоровую ткань щитовидной железы и ее гормональную функцию. У 11 (6,7%) была диагностирована папиллярная карцинома, других форм рака выявлено не было. Всем этим больным выполнена гемитиреоидэктомия и истмэктомия. Рецидивов рака в сроки 5 лет после операции не наблюдалось.

Появление, развитие и широкое внедрение технологий пункционных вмешательств позволили практически в 2 раза уменьшить количество открытых операций и значительно сузить показания к ним. Преимуществом ЭД является малоинвазивность, простота, косметический эффект. Существенным недостатком этого метода является невозможность получения окончательного гистологического диагноза и необходимость наблюдения больных в динамике с возможными повторными вмешательствами, в том числе открытыми. Поэтому, исходя из наших данных кисты размерами 3 см и более первично подлежат открытому удалению, кисты меньшего размера – ЭД и наблюдению. При кистах ЩЖ у лиц с высоким операционным риском вследствие тяжелой сопутствующей соматической патологии ЭД также может применяться как альтернатива хирургическому вмешательству. Подход к выбору метода лечения в каждом случае должен быть индивидуальным с учетом вышеописанных факторов.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Ведение трансплантационных реципиентов включает пожизненную иммуносупрессию, от адекватности которой зависит качество и продолжительность их жизни. Данное исследование выполнено с целью анализа современного состояния и путей оптимизации иммуносупрессивной терапии после трансплантации органов.

Материалы и методы. В 2023 году и в течение 9 месяцев 2024 года в трансплантационном центре Республиканской клинической больницы им.М.И.Калинина под наблюдением состояло 126 пациентов после трансплантации почки (109), печени (12), сердца (3) и костного мозга (2). Перечень используемых для постоянной иммуносупрессии препаратов включал стероиды, ингибиторы кальцинейрина (циклоспорин или такролимус), цитостатики (препараты микофеноловой кислоты) или эверолимус. Иммуносупрессивный мониторинг проводился путем определения концентрации в крови циклоспорина и такролимуса.

Результаты. Из наблюдавшихся пациентов стероиды на этапе поддерживающей иммуносупрессии не получали 40% больных в связи с сахарным диабетом, остеодистрофией или другими относительными противопоказаниями. У остальных пациентов получавших антииндукционную иммуносупрессию через 1 месяц после трансплантации суточная доза метилпреднизолона составляла 4 мг.

При назначении циклоспорина мы ориентировались не только на его C0 и C2 концентрацию, но и на клинические особенности пациента. При сложностях индивидуального подбора циклоспорина его заменяли такролимусом. При выраженной дисфункции трансплантата, тяжелых инфекциях ингибиторы кальцинейрина отменяли. Эверолимус назначали пациентам со стабильно удовлетворительной функцией трансплантата, но плохой переносимостью микофенолатов. Это позволяло также, благодаря доказанным преимуществам эверолимуса, уменьшить вдвое рекомендуемую концентрацию ингибиторов кальцинейрина в крови.

В последние годы определенной проблемой, в том числе логистической, становится расширение перечня генерических иммуносупрессантов на фармацевтическом рынке. Они дешевле оригинальных препаратов, но менее изучены в части их эффективности и профиля безопасности. В настоящее время обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами (микофеноловой кислотой, микофенолата мофетиллом, эверолимусом, такролимусом и циклоспорином) лиц после трансплантации органов осуществляется из федерального бюджета Министерства здравоохранения Российской Федерации по программе «14 высокозатратных технологий» в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 27.03.2020 года №344. Для организации обеспечения трансплантационных реципиентов иммуносупрессантами больные, проживающие в Донецкой Народной Республике, включены в региональный сегмент Федерального регистра лиц после трансплантации органов. В этой связи реципиенты наблюдаются в рамках централизованной диспансеризации в соответствующих трансплантационных центрах и у профильных специалистов по месту жительства, где в настоящее время осуществляется иммуносупрессивное лекарственное обеспечение. На фоне увеличения пула реципиентов и расширения перечня пересаживаемых органов все более значимой становится проблема нон-комплаенса и недостаточной подготовки смежных специалистов в вопросах ведения лиц перенесших трансплантацию. Для повышения квалификации указанных специалистов в вопросах трансплантологии профильная кафедра Донецкого государственного университета им.М.Горького осуществляет необходимое обучение на базе трансплантационного центра Республиканской клинической больницы им.М.И.Калинина.

Выводы. Современные селективные иммуносупрессанты позволяют обеспечивать реципиентов минимальной, но адекватной иммуносупрессией в рамках индивидуальных протоколов. Для дальнейшей оптимизации ведения лиц перенесших трансплантацию органов необходимо повышение квалификации смежных специалистов.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ДИНАМИКА ГАРМОНИЗАЦИИ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Трансплантологическая помощь в г.Донецке оказывается с 1986 года, когда впервые, после получения официального разрешения Министерства здравоохранения СССР, была выполнена трансплантация почки в Областной клинической больнице им. М.И. Калинина (ныне Республиканская клиническая больница им. М.И.Калинина). После принятия 4 октября 2022 года Донецкой Народной Республики в Российскую Федерацию, на государственном уровне была поставлена задача приведения региональной службы трансплантации органов в соответствие с основами этой помощи в Российской Федерации. В соответствии с «Соглашением о взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством ДНР в целях осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами организационно-методического руководства медицинскими организациями ДНР» от 25 января 2023 года в Национальном медицинском исследовательском центре имени академика В.И.Шумакова в Москве начата переподготовка врачей Донецкого трансплантационного центра по вопросам отбора, подготовки, донорского, интра- и послеоперационного ведения трансплантационных реципиентов.

Состоялись выезды сотрудников «НМИЦ ТИО им. академика В.И.Шумакова» в Донецк в целях организационно-методической поддержки и совершенствования медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация)» и «нефрология». Обеспечена дальнейшая работа центра трансплантации на базе Республиканской клинической больницы. Ее сотрудники, являющиеся главными внештатными специалистами по трансплантологии и нефрологии Минздрава ДНР, включены в состав профильной комиссии Минздрава России. В 2024 году количество гемодиализных мест в трансплантационном центре увеличено до 25, что при 3-х сменном режиме работы и наличии еще 5 отделений гемодиализа в Донецке, Горловке, Макеевке и Мариуполе позволило устранить региональный диализный дефицит. В дополнение к выполняемым нами трансплантациям почек используется телемедицинская система дистанционных консультаций для маршрутизации потенциальных реципиентов донорских органов в «НМИЦ ТИО им. ак. В.И.Шумакова», проводится формирование заявок на лекарственное обеспечение реципиентов донорских органов по Федеральной программе 14ВЗН.

Кафедра трансплантологии и клинической лабораторной диагностики Донецкого медицинского университета на базе трансплантационного центра ведет занятия на цикле «Трансплантология» со студентами 6 курса и курсантами ФУВ. Все сотрудники кафедры в 2024 году прошли отдельную подготовку в «НМИЦ ТИО им. ак. В.И.Шумакова» по дополнительной профессиональной программе «Основы трансплантологии и искусственных органов. Особенности методологии преподавания дисциплины».

В настоящее время готовятся условия по созданию современной региональной нормативной базы для межведомственного взаимодействия и реализации программ мультиорганной трансплантации в Донецкой Народной Республике.

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ОПЫТ 750 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧЕК

Первая трансплантация почки была нами выполнена 17 апреля 1986 года после большой подготовительной работы и получения на это официального разрешения Министерства здравоохранения СССР. Предпосылками для освоения трансплантации почек в Донбассе явились общие успехи трансплантологии, а также материальная база и опыт ведения гемодиализа в нашей больнице с 1963 года. К настоящему времени произведено 750 трансплантаций почек (518 – от посмертных доноров и 232 от родственных доноров). Также под диспансерным наблюдением в Центре в разное время находились 130 пациентов после трансплантации почек, печени, сердца, кишечника, костного мозга, выполненных в других лечебных учреждениях. Условно можно выделить следующие этапы нашего развития:

Вначале шло накопление опыта (1986-1994 годы) и приведение отбора и подготовки, донорского, интра- и послеоперационного обеспечения трансплантационных реципиентов в соответствие с государственными стандартами указанного периода.

В последующем (1995-2003 годы) – результаты удалось существенно улучшить в связи с появлением в общемировой практике новых иммуносупрессивных препаратов, стажировками наших сотрудников в трансплантационных центрах ближнего и дальнего зарубежья, их участием в работе международных трансплантационных сообществ и законотворческой деятельности.

В 2004-2013 годы – материально-техническая база Центра была пополнена современным оборудованием. Мы начали выполнять трансплантации пациентам из группы высокого риска от родственных и посмертных доноров с результатами соответствующими общепринятым в мире. К пациентам высокого риска нами отнесены дети, в том числе младшего школьного и дошкольного возраста, пожилые пациенты, диабетики, пациенты с системными заболеваниями и повторными 3-ми и 4-ми трансплантациями. Шла подготовка к увеличению трансплантационной активности, в том числе, за счет трансплантации печени и поджелудочной железы.

В 2014-2021 годы в связи масштабным и затяжным военным конфликтом мы фактически перешли в режим работы медицины катастроф. Были приняты интенсивные меры по сохранению Центра. Несомненно, военный конфликт, а в последующем и пандемия COVID-19, усложнили нашу деятельность, но имели место и положительные изменения:

- в 2016 году устаревшее оборудование для проведения гемодиализа в Центре было заменено на аппараты «Искусственная почка» и водоподготовки премиального класса;
- количество диализных мест было увеличено с 16 до 21 при 3-х сменном графике проведения гемодиализов 6 дней в неделю;
- начата подготовка студентов 6 курса и курсантов по трансплантологии на открытой на базе Центра в 2017 году профильной кафедре Донецкого медицинского университета им.М.Горького.

В 2022 году наступил переходный период в организации службы диализа и трансплантации органов в Донецкой Народной Республике как новом субъекте в составе Российской Федерации.

В 2024 году количество диализных мест было увеличено с 21 до 25 при 3-х сменном графике проведения гемодиализов 6 дней в неделю и это позволяет увеличить лист ожидания на трансплантацию почки. С этой же целью нами осуществляется переход на централизованную диспансеризацию всех больных с хронической почечной недостаточностью в трансплантационном центре и совершенствование междисциплинарного взаимодействия специалистов путем их обучения.

Годичная выживаемость реципиентов с высоким риском в Центре превышает 90% и это соответствует современным требованиям. У реципиентов восстанавливается фертильная

функция, появляется возможность возврата к труду и занятий спортом. Максимальное время, прошедшее с момента пересадки почки в Центре до успешных родов у женщин-реципиентов составило 11 лет. Максимальный срок удовлетворительной функции пересаженной нами почки превысил 35 лет, мониторинг продолжается. В целом, результаты деятельности Центра подтверждают необходимость ее продолжения.

Таким образом, наш опыт трансплантаций почек показывает, что обеспечение успешного проживания реципиентом своего биологического цикла является достижимой целью, и логично сделать данную помощь более доступной. В Донецкой Народной Республике наступает этап позволяющий увеличить трансплантационную активность. Региональная перспектива развития данного раздела в ближайшие годы будет определяться качеством местных управленческих решений и их выполнения.

Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Попова Я.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ДЕСЯТЬ И БОЛЕЕ ЛЕТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Цель: анализ качества жизни и условий, необходимых для длительной эффективной реабилитации реципиентов донорской почки.

Материалы и методы. Изучено состояние 117 пациентов, которым в трансплантационном центре Республиканской клинической больницы им. М.И.Калинина выполнена трансплантация почки с ее последующей удовлетворительной функцией в течение 10 и более лет. Максимальная длительность продолжающегося после пересадки наблюдения составила 35 лет, наблюдение продолжается. Клинико-лабораторное обследование проводили общепринятыми методами, качество жизни пациентов оценивали по шкале SF-36.

Результаты. Причиной развития почечной недостаточности в 98 (83,8%) случаях явился хронический гломерулонефрит, в 8 (6,8%) – сахарный диабет, в 7 (6 %) - поликистоз почек и хронический пиелонефрит, в 2-х (1,7%) – системная красная волчанка, в 2-х (1,7%) - гипертоническая болезнь и последствия отравления. Среди реципиентов преобладали мужчины – 52,1%. Максимальная продолжительность дотрансплантационного лечения гемодиализом (на фоне анурии) составила 13 лет. В 58 (49,6%) случаях трансплантация почек выполнена от трупных, в 59 (50,4%) – от родственных доноров. Максимальный возраст пациентов, наблюдающихся после трансплантации составил 79 лет. На этапе индукции иммуносупрессии, кроме стероидов, цитостатиков и ингибиторов кальцинейрина в 85 случаях использовали анти-CD-25 моноклональные антитела или антитимоцитарный иммуноглобулин. Поддерживающая иммуносупрессия, как правило, включала стероиды, циклоспорин или такролимус, микофенолаты или имуран. В отдельных случаях вместо цитостатиков применяли эверолимус.

Клинические данные свидетельствуют о высоком уровне посттрансплантационной реабилитации, что подтверждается нормализацией артериального давления, уровня гемоглобина в крови и показателей фосфорно-кальциевого обмена. Интегральная оценка выделительной, эритропоэтической функций и других характеристик трансплантата, имеющих прогностическое значение, повысила эффективность ведения пациентов за счет коррекции модифицируемых факторов риска развития ренальной дисфункции. У реципиентов отмечено восстановление трудоспособности, фертильной функции. Большинство показателей качества их жизни после трансплантации почки сравнимо с качеством жизни здоровых лиц. Количество состоящих в браке, учащихся или работающих среди пациентов сопоставимо с общепопуляционными показателями. Специфические проблемы - нефротоксичность, инфекции, стероидные осложнения - у реципиентов были связаны с иммуносупрессивной терапией. Использование современных селективных иммуносупрессивных препаратов позволяет минимизировать иммуносупрессию. В практическом плане очень востребованным становится создание надежных критериев развития долгосрочной трансплантационной толерантности. В поздние сроки после трансплантации нами не отмечено случаев нонкомплайенса. Соблюдение дисциплины во многом определялось образовательным цензом: высшее образование имели 58 (49,6%) пациентов. Долгосрочное наблюдение показало большое, а иногда доминирующее влияние социальных факторов на выживаемость почечных трансплантатов и пациентов.

Выводы. Трансплантация почки позволяет обеспечить реципиентам проживание своего биологического цикла. Для этого необходимо проведение минимальной, но адекватной иммуносупрессии, устранение модифицируемых факторов риска развития ренальной дисфункции и социальное благополучие.

Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Попова Я.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА

В течение последнего десятилетия в трансплантационном центре Республиканской клинической больницы имени М.И.Калинина увеличилось количество пациентов лечащихся гемодиализом и расширены показания к его проведению. Вырос удельный вес больных с длительными (20-30 лет) сроками лечения.

Настоящее исследование проведено с целью анализа и систематизации подходов к формированию сосудистого доступа для гемодиализа в новых условиях.

Материалы и методы. В трансплантационном центре на постоянной основе диализом лечатся до 130 пациентов (в год более 160). Им проводится гемодиализ, гемодиофильтрация и перитонеальный диализ. Причиной развития почечной недостаточности являются: хронический гломерулонефрит, поликистоз почек, хронический пиелонефрит, сахарный диабет, системные и другие заболевания. В исследовании дана структурная оценка сосудистых доступов для проведения гемодиализа с учетом этапа, длительности, цели и других характеристик проводимого лечения.

Результаты исследования. Установлено, что в Центре используется весь современный набор методов при создании сосудистых доступов для ведения гемодиализа: формирование артериовенозных фистул на предплечье и плече, установка сосудистых ПТФЕ (политетрафторэтиленовых) протезов на предплечье, плече, бедре и двухходовых сосудистых катетеров в подключичную, яремную или бедренную вены, включая перманентные тунеллированные катетеры.

Обращает внимание стабильно высокая частота использования временных сосудистых катетеров на начальном этапе проведения диализа, что связано с поздним обращением больных. В случаях, когда диализ выполняли с целью стабилизации состояния кандидата на трансплантацию почки от родственного донора, сосудистый доступ для диализа ограничивался временной установкой сосудистого катетера. При долгосрочной перспективе гемодиализа пациентов формирование АВ фистулы осуществлялось уже после его начала. К эксплуатации фистулы приступали в течение 1-2 месяцев от момента операции, минимальный срок – в день операции.

Возраст 36% пациентов превышал 55 лет (max – 85 лет), у 3% – возраст был менее 10 лет. За десятилетие количество пациентов лечащихся гемодиализом более 5 лет увеличилось и составило 40%, что в отдельных случаях требовало повторного создания сосудистого доступа. Выраженный кальциноз сосудистой стенки, малый диаметр сосудов, их тромбоз, гиперкоагуляция, гипотония, аневризмы, сопутствующие заболевания усложняли задачу. При формировании АВ фистул предпочтение отдается дистальной трети предплечья. Этот подход обеспечивает адекватный сосудистый доступ для проведения гемодиализа 93% пациентов лечащихся в Центре. Максимальный срок эксплуатации такой фистулы превышает 20 лет. Используем операционную оптику (4,5х), узловые швы, пролен 7/0, при необходимости - 8/0. При реконструктивных вмешательствах выполняем тромбэктомии и реанастомозирование сосудов на 1-3 см проксимальнее предыдущего соустья. Исключительное использование собственных сосудов обеспечиваем за счет транспозиции сосудов или с помощью сосудистых вставок. Важным фактором в исходе формирования фистулы является опыт хирурга и опыт диализных сестер, особенно при первых пункциях фистулы.

Выводы. На современном этапе тактикой выбора при создании сосудистого доступа в регионе с развивающейся диализной сетью является формирование на додиализном этапе дистальной артерио-венозной фистулы ограниченным кругом хирургов, имеющих личный опыт использования сформированных ими долгосрочных гемодиализных сосудистых доступов.

Денисов В.К., Комисаренко Э.Э., Грекова К.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДИАЛИЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Цель исследования. Оценка текущего состояния Донецкой региональной службы диализа в Донецкой Народной Республике и обоснование направлений ее дальнейшего развития.

Материалы и методы. Изучены статистические данные о проведении диализа по итогам 2023 года и 9 месяцев 2024 года в лечебных учреждениях Донецка и сопредельных городов. Проанализированы условия и пути оптимизации работы соответствующих профильных отделений.

Результаты исследования. Установлено следующее:

В отделении гемодиализа трансплантационного центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения - ДОКТМО (ныне «Республиканская клиническая больница имени М.И.Калинина») в 2023 году на 21 диализном месте проведено 14017 сеансов гемодиализа 153 пациентам. Перитонеальным диализом лечились 9 пациентов. Для сравнения, в 2022 году в отделении проведено 15458 сеансов гемодиализа. Уменьшение количества проведенных диализов обусловлено, главным образом, за счет восстановления работы отделения гемодиализа в ГБ №1 г.Мариуполя в январе 2023 года и одномоментного возвращения проживающих там пациентов. После трансплантации почки наблюдались 109 реципиентов. Всего почечную заместительную терапию в виде диализа и трансплантации почки в Центре получал 271 пациент. Таким образом, трансплантационный центр имеет в своем арсенале все виды заместительной терапии и возможность проводить лечение сложной сопутствующей патологии за счет многопрофильности Республиканской клинической больницы. В 2024 году количество гемодиализных мест в Центре увеличено с 21 до 25, что позволило полностью устранить их дефицит. В отделении активных методов детоксикации и интенсивной терапии ДОКТМО в 2023г. на 3 диализных местах произведено 159 сеансов гемодиализа 12 пациентам с хронической почечной недостаточностью.

В отделении нефрологии и гемодиализа городской больницы №2 г.Горловки в 2023 г. на 20 диализных местах произведено 8804 сеанса гемодиализа 94 больным.

В отделении гемодиализа центральной городской клинической больницы №1 г.Донецка в 2023г. на 12 диализных местах произведено 4875 сеансов гемодиализа 72 больным.

В отделении гемодиализа Республиканской детской клинической больницы в 2023 г. на 4 диализных местах произведен 91 сеанс гемодиализа 4 детям.

В отделении нефрологии и гемодиализа Рудничной клинической больницы г.Макеевки на 6 диализных местах произведено 4783 сеанса гемодиализа 48 больным.

В отделении амбулаторного гемодиализа ГБ №1 г.Мариуполя на 15 диализных местах проведено 5380 сеансов гемодиализа 75 пациентам.

Таким образом, в 2023 году количество сеансов программного гемодиализа в ДНР составило 38993, что на 11,9% больше в сравнении с 2022 годом. По итогам 9 месяцев 2024 года количество проведенных гемодиализов увеличено еще на 11 % в сравнении с аналогичным периодом 2023 года, и эта тенденция будет сохраняться. Суммарно в 2023г. заместительную почечную терапию в Донецкой Народной Республике получали 546 пациентов. В течение 2023-2024 гг. на территории ДНР в лечении диализом не было отказано ни одному пациенту. В ГБУ ДНР РКБ им М.И. Калинина, в ГБ №2 г.Горловки или ГБ№1 г.Мариуполя достаточное количество свободных мест для проведения гемодиализа. Большой дополнительный резерв представляет возможность перевода работы отделений гемодиализа в ГБ №1 г.Донецка и ГБ №2 г. Горловки с 2-х сменной работы на 3-х сменную работу.

Таким образом, в ДНР нет необходимости в неотложных мерах по созданию новых диализных мест. Для дальнейшей оптимизации заместительной почечной терапии необходимо либо транспортировать диализных пациентов из отделений гемодиализа по направлениям их проживания, либо открывать небольшие (на 4-6 гемодиализных мест) отделения в удаленных населенных пунктах (гг. Торез, Харцызск, Снежное, Старобешеве, Амвросиевка, Новоазовск, Енакиеве).

Денисов В.К., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Давыдова Т.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С целью приведения региональной службы трансплантации органов в соответствие с организационными основами этого вида медицинской помощи в Российской Федерации нами проанализированы материалы XII Всероссийского съезда трансплантологов, состоявшегося 30.09-2.10.2024 года в Москве. Съезд был посвящен 55-летию Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И.Шумакова Минздрава России.

На съезде были обсуждены все аспекты и перспективы трансплантационной деятельности в стране. Отмечено, что пройден достойный путь становления и развития клинической трансплантологии. Трансплантацию органов удалось превратить в реальный, доступный для граждан вид медицинской помощи. Трансплантация органов включена в перечень видов высокотехнологической медицинской помощи и развивается в рамках национальных проектов. Исследования по вопросам донорства, иммунитета, хирургической техники, этики, деонтологии и юриспруденции являются стимулом для появления инновационных решений и развития многих специальностей.

На съезде отмечено, что в 2023-м году в Российской Федерации было произведено более 3 тыс. трансплантаций. Это был самый продуктивный год, и тенденция по увеличению числа выполняемых трансплантаций продолжится. Наряду с ведущими федеральными центрами, медицинскую помощь методом трансплантации органов оказывают в 59 учреждениях 39 регионов, и их число будет расти.

В 2023 году в головном учреждении «Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» выполнено 311 трансплантации почек, 238 трансплантаций сердца, 197 трансплантаций печени, 12 трансплантаций легких и 2 трансплантации сердечно-легочного комплекса. 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 70 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. Благодаря этому в обществе уменьшился антагонизм и выросло понимание, что органное донорство и трансплантация являются гуманитарными процессами, которые способствуют достижению приоритетных государственных целей увеличения продолжительной и активной жизни граждан.

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.

Дехтяренко А.В., Масенко В.В., Максименко О.Л., Авсянкина Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЫШЦ: МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ЭМЕРИ-ДРЕЙФУСА

Актуальность. Мышечная дистрофия Эмери–Дрейфуса — это генетическое заболевание, которое отнесено в группу орфанных. Несмотря на то, что наличие и тяжесть симптомов зависят от типа заболевания и индивидуальных особенностей организма, важно своевременно диагностировать и корректировать клинические проявления из-за опасных для жизни осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, основные механизмы развития и клинические проявления у пациентов с мышечной дистрофией Эмери-Дрейфуса.

Материалы и методы исследования. Анализ зарубежных, отечественных источников литературы (статьи, материалы кандидатских, докторских диссертаций, монографии и учебники), электронных медицинских библиотек (Elibrary, КиберЛенинка, Wiley), баз биомедицинских исследований (PubMed).

Результаты исследования. По данным исследований самыми распространенными вариантами мышечной дистрофии Эмери-Дрейфуса являются первый и второй типы. На долю первого типа (мутация в гене EMD) приходится 19% всех мышечных дистрофий Эмери-Дрейфуса, 2 типа (мутация в гене LMNA) - 22% от всех случаев этой патологии. В результате мутации нарушается синтез белков эмерина (при 1 типе) и ламина А и С (при 2 типе), которые принимают участие в регуляции активности фактора транскрипции, поддержании формы и целостности ядерной мембраны, организации хроматина, поддерживают работу сигнальных путей в ядре и экспрессию ряда генов скелетных мышц и сердца. Эмерин экспрессируется не только в мышцах (скелетных и миокарде), но и в других тканях (толстой кишке, половых железах, поджелудочной железе); отсутствие клинических нарушений этих органов при мышечной дистрофии Эмери-Дрейфуса 1 типа может объясняться компенсаторным действием других функционально сходных белков. Дефицит или мутация какого-либо из вышеперечисленных белков, составляющих структуру ядерной мембраны, может привести к потере структурной целостности ядра, что особенно опасно для тканей, которые часто подвергаются «стрессу», в том числе для сердечной и скелетной мускулатуры.

Заболевание дебютирует в 4-15 лет (преимущественно раннее начало в 72% случаев) и характеризуется ранним развитием контрактур (в 88,5% случаев) локтевых, голеностопных суставов и шейного отдела позвоночника, медленно прогрессирующей слабостью мышц (в 72,2% случаев) плече-перонеальной группы и грозными осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы (в 88,9% случаев): нарушения ритма и проводимости по типу мерцания или трепетания предсердий, синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокады с развитием приступов Морганьи-Адамса-Стокса, желудочковой тахикардией и высоким риском внезапной смерти. Однако, нередко кардиальная патология протекает бессимптомно, и внезапная смерть может наступить на фоне кажущегося благополучия.

Выводы. Причиной развития клинических проявлений при мышечной дистрофии Эмери-Дрейфуса является нарушение синтеза белков, играющих важную роль в функционировании мышечной ткани, особенно сердечной, что и определяет прогноз жизни больных мышечной дистрофией Эмери-Дрейфуса.

Джоджуа А.Г., Гладько О.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНОГО С ИЗОЛИРОВАННЫМ ОСТРЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Головокружение (ГК) является частой причиной госпитализации в стационар по экстренным показаниям. Нередко таким пациентам с жалобами на головокружение, необоснованно ставят диагноз инсульт.

При этом особые сложности возникают при обследовании пациента с острым изолированным ГК, поскольку сочетание ГК с другими очаговыми неврологическими симптомами облегчает диагностику инсульта, но отсутствие таких симптомов вовсе не исключает инсульт как причину ГК.

В зарубежном исследовании среди причин головокружения у 1666 пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, только в 3% случаев подтвердился инсульт. У 97% больных причиной головокружения была периферическая вестибулопатия¹.

В отечественном исследовании с участием 213 пациентов, госпитализированных по поводу острого вестибулярного головокружения, инсульт диагностировали у 21,6%. У 78,4% пациентов причиной головокружения была периферическая вестибулопатия.

По мнению экспертов Европейской организации по изучению инсульта, изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов вестибулярной системы.

Тем не менее, впервые возникшее изолированное ГК у больного с факторами риска цереброваскулярных заболеваний должно настораживать в отношении возможного инсульта с ограниченным поражением клочковой зоны мозжечка или небольшого участка ствола мозга в месте входа преддверно-улиткового нерва.

Многочисленными исследованиями было показано, что современные методы нейровизуализации не могут существенно помочь дифференциальной диагностике острого изолированного ГК. Чувствительность компьютерной томографии (КТ) при диагностике острого ишемического инсульта в первые 24 - 48 часов заболевания не превышает 16 %, тогда как чувствительность магнитно-резонансной томографии (МРТ), хотя значительно и превосходит таковую КТ, не достигает 100 %, составляя около 83%.

Вместе с тем клиническое обследование оказывается эффективной альтернативой инструментальному обследованию больного с острым ГК.

По некоторым данным, обследование «у постели больного» позволяет безошибочно диагностировать инсульт почти во всех случаях.

Дифференциальную диагностику инсульта и периферической вестибулопатии осуществляют на основании получения анамнестических сведений, результатов теста поворота головы (тест Хальмаги), оценки параметров нистагама и выявления скрытого вертикального косоглазия, или так называемого торсионного вертикального синдрома вследствие нарушения вестибулоокулярного рефлекса в стволовых структурах.

Результаты специального исследования показали, что отсутствие изменений на МРТ у больного с острым изолированным ГК в первые 24 - 48 часов заболевания снижает вероятность инсульта до 15 - 20%, положительная проба Хальмаги - до 8%, а «периферический», т.е. не меняющий направления, горизонтальный нистагм в сочетании с положительной пробой Хальмаги - до 3 %.

По данным J. Kattah и соавт. (2009), сочетание меняющегося направления нистагама, отрицательной пробы Хальмаги и вертикально-торсионного косоглазия у больного с острым ГК с очень высокой степенью достоверности свидетельствует о центральном происхождении вестибулопатии (чувствительность - 100%, специфичность - 96%).

Джурабаев А.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

ЗАЩИТНЫЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Анализ имеющейся литературы относительно роли кишечной микробиоты в развитии язвенного колита показал, что существует прямая корреляция между состоянием здоровья желудочно-кишечного тракта и кишечной микробиотой.

В кишечнике человека имеется около 1000 видов микробов - бактерий, вирусов и грибов. Кишечная микробиота принимает участие в защите слизистой оболочки от вредного воздействия патогенных микробов, а также в обмене веществ.

Так, анаэробные бифидобактерии *Bacterioides* и *Peptococcus* препятствуют проникновению патогенов в собственную пластинку слизистой оболочки кишечника.

Комменсальные бактерии *Bacteroides thetaiotaomicron* ингибируют развитие кишечных возбудителей *Citrobacter Rodentium* путем повышенного потребления углеводов необходимых для их роста.

Bacteroides thuringiensis выделяют бактериоцины, которые обладают специфической антагонистической активностью к спорообразующим клостридиям и бациллам, в том числе к *Clostridium difficile*.

Бактерии располагаются на поверхности слизистой оболочки кишечника, образуя слой биопленки, который, производя питательные вещества, влияет на проницаемость тканей и иммунную систему кишечника.

Кишечная микробиота участвует в синтезе витаминов (вит. К, витамины группы В - биотин, кобаламин, фолаты, никотиновая кислота, пантотеновая кислота, пиридоксин, рибофлавин и тиамин), метаболизме белков и углеводов, а также способствует развитию лимфоидной ткани кишечника путем производства огромного количества метаболитов, регулирующих взаимодействие эпителия с иммунными клетками.

Попадая в дистальные отделы кишечника неперевариваемые углеводы вызывают выработку полезных короткоцепочечных жирных кислот (ацетат, пропионат и бутират). Бутират является основным энергетическим субстратом для клеток эпителия толстой кишки и оказывает антиканцерогенное и противовоспалительное действие.

На поверхности слизистой оболочки кишечника имеется первая линия защиты – лимфоидная ткань. Кишечная микробиота начинает распознаваться с помощью рецепторов распознавания образов путем связывания нуклеотидов с рецепторами домена олигомеризации (NOD) и toll-подобными рецепторами (TLR). Эти рецепторы появляются на поверхности кишечных эпителиальных клеток, макрофагов и кишечных дендритов. В случае попадания микроба-патогена через эпителий иммунный ответ будет направлен против него.

Дисбактериоз кишечника приводит к нарушению целостности эпителиального слоя кишечника, снижает защитные функции слизистой оболочки кишечника, приводя к рецидивирующему воспалению слизистой оболочки кишечника и развитию язвенного колита.

Нарушение нормальной кишечной микрофлоры является одним из основных факторов развития язвенного колита и характеризуется скудным бактериальным разнообразием в кишечнике. При этом, резко уменьшается количество полезных кишечных бактерий (*Bifidobacterium longum*, *Eubacterium Rectale*, *Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia* кишечная), а также увеличивается количество болезнетворных бактерий, вызывающих воспаление кишечника и изменение проницаемости эпителиальных клеток (например, *Escherichia-Shigella*, *Bacteroides* spp., *Mycobacterium avium paratuberculosis*, *Clostridium difficile*, виды *Helicobacter*, виды *Campylobacter*, виды *Salmonella*, виды *Yersinia*. или *Listeria* spp.).

Джурабаев А.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ В БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Серийно выпускаемые препараты бактериофагов более эффективны для внебольничных кишечных и респираторных инфекций. Вместе с тем, при производстве этих препаратов не учитывается большая скорость изменения внутрибольничных штаммов-возбудителей инфекции, скорость формирования антифагового иммунитета, локализация инфекционного процесса, фармакокинетические свойства бактериофагов.

Внутрибольничные инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, представляют собой любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации.

По данным ряда европейских и американских медицинских общественных организаций, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, поражают в среднем 5-15% госпитализированных пациентов, а в отделениях высокого риска - до 40% больных. Социальный и экономический ущерб, наносимый ИСМП, ежегодно составляет в США около 55-60 млрд долларов; в странах Евросоюза - 13-24 млрд евро; в Великобритании - около 10 млрд фунтов стерлингов; в России - 10-15 млрд рублей.

Проблема опасности глобального распространения устойчивости к противомикробным препаратам, впервые прозвучавшая в докладе ВОЗ, опубликованном в апреле 2014 года, была позднее поднята и на уровне глав государств, входящих в G20. В декларации, принятой на последнем саммите, проходившем в Гамбурге в июле 2017 года, прозвучал призыв к объединению международных усилий по созданию новых альтернативных антибиотикам антимикробных средств.

Одним из инновационных подходов к уничтожению патогенных бактерий являются вирулентные бактериофаги с широким спектром литической активности, элиминирующие как чувствительные к антибиотикам, так и лекарственно-устойчивые штаммы бактерий.

Производитель при серийном выпуске зарегистрированного ранее и разработке нового лекарственного средства на основе бактериофагов должен на сегодняшний день руководствоваться «Правилами проведения исследований биологических лекарственных средств Евразийского экономического союза», в которых отражены современные принципы производства, качества, доклинических и клинических исследований лечебно-профилактических препаратов бактериофагов. Ниже перечислены наиболее важные позиции, обозначенные в Правилах.

1. Каждый из фаговых штаммов, используемых в препарате, должен быть изучен с помощью молекулярно-генетических методов (полногеномного секвенирования) для определения его полной нуклеотидной последовательности ДНК с последующим биоинформационным анализом.

2. Необходимо включение в досье на препарат данных, касающихся бактериального штамма-хозяина, на котором проводится культивирование бактериофага в производственных условиях.

3. Требуется применение дополнительных методов очистки (ультрафильтрации, аффинной хроматографии и т.д.) в технологическом процессе, с помощью которых обеспечивается освобождение фаголизатов от продуктов жизнедеятельности бактерий, эндо- и экзотоксинов, продуктов фаголизиса бактериальных клеток.

В целом, персонализированная фаготерапия и своевременное определение штаммов бактерий, появившихся при оказании медицинской помощи даст возможность более эффективной профилактики внутрибольничной инфекции.

Довгялло Ю.В., Вельма К.М., Дебелая К.Е., Любочка А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕЛИЧИНЫ ИНДЕКСА ЛАКУАРНОСТИ ПОВЕРХНОСТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СЕТИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение. Научный поиск современных ученых-медиков должен быть нацелен на уменьшение количества острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, эффективно предотвращая их и выявляя на ранних стадиях. Эти нарушения могут быть вызваны неравномерным распределением сосудов на поверхности полушарий головного мозга, степень которой можно оценить с помощью индекса лакуарности. Однако на данный момент применение этого метода ограничено из-за отсутствия общепринятых норм индекса для разных возрастных и гендерных групп.

Цель. Определение эталонных значений индекса лакуарности пиальной сосудистой сети полушарий головного мозга у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста.

Материал и методы. Для 102 человек (51 мужчина и 51 женщина в возрасте от 27 до 66 лет), чья причина смерти не связана с сосудистыми заболеваниями, был рассчитан индекс лакуарности пиальной сосудистой сети верхнелатеральной поверхности полушарий головного мозга. Для этого использовалась методика «box-counting». Обследуемые составили три возрастные группы: лица первого периода зрелого возраста, лица второго периода зрелого возраста, лица пожилого возраста. Статистические данные обрабатывались с помощью лицензионной программы StatMed. Выбор конкретного статистического критерия зависел от закона распределения частот величин.

Результаты. Во всех исследуемых группах распределение частот величин отличалось от нормального, поэтому были использованы непараметрические критерии. Параметры описательной статистики определяли в каждом функционально отличном участке полушарий головного мозга отдельно для мужчин и женщин первого и второго периода зрелого возраста, пожилого возраста. Наибольшая медиана значений величины показателя индекса лакуарности оказалось в лобной доле среди мужчин второго периода зрелости и составила $0,6328 \pm 0,00867$, наименьшая медиана изучаемого показателя – в височной доле мужчин пожилого возраста ($0,5469 \pm 0,01263$). Наибольшее максимальное значение индекса лакуарности оказалось в лобной доле среди женщин первого периода зрелого возраста – $0,9617$, наименьшее минимальное значение – в теменной доле среди мужчин пожилого возраста – $0,2938$. Наибольший размах величин изучаемого показателя оказался в теменной доле, он оказался равным $0,6425$, наименьший – в височной доле, здесь он составил $0,3237$. В целом для каждой из долей отдельно у мужчин и женщин отмечается относительная стабильность индекса лакуарности у лиц зрелого возраста и уменьшение изучаемого показателя к пожилому возрасту. В группе мужчин значения индекса лакуарности в лобной, затылочной и височной долях оказались статистически значимо ниже у представителей второго периода зрелости относительно пожилого возраста ($p < 0,05$, где p — уровень значимости при использовании критерия Вилкоксона). Среди женщин значения изучаемого признака в теменной, затылочной и височной долях оказались достоверно ниже среди лиц пожилого возраста по сравнению с женщинами второго периода зрелости ($p < 0,05$). Как у мужчин, так и у женщин значения индекса в разных долях полушарий головного мозга не отличались у лиц первого и второго периода зрелого возраста ($p > 0,05$). При анализе данных в функционально различных участках полушарий были выявлены статистически значимые различия как справа, так и слева во всех изучаемых половозрастных группах ($p < 0,01$). Медианы индекса лакуарности у мужчин и женщин уменьшаются в следующем порядке: лобная, теменная, затылочная, височная.

Выводы. Так как показатели индекса лакуарности в разных частях полушарий у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста существенно различаются, для оценки адекватности кровоснабжения в различных функциональных зонах мозга у лиц зрелого и пожилого возраста необходимо применять различные нормативные значения. Однако у лиц первого и второго периода зрелости могут быть использованы одинаковые значения нормы.

Довгялло Ю.В., Калашиникова Е.А., Вельма К.М., Дмитриев А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕКСТУРНОГО АНАЛИЗА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ РАРЕФИКАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Внедрение новых методов медицинской визуализации требует новых подходов к оценке полученных результатов, уменьшению субъективного влияния врача-диагноста, адекватного выбора зоны интереса. Таким требованиям соответствует метод текстурного анализа, который позволяет получить количественную характеристику изображения или отдельно выбранной области интереса. К факторам, сдерживающим внедрение текстурного анализа в практику, относятся: отсутствие стандартного алгоритма пред- и постпроцессорной обработки медицинских изображений, отсутствие количественных критериев нормы текстурных показателей, отсутствие «универсального» набора текстурных признаков.

Цель исследования: определение численных показателей некоторых текстурных характеристик костной ткани третьего и четвертого поясничных позвонков в норме.

На магнитно-резонансных томограммах 52 человек обоего пола, первого и второго периодов зрелого возраста, выполненных в срединно-сагиттальной плоскости, выделялась зона интереса, расположенная в телах третьего и четвертого поясничных позвонков и включающая в себя губчатое костное вещество. Далее определялись такие показатели текстурного анализа, как: уровень интенсивности сигнала и значение серого цвета. Определение численных величин указанных переменных производилось при помощи компьютерных программ с открытым кодом доступа. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи лицензионной компьютерной программы Statistica10.

При проведении парных сравнений не было установлено статистически значимых отличий между величинами изучаемых переменных в области интереса, выделенной в третьем и четвертом поясничных позвонках ($p > 0,05$, где p – уровень значимости при коэффициенте Стьюдента здесь и далее по тексту). Статистически значимых отличий между величинами интенсивности сигнала и значения серого цвета у мужчин и женщин установлено не было как в третьем, так и в четвертом поясничных позвонках ($p > 0,05$). Также не было установлено статистически значимых отличий между величинами интенсивности сигнала и значения серого цвета зоны интереса в третьем и четвертом поясничных позвонках как у мужчин, так и у женщин ($p > 0,05$). При проведении парных сравнений величины указанных переменных у лиц разных возрастных групп также достоверно не отличались как в третьем, так и в четвертом поясничных позвонках ($p^* > 0,05$, где p^* – уровень значимости при коэффициенте Вилкоксона).

При проведении непараметрического корреляционного анализа, установлено, что уровень значимости при коэффициенте Спирмена составил $r = 0,836$, что характеризует связь между величинами интенсивности сигнала и уровня серого как линейную, сильную, положительную.

Таким образом, учитывая довольно высокий уровень согласованности изучаемых переменных, для оценки текстуры изображения поясничных позвонков можно использовать лишь один из них, что может значительно упростить оценку изображения врачом-диагностом. Отсутствие статистически значимых отличий между величинами указанных переменных в третьем и четвертом поясничных позвонках, в первом и втором периодах зрелости, у лиц разного пола позволяет использовать одни и те же нормативные значения.

Довжаница Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ

Цель: изучить основные аспекты дисфункции менструального цикла при ожирении.

Материалы и методы: на основании изученных мною результатов эмпирического исследования, изложенного в статье: «Ахмедова Ш.У. Садыкова Д.Ш. Нарушения менструального цикла у женщин фертильного возраста с ожирением» и данных статьи «Ковалева Ю.В. Роль ожирения в развитии нарушений менструальной и репродуктивной функций.» были рассмотрены особенности репродуктивного здоровья у 25 женщин с ожирением, обратившихся по поводу бесплодия в РСНПЦЭ в 2014–2015 гг., - первая группа исследования. Вторая группа - 25 женщин с нормальными росто-весовыми показателями (РВП) и без нарушений менструального цикла.

Всем женщинам проводились общеклинические и биохимические исследования. Полученные данные обработаны с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6.

Результаты: при изучении репродуктивных характеристик у женщин с ожирением, которые составили первую группу исследования и сравнения их со второй группой женщин с нормальными росто-весовыми показателями (РВП) без нарушений менструального цикла выявило следующие нарушения: повышение уровня тиреоглобулина ($< 1,7$ ммоль/л) у 15 %. Снижение уровня липопротеинов высокой плотности ($< 1,2$ ммоль/л) у 12 %, повышение уровня липопротеинов низкой плотности ($> 3,0$ ммоль/л) у 34 %. Гипергликемия натощак ($6,1$ ммоль/л) у 24 % и нарушение толерантности к глюкозе (7,8 и 11,1 ммоль/л) у 18 %.

Показателями гормонального профиля в первой группе были гиперандрогенемия и гиперинсулинемия, а так же низкие значения средних величин ЛГ, ФСГ. Фолликулометрия показала высокую частоту случаев персистенции фолликула у 18 (30 %), ановуляторных нарушений — у 14 (23,3 %) и фолликулярной атрезии у 12 (20 %) женщин, гипоовуляторный синдром был у 8 (13,3 %) женщин. Нормальные овуляторные циклы выявлены у 6 женщин (10 %). Наиболее часто пациенток встречалась вторичная аменорея — 8 наблюдений (32 %), бесплодие — 21 случай (84 %). При этом по мере увеличения ИМТ возрастала частота и спектр нарушений менструального цикла и фертильности.

Указанные факторы могут играть главную роль в этиопатогенезе процессов, приводящих к нарушению овуляции и его клиническим проявлениям - нарушениям ритма менструаций и бесплодию. К механизмам нарушения фертильности относится воздействие психосоциальных факторов, так как что ожирение, что бесплодие сопровождаются депрессивным синдромом, который в свою очередь, отражается на созревании и росте преовуляторного фолликула и желтого тела, подготовке эндометрия к имплантации. И воздействие цитокинов, которые секретируются жировой тканью. Повышенный уровень провоспалительных цитокинов вызывает эмбриотоксический эффект и препятствует инвазии трофобласта.

Выводы: Распространенность метаболического синдрома увеличивается с возрастом у пациенток с менструальными нарушениями, связанными с ожирением, в то время как частота СПКЯ остается стабильной как в подростковом, так и в раннем репродуктивном возрасте. У девушек с метаболическим синдромом в структуре нарушений менструального цикла преобладает вторичная аменорея. В основе менструальной дисфункции лежит гиперандрогенная ановуляция, которая формируется в состоянии гиперинсулинемии.

Долженко С.А., Голубова О.А., Моногарова Н.Е., Глухов Д.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО И ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

Цель исследования – изучить и определить диагностические направления в дифференцировке гастроэзофагеального и ларингофарингеального рефлюкса в рутинной практике оториноларингологов и гастроэнтерологов.

Материалы и методы. Были проанализированы данные отечественной и зарубежной периодической научной литературы в объеме 12 статей и 3 монографий, связанных с этиологией, клиникой, дифференциальной диагностикой и лечением ларингофарингеального и гастроэзофагеального рефлюкса.

Результаты исследования. Были определены диагностические методы дифференциальной диагностики ларингофарингеального рефлюкса, включающие применение различных методов диагностики, таких как, эзофагогастродуоденоскопия, внутрипищеводная рН-метрия, микроскопическое исследование биоптатов пищевода, фармакологический тест ингибиторов протонной помпы, шкалы с наиболее характерными симптомами каждой нозологии, а также бальная система выраженности патологических проявлений.

На основании изученных данных, можно сказать о том, что «золотым стандартом» инструментальных методов диагностики ларингофарингеального рефлюкса является суточная внутрипищеводная рН-метрия, показавшая значительные диагностические результаты. Данный метод исследования имеет ряд преимуществ перед другими методами: удобство выполнения, неинвазивность, возможность длительного мониторинга, применение в амбулаторных условиях, динамическое наблюдение с целью контроля эффективности проводимой терапии.

Стоит отметить и новый перспективный метод диагностики данной патологии – «омепразоловый тест», Данный тест основан на возможности достижения коррекции беспокоящих пациента симптомов при назначении ему ингибиторов протонной помпы в виде короткой терапии. Методика проведения теста состоит в назначении стандартной дозы омепразола (40 мг) 1 раз в сутки на протяжении 2 недель. Тест считается положительным (подтверждает наличие гастроэзофагеального рефлюкса), если в результате приема проявления рефлюкса уменьшаются или исчезают. Данный метод активно используется в последние два десятилетия. Это высокочувствительный неинвазивный метод, который позволяет выявить ларингофарингеальный рефлюкс при скудных клинических проявлениях.

Для четкой дифференциации гастроэзофагеального от ларингофарингеального рефлюкса и правильной постановки диагноза были разработаны шкалы, с наиболее характерными симптомами каждой нозологии, а также бальная система выраженности патологических проявлений.

Выводы. Дифференциальная диагностика ларингофарингеального рефлюкса является актуальной проблемой для практики оториноларинголога, так как большинство жалоб приводит пациента в первую очередь к нему. На данный момент до сих пор есть разночтения в трактовке результатов исследований. Оториноларингологи и гастроэнтерологи признают, что интерпретация существующих исследований затруднена из-за неопределенных диагностических критериев ларингофарингеального рефлюкса. Поэтому методы диагностики данного заболевания требуют дальнейшего изучения разработки и систематизации.

*Долматова С.А., Вельма К.М., Чернобривец Н.В., Мащенко Г.Р., Дементьева А.А.,
Гаврилюк Л.Ф.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В 2023-2024 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) повсеместно распространены и занимают второе место после острых респираторных инфекций и гриппа в структуре инфекционной заболеваемости. 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: оценить эпидемический процесс ОКИ в 2023-2024 гг. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев ОКИ по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: По итогам 2023 года в ДНР отмечался рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями по сравнению с аналогичным периодом 2022 года на 11,5%. Было выявлено 3048 случаев заболевания, показатель заболеваемости составил 87,7 на 100 тыс. населения. Удельный вес снятых диагнозов составил 24,5%, в 2022 г. - 20,6%. В структуре суммы ОКИ 62,9% составляют гастроэнтероколиты установленной этиологии (ГЭК), 30% - ГЭК не установленной этиологии, шигеллез - 7,3%

Основным путем передачи ОКИ остается пищевой - 71,1%. Ведущие факторы передачи по опросу больных: молочная продукция (молоко, масло сливочное, кисло-молочная, творожная продукция домашнего приготовления и приобретенная в магазинах и рынках города) - 14,3%, кулинарная продукция (домашняя кулинария с нарушениями правил приготовления и хранения) - 27,5%, мясо - колбасные изделия - 8,7%, яйцо куриное сырое и без достаточной термообработки - 11,1%, овощи, фрукты немытые домашние и приобретенные на городских рынках - 21,5%.

По данным микробиологических исследований в 2023 году (6 месяцев) отобрано 472 пробы пищевых продуктов, отклонений 9 (1,9%). В 2022 году - 3939 проб отклонений - 50 (1,3%). В пейзаже возбудителей, выделенных от больных, преобладают энтеробактер, цитробактер, ротавирус, клебсиелла. Из внешней среды - клебсиелла, энтеробактер, цитробактер, стафилококк.

Всего за 9 месяцев 2024 г. было зарегистрировано 3007 случаев ОКИ, за аналогичный период 2023 г. - 2400 сл. Среди заболевших, дети до 17 лет составляют 63,6%, из них 75,8% неорганизованные дети. В структуре ОКИ преобладают энтериты, колиты, гастроэнтериты, вызванные установленными возбудителями (59,4%). Всего за 9 месяцев 2024 г. зарегистрировано 1704 случаев ОКИ установленной этиологии, показатель заболеваемости (64,3 на 100 тыс. населения) на 3,1% ниже аналогичного периода прошлого года (9 мес. 2023 г. - 1910 сл., показатель на 100 тыс. населения - 66,4).

Среди основных возбудителей ОКИ, выделенных от больных, преобладали протей, энтеробактер, цитробактер, золотистый стафилококк, клебсиелла, ротавирус и др. Ведущим путем передачи кишечной инфекции остается пищевой путь.

Выводы: В целом, в ДНР в настоящее время эпидемическую ситуацию по острым кишечным инфекциям можно определить как неустойчивую. Наиболее значимыми профилактическими и противозидемическими мероприятиями остаются своевременное выявление и рациональная терапия больных, текущая и заключительная дезинфекция, а также повышение санитарно-гигиенической грамотности населения.

Домашенко О.Н., Бондарева А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Заболевания, вызванные вирусами гепатитов и иммунодефицита человека (ВИЧ), относятся к наиболее распространенным хроническим инфекциям, пораженностью которыми составляет около 7–8 % населения мира. Из 40 млн ВИЧ-инфицированных 4 млн являются коинфицированными вирусом гепатита В. Взаимодействие вируса В и ВИЧ индуцирует фиброгенез.

Цель работы: Изучить особенности течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) у больных ВИЧ-инфекцией.

Под наблюдением находились 37 больных ХВГВ, коинфицированных ВИЧ. Гендерно преобладали мужчины - 87%. Средний возраст пациентов - $39 \pm 2,7$ %. У 65 % обследованных предположительные сроки инфицирования вирусом В были от 10 месяцев до 5 лет, у остальных длительность заболевания не установлена. У большинства больных наблюдалось первично-хроническое течение ХВГВ. У 23 больных (62,2%) диагностирована III стадия ВИЧ-инфекции, у 14 (37,8%) – IV стадии заболевания. Симптомами ХВГВ были слабость, нарушение сна, субфебрилитет, головная боль, боль в мышцах и суставах. У 93,1% пациентов пальпировалась плотной консистенции печень. У 94,4% больных ХВГВ в III-IV стадии ВИЧ-инфекции преобладали диспептические симптомы (снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье), у 44,4% выявлялась умеренная желтуха, гиперферментемия, у 22,2% – спленомегалия. Симптомами ВИЧ-инфекции в этот период была лихорадка, чаще субфебрильная (71,5%), лимфаденопатия, кандидозное поражение кожи и слизистых (у женщин наблюдался кандидозный вульвовагинит), герпес (29,3%), туберкулез легких (51,4%), поражение нервной системы (ВИЧ-энцефалопатия, когнитивные нарушения, поражение периферической нервной системы). В клиническом анализе крови у ВИЧ-инфицированных с ХВГВ значительно чаще, по сравнению с ВИЧ-инфицированными лицами и больными ХВГВ, отмечались изменения в гемограмме в виде лейкопении, анемии и тромбоцитопении.

Таким образом, у больных ХВГВ, инфицированных ВИЧ, отмечается сочетание клинических проявлений, характерных как для ХВГВ, так и ВИЧ-инфекции, усиление клинической симптоматики, более тяжелое течение болезни печени. Вирусы действуют синергично, что способствует прогрессированию ХВГВ и ускорению развития цирроза печени, а также трансформации в онкологический процесс.

Домашенко О.Н., Гончарук Е.Ю., Ожерельева И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОЦИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ДОНБАССЕ

За период с 2010 по 2024 г. г. в Донецком регионе был зарегистрирован 31 случай лихорадки западного Нила (ЛЗН): с 2010 по 2019 г.г. – 26 пациентов, в 2023-2024 г. г. в Донецке – 5 больных ЛЗН. Больные были в возрасте от 18 до 78 лет (19 мужчин и 12 женщин). 24 (77,4%) заболевших – жители городов, 5 (16,1%) проживали в сельских районах, расположенных вблизи Азовского побережья, 2 (6,5%) – из числа спецконтингента. Лихорадка была ведущим симптомом заболевания: у 56,7% больных заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39-40,0°C с ознобом, сопровождалась головной болью, слабостью, потливостью, головокружением, ломотой в теле. Длительность лихорадочного периода – от 10 до 55 дней (в среднем 27,7 дня). У 7 (43,8%) больных возник рецидив лихорадки (на 5,7,8,21,27 дни заболевания). Поражение нервной системы отмечено у всех заболевших. У 67,7% больных диагностирован серозный менингит со смешанным цитозом, у 29% – менингоэнцефалит, у 3,2% – энцефалит. У 16 больных ЛЗН диагностирована ретроспективно: ИФА IgM >1:1600 у 81,2% и > 1:200 у 18,8% лиц, у 11 пациентов ИФА IgM +, у 4 – дот-ИФА (ЛЗН-ДОТ) и IgM. Противовирусная терапия не назначалась. Антибиотики использовали у 5-х больных, учитывая сопутствующую патологию, а также при энцефалите. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Эпидемиологическая и эпизоотическая ситуация по туляремии в регионе нестабильная. Основным источником инфекции являются грызуны, которые могут передавать возбудителя сельскохозяйственным животным. В 2022–2023 г.г. на туляремию обследован 51 больной в возрасте 14-93 лет (мужчины – 75 %, женщины – 25 %). 26 (51%) заболевших были жителями трех сельских районов региона, 25 (49%) – из числа спецконтингента. Выявлено 4 семейных очага (9 пациентов). Легочная форма наблюдалась у 44 больных (86,3%), ангинозно-бубонная – у 5 (9,8%), генерализованная (септическая) – у 2 (3,9%). Среди больных легочной формой преобладающим был бронхитический вариант (63,6%), для которой типичными были умеренная интоксикация, сухой кашель без дыхательной недостаточности, лимфаденопатия. Туляремийная пневмония (36,4%) характеризовалась выраженной интоксикацией, у 68,6% пациентов – аускультативными критериями атипичной пневмонии, рецидивирующим течением, пролонгированным субфебрилитетом с сохраняющимися ускоренной СОЭ, СКТ/Ро признаками воспалительного процесса до 1,5-2,5 мес. При ангинозно-бубонной форме наблюдались односторонний тонзиллит, углочелюстной бубон до 3*4 см, шейно-подмышечная лимфаденопатия. Септическая форма отличалась тяжелой интоксикацией, гектической лихорадкой, лимфаденопатией, ИТШ, полиорганной недостаточностью. Диагноз верифицирован в лабораториях ООИ РЦ СЭН ГСЭН МЗ ДНР и МО РФ – РА 1:100-1:400 и РНГА 1:320-1:81920. Везикулёзный (гамазовый) риккетсиоз выявлен у 43 иммунокомпетентных пациентов (мужчины–26, женщины–17) в возрасте 17-42 лет (M±29) лет. Резервуаром возбудителя *Rickettsia akari* являются дикие крысы и мыши. Переносчики – гамазовые клещи, которые питаются на грызунах. Трансмиссия возбудителя происходит во время укуса клеща, который не сопровождается болевыми ощущениями и часто остается незамеченным. Заболевание характеризовалось лихорадкой, интоксикацией, экзантемой папуло-везикулезного (60,5%) или пятнисто-везикулезного (39,5%) характера, которая появлялась в первые четыре дня болезни, афтами на слизистой ротоглотки, лимфаденопатией, увеличением печени. Течение заболевания неосложненное. Лабораторная диагностика основывалась на результатах ИФА с Ric. Akari (IgM) в титре 1:160-1:320.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЕРИФИКАЦИЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Цель работы: проанализировать клиническое течение и лабораторное подтверждение нейроинфекций герпесвирусной этиологии.

Под нашим наблюдением находились 24 пациента в возрасте 26-70 лет, госпитализированных в инфекционное и неврологическое стационары с диагнозами: «Острый менингоэнцефалит?», «Острый энцефаломиелит?», «Острый энцефалит?». Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, люмбальная пункция с последующим клиническим анализом спинномозговой жидкости. У четверти больных при использовании методов визуализации (КТ/МРТ) были выявлены очаговые поражения головного мозга. Относительно установления герпес-вирусного генеза энцефалита были проведены исследования ликвора методом РНИФ с определением специфических IgM и IgG (24 пациента), для вторичной верификации использовали метод ПЦР (9 пациентов). У 11 (45,8%) был лабораторно подтвержден серозный менингит, у остальных (54,2%) – энцефалит. Клиническая картина включала интоксикационный, менингеальный и судорожный синдромы, широкий спектр проявлений очагового поражения центральной нервной системы, а также экзантему. Среди 24 пациентов у 11 (45,8%) отмечалась лихорадка в рамках высокого субфебрилитета, у 1 больного с повышением до высоких фебрильных цифр. Средняя продолжительность лихорадки составила $5,7 \pm 0,8$ дней. Выраженные цефалгии, чаще височно-теменной локализации, имели место у 9 (37,5%) больных. Полная менингеальная триада была выявлена лишь у двух пациентов; еще у 4 больных отсутствовала рвота, но отмечалась выраженная тошнота. У всех пациентов выявлены симптомы очаговых поражений ЦНС различного характера и степени выраженности: наиболее распространенными оказались вестибулярные нарушения – в 62,5% случаев, парезы и параличи центрального генеза имели место у 9 (37,5%) пациентов, бульбарный синдром – у 6 (25,0%), глазодвигательные нарушения – у 8 (33,3%), поведенческие и когнитивные расстройства – у 7 (29,2%) и 5 (20,9%) больных соответственно. Судороги отмечались у 2 (8,3%) пациентов. Экзантема была представлена везикулезными элементами: у 2 (8,3%) пациентов – единичного разрозненного характера, а также сгруппированными, на гиперемизированном основании – у 1 пациента. У 15 обследованных (62,5%) были обнаружены IgG к ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ. IgM были обнаружены у 4 пациентов: ВПГ-1 – 1 пациент, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ – также по 1 пациенту. С учетом дискутабельности вопроса о процессах интратекального синтеза IgM, было принято решение провести вторичную верификацию методом ПЦР у 4 пациентов с обнаруженными IgM, а также 5 пациентам с обнаруженными IgG. Результатом данного шага стало подтверждение герпес-вирусного менингоэнцефалита и герпес-вирусного энцефалита у 4 пациентов с обнаруженными IgM (ПЦР ДНК ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ – обнаружены соответственно). Невыявляемая ПЦР ДНК ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ у пациентов с обнаруженными IgG герпесвирусов, на первый взгляд, позволяла исключить герпетическую этиологию заболеваний. Однако клинические и инструментальные исследования в ряде случаев были основанием учитывать наличие АТ-IgG в ликворе в качестве подтверждающего фактора. Таким образом, клиническая картина герпесвирусных энцефалитов содержит в себе явления интоксикационного, экзантематозного, судорожного, менингеального синдромов, а также симптомы очагового поражения ЦНС. Наиболее рациональным методом диагностики данных заболеваний является определение специфических IgM в ликворе, а также обнаружение ДНК герпес-вирусов в ликворе методом ПЦР. Определение специфических IgG в крови к герпес-вирусам не является подтверждением диагноза и требует проведения дополнительных методов верификации.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Гридасова Е.И., Капран В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИНФЕКТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Концепция инклюзивного образования — это подход к реализации педагогического процесса таким образом, который обеспечивает равные возможности для всех обучающихся последипломного этапа высшей медицинской школы, независимо от их физических, психических или социальных особенностей.

Процесс реализации инклюзии в области инфектологии и интенсивной терапии предполагает ряд технических и организационных шагов: обеспечение доступной образовательной среды, технологической поддержки, методическую и кадровую гибкость в обучении.

Оптимизацию образовательной среды мы видим в обеспечении физической доступности клинических баз, а также административно-организационных структур образовательной организации, отвечающих за программы дополнительного профессионального образования: наличие пандусов, лифтов и специализированных аудиторий.

К направлениям технологической поддержки целесообразно отнести создание доступных образовательных материалов: дубляж текстовых методических материалов шрифтом Брайля, программное обеспечение для чтения текста вслух, субтитры для видео и интерактивные онлайн-платформы

Методическая эластичность состоит в разработке индивидуальных образовательных маршрутов: специализированных рабочих программ по профильным дисциплинам, а также индивидуальных учебных планов и дополнительной учебно-методической документации, которые учитывают особенности каждого студента.

Безусловно, в процессе обеспечения возможностей реализации инклюзии существует ряд определенных сложностей. По инфраструктурному кластеру: программы последипломного образования, в основном, реализуются на клинических базах – лечебных учреждениях, моделирование которых должно быть согласовано с руководством как образовательной организации, так и лечебного учреждения, более того концепция изменений может входить в конфликт со множеством нормативно-правовых актов, которыми регламентируется архитектура инфекционных стационаров и отделений интенсивной терапии, а также быть дорогостоящим и требовать значительных инвестиций. По технологическому кластеру также актуален финансовый аспект. Важное значение имеет временной и кадровый ресурс: необходимо не только качественное изменение концепций оснащения кафедральных помещений, но и обучение и мотивация (моральная, деловая, финансовая) сотрудников в плане работы с новыми инструментами реализации педагогического процесса.

Инклюзивное последипломное образование в инфектологии — это не только требование времени, но и необходимый шаг для обеспечения равных возможностей для всех студентов. Несмотря на технические сложности, комплексный подход и стратегическое планирование позволят успешно реализовать этот процесс.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Конограева С.С., Хоменко Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

О НЕОБХОДИМОСТИ АКТИВИЗАЦИИ СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПО ПРОГНОЗИРОВАНИЮ И ДРУГИМ АСПЕКТАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Математические модели — это абстрактные, упрощенные представления реальных процессов, выраженные с помощью математического языка. Они позволяют исследователям и учёным анализировать, предсказывать и понимать сложные системы. В контексте медицины, эти модели могут быть использованы для прогнозирования распространения заболеваний, оценки эффективности медицинских вмешательств и помощи в принятии решений. Благодаря моделированию можно глубже понять механизмы развития и динамики различных патологий, не только очевидных патогенетических изменений, но и генетически обусловленных, например, роль влияния различных полиморфизмов определенных генов на тяжесть течения заболевания. Это способствует разработке новых подходов к лечению и вторичной профилактики, а также улучшает существующие подходы.

Оптимизация моделей включает в себя улучшение их точности и эффективности. Процесс модернизации может быть реализован по следующим направлениям: масштабирование данных путем расширения выборки исследования, интеграция новых методов (искусственного интеллекта), внедрение мультидисциплинарного подхода: сотрудничество между биологами, генетиками, химиками и физиками, специалистами в области здравоохранения с одной стороны и математиками для создания более комплексных моделей с другой. Для построения математической модели, предназначенной для прогнозирования течения инфекционного заболевания, необходимы следующие данные: эпидемиологические (время инкубационного периода и продолжительность болезни, механизм заражения), биогеоценотические (распространенность отдельных возбудителей, климатическое влияние), демографические (возраст, пол, прививочный анамнез), поведенческие (уровень комплайенса), клинические, а также наличие сопутствующих заболеваний и иммунологический профиль (в т.ч. генетически опосредованные реакции). Сбор и анализ этих данных помогают создавать более точные модели с более широким спектром применения, которые могут эффективно прогнозировать развитие заболевания и служить базисом для принятия взвешенных решений в области здравоохранения. Модели могут быть адаптированы к новым данным, что позволяет быстро реагировать на изменения в распространении новых заболеваний. Это особенно важно в условиях быстро меняющихся эпидемиологических ситуаций.

Активное изучение и развитие математических моделей в медицине имеет важное значение для инновационной оптимизации здравоохранения. Это позволяет не только прогнозировать и контролировать заболевания, но и улучшать качество жизни людей, минимизируя риски и повышая эффективность медицинских стратегий.

Домашенко О.Н., Гридасова Е.И., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТАКТИКИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ

К направлениям, дополняющим основные механизмы реализации инклюзии в высшей медицинской школе, целесообразно отнести следующие тактики: партнерства, обучение персонала, мониторинг и оценка, обратную связь, финансовую поддержку.

Тактика партнерства предполагает сотрудничество с организациями, занимающимися поддержкой людей с ограниченными возможностями, которые могут оказать различную помощь в разработке и реализации инклюзивного образования.

К тактике обучения персонала стоит отнести системные тренинги и семинары для профессорско-преподавательского состава и административного персонала по вопросам инклюзии.

В тактику финансовой поддержки, помимо внесения соответствующий статей расхода в планирование бюджета образовательной организации, также возможно включение ряда мероприятий, направленных на получение государственных субсидий и грантов на развитие инклюзивной образовательной среды.

Среди аспектов тактики обратной связи целесообразно выделить создание каналов для получения обратной связи от обучающихся и представителей профессорско-преподавательского состава для своевременного выявления проблем и их решения.

Мониторинг и оценка – следующая тактика, которая может быть реализована проведением динамического контроля и оценки эффективности инклюзивных практик с целью их улучшения.

Для успешного воплощения представленных тактик необходим комплексный подход, включающий улучшение инфраструктуры образовательной среды, подготовку кадрового состава и кадрового резерва для реализации педагогического процесса, а также формирование системы основных бюджетных средств и устойчивой траектории софинансирования.

Домашенко О.Н., Капран В.В., Хоменко Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

В осенне-летний период 2023 г. в Донецком регионе был зарегистрирован 101 случай вирусного гепатита А (ВГА), из них взрослые – 93 пациента. Преобладающее количество заболевших проживали в Киевском районе г. Донецка – 88 (78,2%), тогда как в 7 других районах города диагностированы единичные случаи заболевания (21,8%). В структуре больных ВГА преобладали лица старших возрастных групп: 40–59 лет – 42,5%, от 60 до 74 лет – 28,8%, 18–39 лет – 20,8 %. Частота заболеваемости ВГА у детей (1–17 лет) составила 7,9%.

Все заболевшие для хозяйственно-бытовых нужд использовали некипяченую водопроводную воду из крана (в дни подачи воды по графику) и из запасных емкостей. Все пациенты питались продуктами домашнего приготовления. Выявлено 12 семейных очагов заболевания. 1 пациент болел ВГА в детстве. Вакцинированных среди заболевших не было. У всех взрослых больных наблюдалась желтушная форма заболевания. Начало болезни было острым. Сроки госпитализации варьировали от 5 до 16 дней от начала заболевания. Преджелтушный период протекал по гриппоподобному (24,8%), диспептическому (17,8%) и смешанному вариантам (57,4%). Продолжительность этого периода составила $6,1 \pm 2,3$ дней. Начальными симптомами были общая слабость (100%), лихорадка (90,3%), снижение аппетита (82,1%), тошнота (80,0%), головная боль (39,6%), однократная рвота (39,6%). Средняя продолжительность лихорадки составила $9,8 \pm 3,1$ суток. В зависимости от степени тяжести длительность лихорадки составила при легкой форме – $6,4 \pm 2,6$, среднетяжелой – $10,4 \pm 3,4$, тяжелой – $12,6 \pm 3,8$ суток. Тяжесть ВГА оценивали по выраженности интоксикационного синдрома, желтушного синдрома, степени нарушения белково-синтетической функции печени. Тяжелое течение болезни отмечено у 16 (15,8%), среднетяжелое – у 81 (80,2%), легкое – у 4 (4,0%) пациентов. У 5,9% больных с тяжелым течением ВГА выявлен холестатический синдром. Желтушный период длился от 10 до 30 дней (медиана $20 \pm 2,4$ дней). У всех пациентов отмечено увеличение печени, в одном случае – селезенки, гиперферментемия (АЛат – $285 \pm 85,2$ Е/л). У 5,4% больных с тяжелым течением ВГА наблюдался холестатический синдром с умеренным зудом кожи, повышением уровня билирубина ($460 \pm 20,8$ мкмоль/л), щелочной фосфатазы ($380 \pm 4,6$ МЕ/мл) и гамма-глутамилтрансферазы ($170 \pm 1,8$ МЕ/мл). Больным осуществлялась базисная терапия, включающая щадящий режим, диету №5, дезинтоксикационную и симптоматическую терапии. При тяжелом течении больные получали дополнительно альбумин, при холестазе – урсодезоксихолиевая кислота и адеметионин. Средний период пребывания в стационаре составил $19,6 \pm 3,1$ дня. Летальные исходы не наблюдали. У 2 (1,9%) больных развился рецидив заболевания, что явилось причиной повторной госпитализации.

ВГА остается актуальной медико-социальной проблемой в Донецком регионе. При ВГА сохраняется типичный сезонный подъем в годовой динамике заболеваемости. Изменились возрастные структурные показатели: в эпидпроцесс были вовлечены более старшие возрастные группы. В связи с изменившейся возрастной структурой течение ВГА было манифестным с преобладанием среднетяжелых форм и увеличением количества больных, переносивших тяжелую форму заболевания. Сохраняющаяся напряженная ситуация с водоснабжением в г. Донецке в условиях военных действий ухудшает санитарно-гигиенический уровень жизни населения. Наиболее эффективным мероприятием по профилактике ВГА является массовая вакцинация, которая будет способствовать формированию популяционного иммунитета у жителей Донецкого региона.

Домашенко О.Н., Капран В.В., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИЧИНЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ БОРЬБЫ С НИМИ

Открытие антибиотиков в XX веке является самым значимым достижением и прорывом в развитии медицины. Терапия антибактериальными препаратами (АБП) позволила снизить заболеваемость, уменьшить тяжесть течения болезней, количество, смертность, связанную с бактериальными инфекциями. Однако нерациональное и чрезмерное использование АБП привело к глобальному кризису в системе здравоохранения – антибиотикорезистентности. Антибиотикорезистентность – это устойчивость возбудителей инфекционных болезней к назначаемым для борьбы с данным возбудителем антибактериального препарата. Резистентные микроорганизмы являющиеся причиной развития инфекционного заболевания увеличивают количество госпитализаций, продолжительность пребывания в стационаре, частоту осложнений. Причиной формирования резистентных штаммов бактерий к антибактериальной терапии являются нерациональное применение антибиотиков, назначение АБП при вирусной заболеваниях, использование АБП с профилактической целью в сельском хозяйстве и ветеринарии, а также неправильное назначение доз и режимов приема АБП, не завершение курса антибиотикотерапии пациентами. Бактерии используют различные генетические механизмы защиты для формирования антибиотикорезистентности: спонтанные мутации в ДНК возбудителя, приводящие к изменению структуры мишеней для антибиотиков; наличие внешней мембраны у возбудителя, позволяющей уменьшить проницаемость для АБП бактериальной оболочкой; синтез бактериями ферментов, разрушающих структуру антибиотика (бета-лактамаза обеспечивает устойчивость возбудителя к бета-лактамам АБП); развитие механизмов, позволяющих бактериям активно выводить АБП из клетки; мутации, изменяющие структуру клеточной стенки, препятствующие проникновению антибиотиков внутрь клетки.

Несмотря на глобальную угрозу, всё же стоит разрабатывать меры по борьбе и профилактике антибиотикорезистентности. Возможные пути борьбы с антибиотикорезистентностью: повышение финансирования направлений в борьбе с резистентностью антибиотиков; информирование населения о формировании устойчивости к антибактериальным препаратам при нерациональном их использовании; финансирование и поддержка научных исследований в области разработки новых АБП и борьбы с резистентными штаммами бактерий; расширение программы иммунизации для сокращения случаев заражения инфекционными заболеваниями; усиление эффективности эпидемиологического и ветеринарного надзора за применением АБП.

Антибактериальные препараты являются главным инструментом в борьбе с инфекционными заболеваниями как людей, так и животных. Понимание условий, при которых развивается антибиотикорезистентность и разработка путей борьбы с данной проблемой имеют первостепенное значение для современной медицины.

Домашенко О.Н., Конограева С.С., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР Г. ДОНЕЦК В 2024 ГОДУ

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одними из самых распространенных инфекций в мире. В России ежегодно регистрируется тысячи случаев заражения данными инфекциями. Абсолютное большинство случаев ОКИ обусловлено фекально-оральным механизмом передачи, который может быть реализован водным, пищевым и контактно-бытовым путем. Соответственно, в зависимости от пути передачи мы можем наблюдать спорадические случаи, а также вспышки различной величины.

Цель. Проанализировать этиологическую структуру возбудителей заболевания ОКИ и ПТИ у пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар Центральной городской клинической больницы №1 г. Донецка в 2024 году.

Материалы и методы. Проведен анализ 386 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в 1 инфекционном отделении ЦГКБ №1 г. Донецка, с верифицированными диагнозами «Острая кишечная инфекция» и «Пищевая токсикоинфекция» за период июль 2023 г. - сентябрь 2024 г. Во всех случаях диагноз был подтвержден выделением возбудителя из кала бактериологическим методом.

Результаты. С июля 2023 г. по сентябрь 2024 г. проходили стационарное лечение 411 пациентов с ОКИ и ПТИ. В 386 случаях удалось идентифицировать возбудителя заболевания. Из выявленных случаев на долю ОКИ приходится 96,4%, ПТИ - 3,6%. В этиологической структуре мы выделили 2 группы: безусловно патогенные микроорганизмы и условно-патогенная флора. В группе безусловных патогенов наиболее частыми этиологическими агентами стали следующие микроорганизмы: *Escherichia coli* – 86 случаев (22,3%), *Shigella sonnei* – 41 случай (10,6%), *Salmonella* гр. D enteritidis и *St. Aureus* – по 40 случаев (10,4%), *Yersinia enterocolitica* – 34 случая (8,8%), *Salmonella* spp C2 – 6 случаев (1,5%), *Salmonella* В. Typhimurium и *Alcaligenes faecilis* – по 1 случаю (0,3%). Распределение представителей условно-патогенной флоры выглядит следующим образом: *Staphylococcus Aureus* – по 40 случаев (10,4%), *Citrobacter freundii* – 38 случаев (9,8%), *Klebsiella aerogenes* (ранее *Enterobacter aerogenes*) – 34 случая (8,8%), *Proteus vulgaris* – 21 случай (4,4%), *Pseudomonas aeruginosa* – 13 случаев (3,4%), *Proteus mirabilis* – 9 случаев (2,3%), *Enterobacter cloacae* – 8 случаев (2%),

Среди возбудителей ПТИ широкую распространенность получили *Staphylococcus aureus* – 6 случаев (1,5%), *Citrobacter freundii* – 5 случаев (1,3%), *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* и *Proteus vulgaris* – по 1 случаю заболевания (0,3%).

Таким образом, в нашем исследовании структура острых кишечных инфекций оказалась весьма полиэтиологичной. Интересным моментом в результатах является весьма высокий удельный вес условно-патогенной флоры.

Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Капран В.В., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ LONG COVID-19

В настоящее время тяжесть течения новой коронавирусной инфекции снизилась во многих странах. У 31-69% пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, регистрируется так называемый long COVID-19 - остаточный симптомокомплекс, включающий следующие клинические компоненты: одышка, кашель, усталость, аносмия, психоэмоциональные расстройства. ВОЗ детерминирует long COVID-19 как эволюцию или возникновение симптомов, которые не объясняются альтернативным диагнозом, после первоначального эпизода SARS-CoV-2.

Легочная реабилитация (ЛР) - эффективная терапевтическая тактика, основным направлением которой является улучшение функциональных способностей пациентов, а также повышения уровня качества жизни за счет физического и психологического самочувствия. Из дополнительных функциональных направлений ЛР следует выделить превентивный кластер, включающий вторичную профилактику осложнений и «пост-ковидного синдрома».

ЛР включает в себя аэробные нагрузки, обеспечивающие повышение выносливости пациентов, а также комплекс тренировок на сопротивление, которые помогают увеличить мышечную массу и силу, особенно в периферических мышцах. Кроме того, ЛР может быть направлена на увеличение мобильности грудной клетки, и как следствие, увеличение различных характеристик легких.

В период long COVID-19 комплекс мероприятий ЛР может быть реализован на базе отделения медицинской реабилитации в формате дневного стационара или в условиях амбулаторно-поликлинической медицинской организации. Целесообразным является включение в комплексный план восстановления пациентов технологии телемедицинской системы дистанционных консультаций федерального и регионального уровней. Данные некоторых исследований показывают, что применение сервисов телемедицинских консультаций может оказывать положительный эффект на психологическое состояние пациентов.

Зачастую ЛР комбинируется с физическими упражнениями другой направленности, психологической поддержкой, нормализацией сна и отдыха.

Стоит отметить что в результате анализа более 23 литературных источников, представленных систематическими обзорами, метаанализами, входящими в системы цитирования РИНЦ, Scopus, Web of Science мы пришли к выводу, что многие исследования не демонстрируют подробные алгоритмы с описанием типа каждого упражнения, также нет общепринятого стандарта оценки уровня начальной физической подготовки пациентов, при составлении комплекса ЛР не учитывается прививочный анамнез и наличие сопутствующих заболеваний. На наш взгляд, дополнительные исследования должны быть направлены на определение оптимальных компонентов ЛР, а также их продолжительности.

Изучение влияния ЛР на долгосрочные результаты течения новой коронавирусной инфекции важно для разработки персонализированного алгоритма физической реабилитации для постковидных пациентов, который в среднесрочной перспективе может способствовать снижению продолжительности течения long COVID-19.

Доровских Г.Н., Седельников С.С., Сулим Д.А.

БУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», Омск
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

НЕГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛЮЧИ К ДИАГНОСТИКЕ

Негеморрагический инфаркт надпочечников во время беременности: ключи к диагностике

Негеморрагический инфаркт надпочечников (НГИН) является редкой причиной острой боли в животе / боку во время беременности. Чтобы обеспечить своевременное и надлежащее лечение, этот диагноз не следует упускать из виду. Его следует дифференцировать от острого двустороннего кровоизлияния в надпочечники, которое часто описывается у пациентов с нарушениями гемостаза и различными аутоиммунными заболеваниями. Постановка диагноза является сложной задачей. Магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости позволяет выявить прямые признаки острой ишемии надпочечников и поставить правильный диагноз.

Цель исследования – подчеркнуть решающую роль визуализации, включая УЗИ, КТ и МРТ в выявление инфаркта надпочечников у беременных с острой болью в животе / боку.

Материалы и методы. В основе работы лежит опыт диагностики 6 беременных женщин, в возрасте от 19 до 38 лет (в среднем 29,5 лет), поступивших в БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1» г. Омска по неотложной помощи, с выраженным болевым синдромом в спине и в животе, за период с 2021 по 2023г.г. Для проведения ультразвукового исследования (УЗИ) почек применялся аппарат «MYLAB 20» с использованием конвексных абдоминальных датчиков (рабочая частота 3,5 МГц) по общепринятой методике и доплерография почек, не позднее 2 часов от момента поступления в стационар. Для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) использовался аппарат «Siemens Magnetom Essenza», с напряженностью магнитного поля 1,5Тл. Пациенты обследовались в любое время суток, без предварительной подготовки.

Результаты и обсуждение.

Проведен ретроспективный анализ данных 6 беременных женщин, обратившихся в нашу клинику с внезапной, сильной и непрекращающейся болью в спине и животе, неподдающейся применению обезболивающих препаратов. Это вызывало различные предполагаемые этиологии, включая тромбоэмболию легочной артерии, почечную / желчную колику, пиелонефрит и аппендицит. Во всех случаях инфаркт надпочечника произошел в течение третьего триместра беременности (средний срок беременности 32 недели; диапазон 26-37 недель). Ни у одной из пациенток не было венозной тромбоэмболии в личном или семейном анамнезе. Пациентки были осмотрены урологом и неврологом, исключались острый гестационный пиелонефрит и дегенеративное поражение позвоночника. Жизненно важные показатели были в норме. Всем пациенткам было проведено УЗИ органов брюшной полости и малого таза в качестве визуализации первой линии. Результаты клинического и УЗИ были нормальными у всех шести пациенток, и ни у одной из них не было риска приближающихся родов. В двух из шести наших случаев УЗИ показало увеличение надпочечников со скоплением жидкости. Ультразвук оказался недостаточно чувствителен для выявления поражения надпочечников (чувствительность и специфичность около 56,7% и 74,3%, соответственно). Однако, был полезен при оценке местных осложнений, таких как гидронефроз, формирование абсцесса почек, инфаркт почечной паренхимы, околопочечные паранефриты. Применение рентгенологических методов исследования у беременных было ограничено в связи с неблагоприятным влиянием на плод и нами не выполнялось.

Шести пациенткам была выполнена МРТ без введения гадолиния, включая диффузионно-взвешенные (DWI) и T1-взвешенные последовательности (T1WI), для подтверждения диагнозов и отсутствия раннего геморрагического компонента инфаркта надпочечников. В каждом случае МРТ продемонстрировала отек надпочечника и прилегающей жировой клетчатки,

с гиперинтенсивным сигналом на T2ВИ и гипоэхогенным ободком по периферии, высокую интенсивность сигнала при DWI (b800), гипертрофию надпочечников и отсутствие признаков кровоизлияния в надпочечники при T1ВИ, что соответствовало инфаркту надпочечников. Чувствительность МРТ составила 83%, а специфичность к острому инфаркту надпочечников - 100%.

Все женщины с инфарктом надпочечников были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, для проведения консервативной терапии и обезболивания. Всем пациенткам была начата антикоагулянтная терапия в терапевтических дозах, особенно для предотвращения контралатерального инфаркта. На фоне проводимой терапии боль в спине полностью исчезла у 70% пациенток к 3 дню поступления и у 100% к 7 дню поступления.

Выводы. Визуализация играет центральную роль в лечении боли в животе во время беременности. Клиническая картина инфаркта надпочечников неспецифична, но результаты визуализации типичны и во многом схожи у разных пациентов. УЗИ, проводимое при болях в животе / боку, должно выявлять область надпочечников. МРТ является золотым стандартом визуализации и может выявить прямые признаки острой ишемии надпочечников. Своевременное распознавание имеет решающее значение для обеспечения оптимальных результатов.

Дубовая А.В., Буряк Н.В., Юлдашева С.А., Марченко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛИМФОМА БЕРКИТТА С ЭКСТРАНОДАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА

Цель работы: анализ клинического случая лимфомы Беркитта у пациента 16 лет.

Материалы и методы: ретроспективный анализ истории болезни ребенка.

Актуальность: лимфома Беркитта (ЛБ) – высоко агрессивная лимфома из иммунологически зрелых В-клеток с преимущественно экстранодальной локализацией, отличающаяся многообразными системными проявлениями, а также обладающая одним из самых высоких пролиферативных потенциалов в детской онкологии, поскольку время удвоения опухолевой массы при данном заболевании составляет 12 часов. У детей данная опухоль является самой распространенной среди неходжинских лимфом, а также составляет около 30–50 % всех случаев лимфом.

Результат исследования. Пациент К., 16 лет. С мая 2024 года мальчика часто беспокоили тошнота и рвота. Постепенно состояние ребенка ухудшалось: похудел на 20 кг, появилась бледность, выросла общая слабость. 10.07.24 выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости (ОБП). Заключение: КТ признаки заболевания желудка (неравномерное утолщение средней трети стенки желудка по большой кривизне до 2,2 см на протяжении до 8 см, а также циркулярное утолщение стенки до 2 см с сужением просвета на протяжении до 5,5 см в нижней трети желудка). Отмечается регионарная лимфаденопатия (увеличенные лимфоузлы до 2 см). 15.07.2024 выполнена магнитно-резонансная томография ОБП: утолщение средней трети стенки желудка по большой кривизне до 2,2 см на протяжении до 8 см, а также циркулярное утолщение стенки до 2 см с сужением просвета на протяжении до 5,5 см в нижней трети желудка. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) 12.07.2024: выполнена биопсия образования тела и антрального отдела желудка. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование 23.07.24: в препаратах фрагменты стенки желудка с разрастанием недифференцированной крупноклеточной опухоли. При ИГХ исследовании определяется положительная экспрессия CD45 CD20 и bcl-6 в опухолевых клетках, положительное окрашивание на CD3 в небольшом количестве Т-лимфоцитов. Ki-67 в опухолевых клетках 80%. Заключение: гистологическая и иммуногистохимическая картина соответствует диффузной В-крупноклеточной лимфоме, центробластный вариант. При дальнейшем обследовании пациент стадирован. Установлена III нерезецированная стадия лимфомы на основании экстранодального поражения органа брюшной полости. Гистологические препараты пересмотрены в референтной лаборатории, уточнен диагноз: лимфома Беркитта МУС позитивная, с транслокацией t(8;14)(q24;q32). Уровень инициальной лактатдегидрогеназы до старта протокольной терапии меньше 500 Ед/л. Пациенту был назначен протокол лечения В-НХЛ 2010М. Отнесен ко второй группе риска по критериям протокола. Получил 2 введения Ритуксимаба 375 мг/м² и полихимиотерапию (ПХТ): блоки А1м и В1м. Согласно оценке ответа после двух блоков ПХТ больной получил ещё два введения Ритуксимаба и блоки АА и ВВ. Затем больному была выполнена повторная оценка ответа на лечение 10.11.2024. Результат позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), совмещенной с КТ всего тела: во всех зонах сканирования ПЭТ/КТ данных о наличии очагов/ткани с патологическим метаболизмом 18F-фтордезоксиглюкозы (ФДГ), характерным для неопластического процесса, не выявлено. На контрольной ФДГС от 08.11.2024: не определяются остаточные образования в средней трети по большой кривизне и в антральном отделе.

Выводы. Таким образом, при своевременной диагностике и строгом выполнении протокола лечения В-НХЛ 2010М удалось достичь полного выздоровления ребенка при III нерезецированной стадии лимфомы Беркитта и вернуть прежний уровень качества жизни.

Дубовая А.В., Камеристая Е.В., Юлдашева С.А., Марченко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

АНЕМИЯ ДАЙМОНДА-БЛЭКФЕНА, ТИП 7 С МУТАЦИЕЙ ГЕНА RPL11

Актуальность: Анемия Даймонда-Блэкфена (АДБ) – группа редкой врожденной формы аплазии кроветворения, в основном красноклеточной (эритроидной), раннего и детского возраста, развивающаяся в результате апоптоза эритроидных предшественников в костном мозге вследствие дефекта биосинтеза рибосом. Встречается с частотой 1 на 100000 - 1 на 200000 детей, родившихся живыми. Около 45% больных – семейные случаи с аутосомно-доминантным путем наследования, 55% – спорадические случаи. Выявляют АДБ методом генетического секвенирования (панель «костномозговая недостаточность»). Наличие мутаций в рибосомальных генах (RPS19, RPS10, RPS24, RPS26, RPL5, RPL11, RPL35a, RPS7, RPS17) подтверждает диагноз. Продолжительность жизни пациентов ограничена развитием осложнений, в т.ч. от проводимой терапии.

Цель работы: анализ клинического случая анемии Даймонда-Блэкфена 7 тип, с мутацией гена RPL11 у девочки 14 лет.

Материал и методы: клиничко-лабораторное обследование и ретроспективный анализ истории развития и болезни ребенка.

Результат исследования: Ребёнок с АДБ находится под нашим наблюдением с 9-и летнего возраста, когда при амбулаторном обследовании выявлена анемия тяжелой степени (Hb 60 г/л). Диагноз был установлен методом генетического секвенирования, панель «костномозговая недостаточность» в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ в 2021 г., подтвержден гистологически (трепан-биопсией костного мозга). В лечении получала терапию II линии: преднизолон в течение 3-х недель 2 мг/кг с последующим медленным снижением дозы по рекомендуемой схеме. Уровень гемоглобина (Hb) без заместительных трансфузий повысился до 120 г/л. При достижении дозы преднизолон 0,5 мг/кг Hb снизился до 80 г/л, при дальнейшей отмене быстро нарастал анемический симптом (Hb 40 г/л). Вновь переведена на терапию I линии: ежемесячно заместительная гемотрансфузии, прием препарата деферозирокс, под контролем ферритина сыворотки крови 1 раз в 3 мес.

После теле-консультации специалистов клиники ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, с целью попытки достичь трансфузионной независимости, рекомендован приём препарата «L-лейцин» в дозе 3600 мг/кв.м в сутки в течение 9 месяцев с промежуточной оценкой ответа через 6 месяцев от начала терапии. Ребенок начал принимать «L-лейцин» в указанной дозировке. За период лечения ребенок нуждался в заместительных гемотрансфузиях с частотой 1 раз в 2-3 месяца. В июле 2024 г. получала стационарное лечение в отделении детской онкогематологии ИНВХ, дважды выполнена заместительная гемотрансфузия. В течение последних 2-х месяцев деферозирокс отменен в связи с нормализацией уровня ферритина сыворотки крови. За период лечения «L-лейцином» состояние ребенка значительно улучшилось, отмечена прибавка в массе и росте: физическое развитие низкое, гармоничное (10% по центильной таблице), однако уровень Hb не превышает 87 г/л. Кожные покровы и видимые слизистые: бледно-розового цвета. Перкуторно границы сердца не расширены. Деятельность сердца ритмичная, тоны сердца ясные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Ребенок ведет активный образ жизни, учится в школе, занимается физической культурой, гуляет с друзьями.

Выводы: Уникальность данного случая (АДБ, тип 7 с мутацией гена RPL11) – в позднем выявлении заболевания (9 лет). При тщательном наблюдении и правильной реабилитации пациента с АДБ удается достичь высокого уровня качества жизни. В целом прогноз для жизни достаточно благоприятный. Выполнение клинических рекомендаций: наблюдение гематологом, контроль анализа крови, уровня ферритина в сыворотке крови 1 раз в 2-3 месяца, прием L-лейцина в дозе 3600 мг/кв.м, заместительная гемотрансфузия по показаниям, позволяет сохранить полноценную жизнь и работоспособность пациента.

Дубовая А.В., Усенко Н.А., Шевель П.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ – ВКЛАД В ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Актуальность. После успешного устранения дефекта дети с легкими формами врожденных пороков сердца (ВПС) как правило не имеют физиологических ограничений по выполнению физических упражнений. Однако значительное число детей с ВПС придерживаются общих правил по физической активности.

Цель работы: оценить эффективность выполнения программы физических упражнений у пациентов с септальными ВПС в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 96 детей в возрасте 8-13 лет с септальными ВПС, без хронической сердечной недостаточности, длительность послеоперационного периода у которых составляла от 5 до 10 лет. Пациенты с ВПС были разделены на две однородные подгруппы: I подгруппу составили 48 пациентов, комплекс реабилитации которых включал выполнение индивидуальной программы физических упражнений и курсовой прием убидекарена; II подгруппу – 48 пациентов, которые получали убидекаренон и не имели дополнительной физической активности. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) проведен тредмил-теста по модифицированному протоколу Bruce, в результате которого определены показатели максимального систолического артериального давления (САД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), инотропный резерв (ИР), хронотропный резерв (ХР), хронотропный индекс (ХИ), двойное произведение (ДП) и объем выполненной работы. Оценка качества жизни (КЖ) обследуемых детей проводили по результатам общего опросника PedsQL™ 4.0 Generic Core.

Результаты и обсуждение. Дети, выполнявшие физические упражнения в сочетании с курсовым приемом убидекарена, имели более высокие, чем пациенты, получавшие только убидекаренон, максимальные значения САД ($136,3 \pm 2,4$ против $117,2 \pm 1,7$ мм рт. ст., $p < 0,001$), ДП ($250,6 \pm 4,6$ против $212,0 \pm 3,1$ усл. ед., $p < 0,01$), ХИ ($0,80 \pm 0,01$ против $0,77 \pm 0,01$, $p < 0,01$), ХР ($97,9 \pm 0,9$ против $91,3 \pm 1,4$ уд/мин, $p < 0,001$), ИР ($34,1 \pm 1,4$ против $20,0 \pm 2,1$ мм рт. ст., $p < 0,001$), объем выполненной работы ($641,9 \pm 22,1$ против $440,4 \pm 15,6$ кДж, $p < 0,001$). Нормотоническая реакция гемодинамики на физическую нагрузку наблюдалась у 40 (83,5%) детей I подгруппы и у 25 (52,1%, $p < 0,05$) обследованных II подгруппы, гипотоническая – у 10,4% и 25,0% обследованных соответственно ($p > 0,05$). Дистоническая реакция выявлена только во II подгруппе (22,9%), гипертоническая – в I подгруппе (6,3%).

У пациентов I подгруппы через 6 месяцев выполнения регулярных физических нагрузок увеличились максимальные значения САД (с $115,0 \pm 3,6$ до $1136,3 \pm 2,4$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Кроме того, обследуемым I подгруппы по данным тредмил-теста удалось достичь статистически значимого ($p < 0,05$) увеличения значений максимального ДП на 18,3% (с $204,8 \pm 6,2$ до $250,6 \pm 4,6$ усл. ед.), резерва ДП на 26,8% (с $119,1 \pm 5,3$ до $162,6 \pm 3,3$ усл. ед.), ХР на 9,5% (с $88,6 \pm 1,4$ до $97,9 \pm 0,9$ уд/мин), ХИ на 7,5% (с $0,74 \pm 0,01$ до $0,80 \pm 0,01$), ИР на 42,4% (с $19,7 \pm 2,6$ до $34,1 \pm 1,4$ мм рт. ст.), объема выполненной работы на 31,1% (с $442,1 \pm 21,4$ до $641,9 \pm 22,1$ кДж). Патологическая реакция гемодинамики на физическую нагрузку выявлялась в 16,7% случаев в I подгруппе после реабилитации, что достоверно ($p < 0,05$) реже исходного уровня – 56,2%.

У детей из I подгруппы было отмечено статистически значимое улучшение исследуемых показателей КЖ. По шкале «Физическое функционирование» КЖ увеличилось на 21,6% (с $67,6 \pm 0,8$ до $82,2 \pm 0,6$ б., $p < 0,001$), «Эмоциональное функционирование» – на 3,2% (с $73,0 \pm 1,1$ до $75,3 \pm 1,2$ б., $p < 0,01$), «Социальное функционирование» – на 4,0% (с $73,1 \pm 1,0$ до $76,0 \pm 1,0$ б., $p < 0,001$), «Школьное функционирование» – на 15,8% (с $63,3 \pm 0,9$ до $73,3 \pm 0,7$ б., $p < 0,001$). Психосоциальный компонента КЖ увеличился с $69,8 \pm 0,6$ до $74,9 \pm 0,5$ б. (на 7,3%, $p < 0,001$), общий балл КЖ – с $69,0 \pm 0,5$ до $77,4 \pm 0,4$ б. (на 12,2%, $p < 0,001$). У детей II подгруппы достоверного повышения КЖ и его компонентов не выявлено.

Выводы. Физические упражнения совместно с приемом антиоксидантов способствуют повышению функционального состояния ССС детей с ВПС в отдаленном послеоперационном периоде, улучшая их здоровье и качество жизни.

Дубоделова Т.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем в современной гепатологии является лечение хронического диффузного поражения печени, вызванного гепатотропными вирусами. Сегодня Европейская ассоциация по изучению заболеваний печени рекомендует применять в лечении хронического вирусного гепатита С противовирусные препараты прямого противовирусного действия.

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического вирусного гепатита С препаратами прямого противовирусного действия у больных с различной степенью фиброза.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 87 пациентов, обратившихся за консультацией и получавших лечение в инфекционном отделении №3 Луганской республиканской больницы с диагнозом хронический вирусный гепатит С (ХВГС), ранее не получавших противовирусную терапию (ПВТ). В структуре пациентов наблюдалось - мужчин 71 % (62 человека), женщин – 29 % (25 человек). Всем больным было проведено комплексное клинико-эпидемиологическое обследование. При биохимическом исследовании определяли уровень билирубина, активность АЛТ, АСТ. Для определения степени фиброза был проведен неинвазивный метод исследования печени – эластометрия на УЗ приборе Hepatus 6. Для постановки диагноза были использованы серологический метод ИФА для определения маркеров HBsAg, AntiHCV. Также для исследования вирусной нагрузки ВГС и определения генотипа был использован метод ПЦР диагностики.

Результаты исследования. У 44 пациентов (51%), которые находились под наблюдением, определена минимальная цитолитическая активность, 26 (30%) – умеренная, 17 (19%) – высокая цитолитическая активность. Вирусная нагрузка у 18 человек (21%) определена низкая, у 43 (49%) – умеренная, и у 26 пациентов (30%) – высокая вирусемия. По данным эластометрии пациентов без признаков цирроза – 46 человек (53%) и компенсированным циррозом печени (фиброз F3-F4) – 41 (47%). Всем пациентам, вне зависимости от стадии фиброза, была назначена пангенотипная терапия препаратами прямого противовирусного действия – велпатасвир 100 мг + софосбувир 400 мг длительностью 12 недель. У всех пациентов с ХВГС, которые находились под наблюдением, на 12 недели лечения определялась вирусная нагрузка, ранний вирусологический ответ составил 100%. Вирусная нагрузка методом ПЦР также была определена на 24 недели (12 недель после лечения), с устойчивым вирусологическим ответом в 96,6% случаев. При этом у 3 пациентов показала положительные результаты, у этих пациентов во время приема ПВТ были нарушения в виде самовольной отмены.

Выводы

В группе наблюдаемых пациентов была выявлена эффективность применения противовирусных препаратов прямого действия вне зависимости от стадии фиброза (УВО – 96,6%).

Дуденченко В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ-СКАНИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Остеоартроз (ОА) коленных суставов является одной из наиболее распространенных форм артритов, приводящей к значительным функциональным ограничениям и снижению качества жизни пациентов. Ультразвуковая диагностика (УЗИ) представляет собой неинвазивный метод визуализации, который позволяет оценивать состояние мягких тканей, суставной капсулы и хрящей. В условиях растущей заболеваемости остеоартрозом, актуальность изучения диагностических возможностей УЗИ коленных суставов возрастает. В исследовании участвовало 20 пациентов с установленным диагнозом остеоартроза коленных суставов, получивших лечение в травматологическом отделении. Все пациенты прошли ультразвуковое сканирование коленных суставов, результаты которого были сопоставлены с данными рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ). УЗИ проводилось на аппарате экспертного класса MINDRAY Resona 19-2024 год с использованием линейного датчика SC6-1s.

Оценивались следующие параметры: толщина хряща (в мм); наличие и характер синовиальной жидкости; наличие и характер кист Беккера; наличие и характер остеофитов; наличие и характер суставной щели; степень утолщения синовиальной оболочки; наличие и характер воспалительных изменений в периартикулярных тканях.

Результаты: 1. УЗИ сканирование показало высокую чувствительность (85%) и специфичность (90%) в диагностике остеоартроза коленных суставов по сравнению с рентгенографией, которая продемонстрировала чувствительность 70% и специфичность 75%. 2. Ультразвуковое исследование позволило выявить наличие синовита у 60% пациентов, что не всегда было видно на рентгенограммах. 3. УЗИ также продемонстрировало возможность оценки состояния хрящевой ткани, выявляя изменения на ранних стадиях остеоартроза, что позволяет начать лечение более своевременно. 4. Остеофиты были визуализированы у 78% пациентов, что подтверждает эффективность УЗИ в оценке костных изменений. Таким образом, УЗИ-сканирование является ценным инструментом для диагностики ОА коленных суставов, позволяющим выявить характерные патологические изменения на ранних стадиях заболевания, что способствует более эффективному лечению и улучшению качества жизни пациентов. Стоит отметить, что УЗД обладает высокой чувствительностью и специфичностью, доступностью и неинвазивностью, что делает его ценным методом для мониторинга эффективности лечения ОА.

Евтушенко В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТИКАЛЬНЫМ КОСОГЛАЗИЕМ

Введение. Среди взрослого населения косоглазие встречается в 7% среди всей глазной патологии. Вертикальное косоглазие встречается еще более редко, однако некоторые авторы отмечают, что нарушение функции мышц вертикального действия встречается у 30–72 % больных, а диагностика патологии глазодвигательных мышц, определение тактики и объема хирургического лечения является трудной задачей.

Косоглазие неблагоприятно влияет на формирование психики пациента, накладывает ограничения на выбор профессии и сферы деятельности человека, препятствует гармоничному развитию личности.

Цель исследования. Возможность реабилитации взрослых пациентов с данной патологией.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 25 больных с вертикальным косоглазием. У 15 больных косоглазие было вертикально-горизонтальным. У 10 строго вертикальным. Углы вертикального косоглазия составляли 7 - 15 градусов. Возраст больных от 20 до 55 лет. У всех больных была гипотропия т.е. инфравергирующее косоглазие.

Кроме традиционных методов обследования (острота зрения, поля зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия) офтальмологическое обследование включало в себя измерение угла косоглазия на синоптофоре, периметре, а также с призмой Меддокса и набором призм. Данный метод является наиболее точным, призма Меддокса должна быть установлена по вертикали, чтобы вызвать смещение красной линии вверх или вниз относительно источника света в зависимости от гипотропии или гипертропии косящего глаза. Призмы из набора стекол приставляли основанием в сторону действия слабой мышцы (вверх или вниз), добиваясь совмещения красной линии с источником света.

Консервативное лечение вертикального косоглазия неэффективно т.к. фузионные резервы в вертикальном меридиане очень незначительны. Большинство авторов единодушны в том, что вертикальное косоглазие требует раннего хирургического лечения.

Оперативные вмешательства осуществляли без наркоза, под многократными инстилляциями обезболивающих капель (лидокаин, инокаин) в конъюнктивальный мешок и в рану по ходу выделяемой мышцы. За 30 минут до операции внутримышечно вводили анальгин, кетанов или дексалгин. Это позволяло по ходу операции после выполнения вмешательства на одной мышце посадить больного, оценить полученный результат и внести коррективы в дальнейший ход операции. В зависимости от величины угла вертикального косоглазия проводили рецессию или полную тенотомию сильной мышцы. При недостаточном эффекте производили усиление мышцы антагониста.

Результаты. У всех больных отмечали более правильное положение глаз, у 15% отмечали остаточный угол в 2-3 градуса. В группе больных с вертикально-горизонтальным косоглазием вертикальный компонент был устранен после исправления горизонтальной порции.

Подвижность глазных яблок в сторону действия тенотомированной мышцы сохранялась в достаточном объеме, вследствие того, что тенонова оболочка по краям мышцы оставалась фиксированной к глазному яблоку.

Отдаленные результаты (от 4 месяцев до 10 лет) свидетельствуют о стабильности достигнутого эффекта

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение вертикального косоглазия у взрослых актуально и вполне оправдано, что позволяет более настойчиво рекомендовать пациентам хирургическое исправление данного вида косоглазия.

Евтушенко О.В.

ГБУ ДНР «Центральная городская клиническая больница № 20 г. Донецка», Донецк

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕННОЙ МЫШЦЫ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ КОСОГЛАЗИИ

Введение. При паралитическом косоглазии подвижность глаза в сторону парализованной мышцы ограничена или отсутствует. Больного беспокоят двоение, головокружение, невозможность правильно оценить местоположение предметов, промахивание - симптомы исчезающие при выключении одного из глаз. В случае горизонтального отклонения глаза диагностика пораженных мышц не вызывает особых затруднений, т.к. их действие строго по горизонтали и визуально можно легко определить наружная или внутренняя прямая мышцы поражены, на каком глазу и какой угол отклонения.

При вертикальном паралитическом косоглазии идентификация пораженной мышцы представляет определенные трудности, т.к. каждая мышца из 8 вертикаломоторов (на двух глазах) обеспечивает движение не только по вертикали, но одновременно и по горизонтали кнаружи или кнутри.

Цель исследования. Определить возможность практического использования теста Паркса, его адекватность и точность в диагностике пораженного вертикаломотора для дальнейшего планирования тактики и объема хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Проанализировали истории болезни 15 пациентов с вертикальным паралитическим косоглазием, прооперированных в клинике. У 6 больных причиной вертикального косоглазия был перенесенный инсульт, у 4- удаленная опухоль головного мозга, у 5- черепно-мозговая травма. Возраст больных колебался от 20 до 67 лет.

Так как плоскость действия верхней и нижней прямых мышц составляет 23° кнаружи от сагиттальной плоскости глаза, а плоскость действия верхней и нижней косых мышц составляет 54° кнутри, то для устранения горизонтального действия и оценки максимального действия этих мышц только в вертикальном меридиане, необходимо чтобы совпадали плоскости их действия с сагиттальной плоскостью глаза.

Результаты. Для диагностики пораженного вертикаломотора оценивали угол вертикального косоглазия при взгляде пациента вправо и влево. Если девиация становилась большей при взгляде вправо, то из 8 вертикаломоторов, мы выделяли 4. Это верхняя или нижняя прямая правого глаза или верхняя и нижняя косые мышцы левого глаза. И наоборот, если угол вертикального косоглазия увеличивался при взгляде влево, то поражены верхняя или нижняя прямая левого глаза или верхняя и нижняя косые мышцы правого глаза.

Вторым шагом мы выясняли какой глаз выше. Если при взгляде вправо выше правый глаз, значит не работает нижняя прямая мышца правого глаза или верхняя косая левого глаза, т.е. из 4 подозреваемых вертикаломоторов выделяли 2 мышцы. Если при взгляде вправо, выше левый глаз, то поражены мышцы: верхняя прямая правого или верхняя косая мышца левого глаза.

Третьим шагом просили пациента последовательно наклонять голову и смотреть на правое и левое плечо, чтобы из оставшихся двух вертикаломоторов выявить одну пораженную мышцу.

Если при наклоне головы к правому плечу наблюдали гипертропию (правый глаз вверх), значит поражена правая верхняя косая мышца.

Если наклон головы к правому плечу сопровождался опусканием левого глаза, то поражена левая нижняя косая мышца.

Выводы. Таким образом тест Паркса, несмотря на кажущуюся сложность при первых применениях, является достаточно простым, точным и адекватным в случае наличия у пациента вертикального косоглазия и достоин более широкого его использования практическими офтальмологами страбологами.

Егельская Ю.П., Якименко Ю.Ю., Рябова А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Актуальность проблемы. Острый аппендицит остается одной из самых распространенных причин неотложных операций в абдоминальной хирургии. С развитием технологий малоинвазивной хирургии появилась возможность проводить лапароскопические операции, что имеет несколько преимуществ перед традиционными открытыми методами. Однако вопрос об эффективности и безопасности лапароскопического метода у детей и взрослых остается актуальным, особенно в контексте осложненных форм заболевания и различий в реакции организма на хирургическое вмешательство в разных возрастных группах.

Цель. Оценить эффективность современных методов малоинвазивной хирургии (лапароскопия и роботизированная хирургия) в лечении острого аппендицита у детей и взрослых на основе мета-анализа данных клинических исследований.

Материалы и методы. Для проведения мета-анализа были отобраны 25 рандомизированных контролируемых исследований и когортных исследований, опубликованных в период с 2017 по 2024 год, из баз данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Все исследования сравнивали лапароскопическую хирургию с открытым методом при лечении острого аппендицита у детей и взрослых. Ключевыми критериями анализа стали продолжительность операции, частота осложнений, восстановление после операции, длительность госпитализации и уровень послеоперационной боли.

Результаты.

1) Продолжительность операции. Лапароскопические операции на аппендиксе выполнялись в среднем на 20% быстрее по сравнению с открытой хирургией у детей и на 15% — у взрослых.

2) Осложнения. Частота осложнений после лапароскопических операций была на 25% ниже у детей и на 15% — у взрослых. Особенно заметно снижение частоты инфекционных осложнений и ранних послеоперационных абсцессов в группе, прошедшей лапароскопию.

3) Восстановление после операции. Пациенты, перенесшие лапароскопическую операцию, возвращались к нормальной активности на 30% быстрее, что особенно важно в случае с детьми, у которых период реабилитации был в 1,5 раза короче.

4) Длительность госпитализации. Средняя продолжительность пребывания в больнице была на 1–2 дня короче у пациентов, перенесших лапароскопию, что связано с более легким восстановлением и меньшими рисками осложнений.

5) Послеоперационная боль. Пациенты после лапароскопии сообщали о меньшей интенсивности болевого синдрома, что требовало меньшего использования обезболивающих препаратов. У детей эта разница была более выражена, что подтверждает более низкую травматичность лапароскопического метода.

Обсуждение. Лапароскопическая хирургия показала превосходство в плане уменьшения послеоперационных осложнений, ускорения восстановления и более короткой госпитализации как у детей, так и у взрослых. Важно отметить, что в случае с осложненными формами острого аппендицита (перфорация, перитонит) результаты лапароскопии были сопоставимы с открытой хирургией, но с меньшей частотой послеоперационных абсцессов и интраабдоминальных инфекций. Роботизированная хирургия, хотя и дает определенные преимущества в точности и визуализации, все еще требует дальнейших исследований для подтверждения ее преимуществ по сравнению с традиционной лапароскопией.

Заключение. Современные методы малоинвазивной хирургии, включая лапароскопию и роботизированные технологии, демонстрируют явные преимущества в лечении острого аппендицита у детей и взрослых по сравнению с традиционным открытым методом. Эти методы обеспечивают более быстрое восстановление, снижение частоты осложнений и уменьшение длительности госпитализации, что делает их оптимальным выбором в большинстве случаев. Однако, несмотря на положительные результаты, необходимо учитывать особенности и сложности, связанные с более сложными и поздними формами заболевания, где открытая операция может оставаться предпочтительной в некоторых случаях.

Егоров А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Актуальность: Исследование факторов риска позволяет разрабатывать программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: Определить ключевые эпидемиологические факторы, способствующие развитию сердечно-сосудистых заболеваний в исследуемой популяции.

Материалы и методы: Сравнительный анализ статистических данных исследований экспертов в области заболеваний сердечно-сосудистой системы за последние 10 лет.

Результаты обсуждения: Анализ работ показал, что ключевыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, недостаточное потребление фруктов и овощей. В настоящее время очевидно, что распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в значительной степени обусловлена предотвратимыми факторами, прежде всего связанными с образом жизни. Профилактические меры могут замедлить развитие ССЗ как до, так и после появления клинических симптомов. Выделены основные факторы риска, которые вносят основной вклад в преждевременную сердечно-сосудистую смертность: артериальная гипертензия (35,5 %), гиперхолестеринемия (23,0 %), курение (17,1 %), а также недостаточное потребление фруктов и овощей (12,9 %) [1].

Риск ССЗ увеличивается с возрастом, а мужчины чаще подвержены заболеваниям в более раннем возрасте по сравнению с женщинами. Изучение влияния традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний следует начать с возраста, который является одним из ключевых биологических факторов, определяющих риски их развития. Важно учитывать, что с возрастом возрастает распространенность ряда значимых факторов риска, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия и снижение физической активности [2].

Выводы: Эпидемиологические методы являются ключевыми инструментами для выявления и анализа факторов риска ССЗ. Они позволяют установить взаимосвязи между различными переменными и заболеваемостью, что является основой для разработки профилактических стратегий.

Елисеев Ю.Ю., Чехомов С.Ю.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

За последние годы на территории Саратовской области все чаще встречаются онкологические заболевания. Так, на конец 2021 года было официально зарегистрировано почти 65 тысяч таких больных. В итоге из 85 субъектов Российской Федерации Саратовская область занимает 30-ое место по числу зафиксированных случаев онкологических заболеваний, по смертности находится на 42-ом месте. Только в 2021 году в регионе от заболеваний раком погибло почти 5 тысяч человек. Наряду с этим, следует отметить и высокую выживаемость онкологических больных. Так, в течение последних 5 лет, выживаемость местных онкологических больных составила около 54%. При этом в 2022 году годовой уровень смертности составил 20%, а среди запущенных форм рака 18,2%. Среди диагностированных форм рака у мужчин чаще всего выявлялись рак легких, предстательной железы, кожи и желудка. У женской половины населения преобладало диагностирование рака молочной железы, кожи и репродуктивной системы.

Характерной особенностью Правобережья Саратовского региона является экологически обусловленное наличие эндемического зоба, связанное с недостатком микроэлемента йода в почве, воде, продуктах питания. Однако, наряду с вышеуказанным заболеванием здесь же все чаще встречается и рак щитовидной железы. Последнее на наш взгляд связано с промышленным загрязнением воздуха токсическими выбросами ряда предприятий данных районов региона и, особенно, экотоксикантами Вольского цементного завода. В тоже время Левобережные районы области, характеризуются избытком содержания в природных и подземных водах (грунтовых и межпластовых) растворимых солей, образованных хлоридами, сульфатами, карбонатами и бикарбонатами. Использование таких вод, даже прошедших специальную обработку, способствует повреждению слизистой оболочки желудка и кишечника, увеличивает наличие воспалительных процессов и также ведет к образованию опухолей. В значительной степени данное положение усугубляется географическим положением региона, климатическими условиями, карстовыми разломами в ложах водоемов с выходом значительно превышающих допустимые значения концентраций микроэлементов — марганца, бора и других.

Среди онкогенных факторов окружающей среды области, следует отметить высокое содержание в воздухе, водоемах, почве и местных продуктах питания сельских и городских районных центров губернии тяжелых металлов, пестицидов, нитратов и других суперэко-токсикантов. Последние накапливаясь в организме, вызывают повреждения ДНК, и также способствуют развитию опухолей.

Наряду с загрязнением окружающей среды региона на здоровье населения безусловно оказывает влияние и его социально-экономическое положение. Низкий уровень доходов населения, курение, злоупотребление алкоголя, генетическая предрасположенность, недостаточное медицинское обслуживание, отсутствие доступа к качественной медицинской помощи, привели к тому, что уровень смертности в Саратовской области в 2023 году, в два раза превысил рождаемость. Также на росте заболеваемости, в том числе онкологической, в условиях экономической нестабильности населения, могла негативно сказаться и экономия граждан региона на питании, а также начатая с 2020 года минздравом области ранняя диагностика выявления канцерогенной патологии.

Таким образом, для снижения риска развития онкологических заболеваний необходимо проводить комплексные мероприятия, направленные на улучшение состояния экологии окружающей среды, борьбу с курением, употреблением алкоголя, улучшением качества питания, повышением уровня медицинского обслуживания населения.

Елисеева Л.В.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Целью данной работы явилось изучение динамики показателей качества жизни (КЖ) у детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденного порока сердца, как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования. В исследовании участвовало 86 детей в возрасте 9 - 16 лет, получавших комплексное санаторно-курортное лечение на Евпаторийском курорте. Качество жизни оценивали на основе опросника SF.36 (J. Ware), адаптированного для детей. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Первое обследование проводилось до лечения - первые три дня после даты заезда, второе обследование - после проведенного курса санаторно-курортного лечения, за два дня до отъезда детей домой. Тест-карта и текст опросника раздавались для каждого ребенка в отдельности. При первом обследовании полученные значения опросника считались исходными и сравнивались со значениями второго обследования. Оценка полученных результатов тестирования проводилась при помощи универсальной психодиагностической системы «Deep Psychodiagnostic Solver».

Оценивая средние показатели группы при поступлении, можно отметить, что все показатели качества жизни находились в диапазоне от 60 до 79,7 %.

Минимальное значение $62,33 \pm 16,25$ % отмечалось по шкале GH - оценка общего состояния здоровья.

Максимальное значение $79,73 \pm 16,46$ % по шкале SF - социальное функционирование.

После проведенного санаторно-курортного лечения все показатели качества жизни перемещаются в диапазон от 71 до 84 %.

Положительная динамика отмечалась по всем шкалам:

- PF (способность к физической нагрузке) - от $71,4 \pm 17,7$ до $72,6 \pm 18,8$ %;
- RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование) - от $63,09 \pm 21,9$ до $71,66 \pm 27,3$ %;
- BP (болевого синдром) - от $73,4 \pm 17,6$ до 84 ± 10 %;
- GH (общее состояние здоровья) - от $62,33 \pm 16,25$ до $66,4 \pm 19,8$ %;
- VT (физическая активность, энергичность) - от $68,57 \pm 11,83$ до $75,66 \pm 10,13$ %;
- SF (социальное функционирование) - от $79,73 \pm 16,46$ до $84,1 \pm 13,32$ %;
- RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование) - от $69,74 \pm 20,16$ до $77,7 \pm 20,7$ %;
- MH (психическое здоровье) - от $70,09 \pm 11,9$ до 72 ± 16 %.

Наибольший процент изменений наблюдался по шкалам: RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование) - 27,6 %, SF (социальное функционирование) - 21,0 % и BP (болевого синдром) - 19,0 %.

При общей положительной динамике изменений по всем шкалам опросника качества жизни SF-36, изменения по шкале MH (психическое здоровье) - наименее значительны.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что после проведенного комплексного санаторно-курортного лечения у детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденного порока сердца, отмечалась положительная динамика всех показателей качества жизни (от 71 до 84 %). Однако, дети с низким показателем шкалы MH (психическое здоровье) требуют особого внимания.

Енина Э.Ю., Киёк О.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Профессия преподавателя относится к типу профессий «человек-человек» и требует от ее обладателя высоких коммуникативных и ораторских навыков, стрессоустойчивости, эмпатии. Трудовая деятельность профессорско-преподавательского состава (ППС) высших учебных заведений (вуз) многогранна и кроме непосредственно учебной работы включает разнообразные виды деятельности – учебно-методическую, воспитательную, научно-исследовательскую и т.д., которые предполагают большое число повседневных коммуникаций с обучающимися и сотрудниками вуза (сопровождаясь, порой, конфликтными или стрессовыми ситуациями), ведение разнообразной учебной и отчетной документации, необходимость систематически совершенствовать свое профессиональное и педагогическое мастерство. Воздействие комплекса данных факторов на преподавателей находит отражение в состоянии их физического и психического здоровья и, как следствие, отражается на качестве жизни (КЖ) ППС. Поэтому целью нашего исследования стала оценка особенностей КЖ научно-педагогических работников медицинского вуза. Для достижения поставленной цели проведено исследование КЖ 86 преподавателей кафедр теоретического и клинического профиля медицинского университета (67 женщин и 19 мужчин, средний возраст – 45,8 лет). С помощью опросника SF-36 проведено анкетирование и оценка КЖ ППС по параметрам ее физического и психологического компонентов. Определена степень выраженности каждого компонента: низкой степени соответствует диапазон от 0 до 20 баллов, ниже среднего – от 21 до 40, средней – от 41 до 60, выше среднего – от 61 до 80 и высокой – от 81 до 100. Для обработки полученных результатов использовали программу Microsoft Excel. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$. «Высокую» степень выраженности продемонстрировал показатель физического компонента КЖ «физическое функционирование» как у мужчин ($90,00 \pm 4,12$ баллов), так и у женщин ($87,72 \pm 1,85$ баллов); остальные показатели физического и психологического компонентов продемонстрировали степень выраженности «выше среднего»: наибольшее количество баллов среди них зафиксировано по показателям физического компонента – «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($78,95 \pm 8,61$ у мужчин и $80,97 \pm 3,19$ у женщин) и «интенсивность боли» ($78,21 \pm 5,14$ мужчины и $80,63 \pm 2,62$ женщины), а наименьшие баллы получили показатели психологического компонента – «жизненная активность» ($68,68 \pm 4,01$ у мужчин и $67,49 \pm 2,20$ у женщин) и «психическое здоровье» ($68,00 \pm 5,71$ мужчины и $68,24 \pm 2,19$ женщины). Степень выраженности показателя «физическое функционирование» свидетельствует о том, что физическая активность опрошенных находится на высоком уровне и не ограничивается их физическим состоянием. Несмотря на набранное наименьшее количество баллов по показателям психологического компонента «жизненная активность» и «психическое здоровье» среди всех остальных показателей, балльные оценки по ним позволяют утверждать о том, что жизненная активность преподавателей не снижена, симптомы психического неблагополучия не наблюдаются, но учитывая, что для профессиональной деятельности ППС характерна высокая напряженность труда, психоэмоциональный статус требует пристального внимания.

Проведенная оценка КЖ ППС медицинского университета позволила сделать вывод о том, что показатели физического компонента имеют более высокие значения по сравнению с показателями психологического компонента. Своевременная оценка КЖ ППС важна для разработки профилактических мероприятий с целью сохранения социальной активности, увеличения продолжительности трудовой деятельности и сохранения высокого профессионального и педагогического мастерства.

Ермакова И.Д., Демченко С.С., Демченко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА

В основе несовершенного амелогенеза лежит наследственное недоразвитие эктодермального зародышевого листка.

Этиологическим фактором заболевания является патологический мутантный ген (амелогенин человека), который передается ребенку от родителей через половые клетки. Действие мутантного гена может нарушать формирование матрицы эмали, процесс созревания эмали, вызывать гипокальцификацию и гипоминерализацию эмали.

Наиболее полную классификацию на основе клинических проявлений несовершенного амелогенеза составил Witcop S. J. Jr., 1988. Автор выделил 4 формы наследственных заболеваний эмали зубов (несовершенного амелогенеза): 1. наследственный гипопластический несовершенный амелогенез; 2. несовершенный гипоматурационный наследственный амелогенез; 3. наследственный гипоминерализованный несовершенный амелогенез; 4. синдромные ассоциации и хромосомные болезни, включающие признаки наследственного несовершенного амелогенеза.

Гипопластические формы несовершенного амелогенеза развиваются при нарушении формирования матрикса эмали на этапе дифференцировки тканей. Как правило, при таких формах образуется недостаточное количество эмали, поэтому она имеет меньшую толщину, что часто обуславливает отсутствие контактов между зубами. Поверхность эмали может быть гладкой или шероховатой, эмаль часто скалывается. Возможны задержка прорезывания зубов и резорбция непрорезавшихся зубов. Эти проявления часто сочетаются с открытым прикусом.

Гипопластический шероховатый тип несовершенного амелогенеза относится к первой группе и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Патологическим процессом поражаются как временные, так и постоянные зубы.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и рентгенологических признаков при шероховатом типе несовершенного амелогенеза.

На кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ обратились родители с ребенком 13 лет с жалобами на косметический дефект, изменение формы зубов и их желто-коричневый цвет, повышение чувствительности зубов, боли от температурных раздражителей. При сборе анамнеза выявили наследственный фактор: подобные нарушения состояния зубов отмечаются у мамы и бабушки мальчика. У матери все зубы восстановлены керамическими коронками.

У ребенка были поражены временные зубы, а в настоящее время постоянные.

При объективном осмотре выявили, что зубная формула пациента не соответствует возрасту. В зубном ряду отсутствует 15 и 23 зубы. Коронки 11, 21 зубов восстановлены композитом. На всех остальных зубах отсутствует эмаль, кроме вторых моляров. На них сохранились отдельные островки шероховатой эмали в придесневой области. Дентин на всех зубах светло-коричневого цвета, шероховатый. Нарушена форма зубов за счет скалывания эмали и патологической стираемости дентина. Прикус открытый.

На ортопантограмме пациента: все зубы постоянные, задержка прорезывания 15 и 23 зубов. Контуры коронок зубов неправильные за счет отсутствия эмали и патологической стираемости дентина. Коронки 11 и 21 зубов реставрированы пломбирочным материалом. Корни зубов формируются правильно, пульповые полости без патологических изменений.

Ребенок был осмотрен детским стоматологом и ортодонтотом. Разработан комплексный подход к ведению пациента. Даны рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта. Предложены применение очень мягкой зубной щетки, зубной пасты и ополаскивателя для полости рта с кальцием. Изготовлены капы для проведения реминерализующей терапии гелем «Rocs Medical Minerals реминерализующий гель с кальцием». Рекомендовано покрытие зубов коронками.

Ермилова О.В., Панасенко К.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМАТИКА ПЕРЕВОДА ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

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.

Стремительное развитие науки и техники, достижения научно-технического прогресса способствуют появлению специальных слов для обозначения новых объектов, явлений и процессов. Терминология как совокупность терминов составляет часть специальной лексики. Безусловно, терминология представляет собой наиболее динамичную и подвижную лексическую систему языка, поэтому исследования в этой области имеют чаще историческую ориентированность, показывая, как возникает, развивается и изменяется терминология в зависимости от развития соответствующих наук и общего стиля мышления эпохи. Термины и терминосистемы функционируют так же, как и другие лексические единицы языка, но область их употребления сводится к конкретной науке

В качестве терминов могут использоваться как слова, употребляемые почти исключительно в рамках данного стиля, так и специальные значения общенародных слов. Такие, например, лексические единицы как *endoscopy, laparoscopy, electrocautery, endocrinology, neurology* и т.п., широко применяемые в текстах медицинского направления, редко можно встретить за пределами медицинских материалов. В то же время в этих текстах выступают как термины и слова, такие как *consultant, dead, degeneracy, ripple, drug, monitor* и др., имеющие хорошо всем известные общеупотребительные значения. Термины должны обеспечивать четкое и точное указание на реальные объекты и явления, устанавливать однозначное понимание специалистами переданной информации. Поэтому к этому типу слов предъявляются особые требования.

Всем известный факт, что медицинская лексика в значительной мере имеет интернациональный характер, однако некоторые интернациональные термины могут иметь разное значение в русском и английском языке (более узкое, более широкое или даже вообще иное), и для медицинской сферы больше, чем для любой другой актуальна проблема «ложных друзей переводчика».

Проблематичным для студентов представляется перевод так называемых поликомпонентных атрибутивных словосочетаний. Смысл их состоит в передаче максимального количества информации в минимальном количестве слов.

Перевод текстов медицинской тематики можно считать одним из самых сложных, ведь медицина является наукой, в которой точность играет огромную роль, потому что от точности может зависеть жизнь и здоровье человека. Потому медицинский перевод не допускает возможности ошибок. При переводе медицинской документации недопустима неточность терминов или приблизительность формулировок. К проблемам перевода текстов медицинского направления относятся несколько таких факторов, как: значительное количество синонимов, широкое использование аббревиатур и сокращений, постоянное пополнение и расширение медицинского вокабуляра, наличие «ложных друзей переводчика». При переводе медицинских терминов используются различные методы, наиболее распространенным из них является поиск словарных ответчиков. Но из-за разногласий в синтаксических, грамматических и морфологических структурах в английском и русском языках при переводе терминов медицинской отрасли широко используются лексические и грамматические трансформации.

Свою задачу мы видим в выработке у студента умений осуществлять переводческий процесс, создавать полноценный текст, делать правильный выбор языковых средств, учитывая всю совокупность факторов, влияющих на ход и результат перевода. Важно, что при переводе необходимо учитывать и то, что в английском языке слова могут менять смысл, применяться в не словарном значении; то, что у слов бывают редкие, специальные значения; фиксированный порядок слов в английском языке; необходимость опускать какие-либо слова оригинала или добавлять что-то от себя, в основном, предлоги и союзы.

Еромянц И.С., Жданова Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ

Искусственный интеллект присутствует повсеместно. Передовые технологии, особенно в области обработки языка, и возможность обработки огромных объемов данных означают, что разрабатывается все больше инструментов и программ, которые помогают нам говорить и писать в повседневной жизни. Но как эти изменения влияют на сферу изучения иностранных языков и дидактические подходы к преподаванию и изучению иностранных языков? Какие технологии искусственного интеллекта особенно подходят для обучения иностранному языку для поддержки изучения иностранного языка и в чем заключаются самые большие проблемы при его применении?

Целью исследования является анализ потенциала технологий искусственного интеллекта в овладении иностранным языком и определение преимуществ и недостатков.

Интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в образовательные учреждения может существенно оптимизировать учебный процесс и сэкономить ресурсы и время. Считается, что инструменты на основе искусственного интеллекта предлагают возможность обучения, которое является более персонализированным, гибким, инклюзивным и увлекательным. Нами был проведен поиск и некоторые области, где ИИ может быть использован в обучении иностранному языку:

- персонализированные программы обучения, где ИИ может отслеживать поведение учащихся в процессе обучения. Это дает возможность для инклюзивного обучения адаптировать занятия к индивидуальным потребностям учащихся;

- чат-боты и виртуальные репетиторы на базе искусственного интеллекта могут помочь учащимся практиковать разговорную речь и отвечать на вопросы на изучаемом языке;

- инструменты перевода и автоматизированные упражнения по переводу.

ИИ может помочь переводить тексты и упражнения, которые помогают учащимся практиковать структуру и словарный запас иностранного языка. При необходимости ChatGPT может взять на себя роль переводчика. Выборочные проверки с помощью переводчика DeepL подтвердили точность переводов. Преподаватели могут использовать искусственный интеллект для создания учебных материалов, таких как: интерактивные приложения, видео и викторины, игры, для нескучного изучения языка и тренировки памяти.

Выводы. Использование ИИ в процессе освоения иностранного языка на практике подтверждает безусловную эффективность. Продуманное и уместное внедрение ИИ в языковые программы обучения обеспечит значительный прогресс. При этом участие экспертов, в том числе лингвистов, преподавателей и носителей языка имеет решающее значение для разработки и реализации языковых курсов. Внедрение ИИ требует тщательно продуманной стратегии и четкой последовательности действий. Важно отметить, что ИИ в преподавании иностранных языков должен дополнять традиционное обучение и не заменять учителя-человека. Однако использование ИИ может обогатить занятия и улучшить процесс обучения.

Еромяц И.С., Пармас О.В., Альмешкина А.А., Смутьская Н.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К СЕМЬЕ

В наше время семейные ценности играют важную роль в жизни каждого человека. Они являются основой для формирования личности, развития общества и укрепления государства. В медицинском вузе, где студенты сталкиваются с большими нагрузками и стрессами, семейные ценности становятся особенно актуальными.

Целью исследования является изучение особенностей ценностного отношения студентов медицинского вуза к семье, рассмотреть процесс изменения семейных ценностей по мере взросления студентов, определить уровень готовности к созданию семьи, изучить их взгляды на отношения в семье.

Методом исследования стал анонимный анкетный опрос, который прошли 484 студента лечебного факультета № 1.

Мы заметили, что желаемый возраст вступления в брак у юношей выше, чем у девушек. Так, девушки считают наиболее благоприятным возрастом 20-30 лет, а среди юношей ответ «После 30 лет».

Известно, что дальнейшие отношения ориентируются на семейную жизнь родителей, для 174 (36%) студентов взаимоотношения родителей являются образцом, а 96 (19,9%) студентов вообще не берут пример с прошлого родителей.

Условием достаточным для создания семьи 394 (94,8%) студента считают работу и постоянный доход, затем собственное жилье и высшее образование.

Факторами необходимыми для счастья семьи респонденты выделили здоровье свое и близких, работу и постоянный доход, уют в доме, собственное жилье. 40,9% студентов подчеркнули важность сбора информации о генеалогическом древе семьи.

410 (80,7%) обучающихся согласны с тем, что все члены семьи должны участвовать в принятии семейных решений. Этот результат показывает, что студенты ориентированы на демократические отношения, основанные на совместном принятии решений по важным семейным вопросам.

И юноши, и девушки считают, что родители должны проявлять интерес к тому, что происходит с их детьми, если дети хотят поделиться своими впечатлениями.

Проведенное исследование показывает, что большинство респондентов ориентированы на создание семьи (75%).

Медицинские вузы предъявляют высокие требования к своим студентам. Обучение в медицинском университете требует от студентов не только глубоких знаний и профессиональных навыков, но и определенных личностных качеств. Семейные ценности могут помочь студентам справиться с трудностями обучения и стать успешными врачами.

Любовь и поддержка близких людей помогают студентам преодолевать стресс и усталость, связанные с учёбой. Доверие и уважение между членами семьи способствуют формированию у студентов таких качеств, как ответственность, честность и сострадание. Эти качества необходимы для того, чтобы стать хорошим врачом и оказывать качественную медицинскую помощь.

Кроме того, семейные ценности способствуют развитию эмпатии — способности понимать и чувствовать переживания других людей. Эмпатия является одним из важнейших качеств врача, который должен уметь поставить себя на место пациента и понять его проблемы.

В нашем вузе семейные ценности поддерживаются и развиваются путем проведения различных мероприятий и участия в программах. Например, собеседованиями с первокурсниками, проведение старостатов, Советов самоуправления, различные спортивные соревнования, такие как Кубок Ректора, творческие конкурсы Дебют первокурсника, День факультета и т.п.

Выводы. Таким образом, семейные ценности в вузе могут быть поддержаны и развиты через разнообразные мероприятия и программы, которые помогут студентам сохранить связь со своими корнями и создать гармоничную среду для обучения и развития.

Ершова И.Б., Васендина М.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕПРЕССИВНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Актуальность. Ротавирусная инфекция доминирует в структуре вирусных диарей у детей, в связи с чем изучение её особенностей является одной из наиболее актуальных проблем детских инфекций. Проблема ротавирусной инфекции в экологически нестабильной обстановке стоит не менее остро. Причинами роста заболеваемости среди детского населения являются, в первую очередь, нарушения санитарно-гигиенического и эпидемиологического режимов в некоторых регионах Луганска, что способствует снижению реактивности детского организма, а также высокой контагиозностью инфекции.

Цель нашего исследования: изучение особенностей течения ротавирусной инфекции среди детей в возрасте до 3-х лет в разных регионах РФ.

Материалы и методы. Ретроспективным эпидемиологическим анализом нами были проанализированы 249 случаев заболеваемости РИ (ротавирусная инфекция) у детей в возрастной категории от 3 месяцев до 3х лет, находившихся на лечении в ГБУЗ «ЛГМДБ №3» ЛНР. Диагноз «ротавирусная инфекция» во всех случаях был выставлен на основании проведения ИФА и обнаружения антигенов в кале исследуемых детей, проведения лабораторных методов диагностики. Все дети были разделены на две группы: первую составили 111 детей (44,58%), проживающих в северных регионах Луганска, вторую - 138 детей (55,42%) проживающих на юге Ростовской области, но временно находящихся на территории г. Луганска. Исследование проводилось с мая 2023 по ноябрь 2024 года.

Результаты. Проанализировав данные исследования мы выявили, что наиболее высокая заболеваемость РИ отмечалась среди детей до 1 года, на долю которых пришлось 69,24% случаев. Анализ клинических форм выявил, что у детей первой группы в 2,87 раз чаще наблюдалась клиника острого гастроэнтерита в среднетяжелой и тяжелой форме, чем у детей второй группы. При этом у детей первой группы в 3,16 раз чаще РИ сопровождалась развитием эксикоза различной выраженности. Анализ продолжительности основных клинических проявлений среди обследуемых детей также отличался. Так, продолжительность диарейного синдрома у детей первой группы составила 4,12 дней, у детей второй группы - 3,51 дней, субфебрилитета у детей первой группы - 3,97 дней, второй - 3,04 дня, синдром рвоты сохранялся у детей первой группы до 2,96 дней, у детей второй группы - 2,03 дня. Нами была изучена продолжительность циркуляции РИ в пищеварительном тракте. Так, в абсолютном большинстве случаев отмечалась санация кишечника от инфекции на 7-8 день после госпитализации. Однако, у 9,34% исследуемых детей первой группы и в 1,26% - второй группы имело место повторное выделение вируса.

Выводы. Таким образом, рост заболеваемости, а также тяжесть течения ротавирусной инфекции в целом ряде регионов можно связать с неблагоприятной экологической обстановкой. Наше исследование показало, что наиболее высокая заболеваемость РИ отмечалась среди детей в возрасте до 1 года ввиду недостаточного иммунного ответа. У детей первой группы в 2,87 раз чаще диагностировалась клиника острого гастроэнтерита в среднетяжелой и тяжелой форме, чем у детей второй группы. При этом у детей первой группы в 3,16 раз чаще развивалась клиника эксикоза. Также нами выявлено, что у детей первой группы значительно дольше, чем у детей второй группы протекали симптомы интоксикации РИ. Кроме того, полученные результаты позволяют утверждать, что вирусывыделение у детей первой группы сохраняется достоверно дольше, чем у детей второй группы.

Ершова И.Б., Глушко Ю.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Введение. На сегодняшний день особое внимание ученых сконцентрировано на предпосылках формирования и путях реализации генетически обусловленной бронхиальной астмы. Особую актуальность приобретает изучение полиморфизма генов регуляторных молекул воспаления. Знание их роли в патогенезе БА, наряду с достижениями современной геномики, позволяет прогнозировать риск развития патологии, тяжесть ее течения и подобрать специфическую терапию или соответствующую коррекцию в схеме лечебно-профилактических мероприятий для детей из групп риска по реализации БА.

Цель исследования. Изучение роли полиморфизма Asp299Gly гена Toll-подобного рецептора 4 (TLR4) в реализации бронхиальной астмы у детей, сравнить индуцированный синтез TNF-а и IL-10 мононуклеарами периферической крови (МНПК) в зависимости от выявленного генотипа TLR4.

Материалы и методы. Проведено генетическое обследование 67 детей больных atopической БА, у которых определялся полиморфизм TLR4 (Asp299Gly). Генотипирование проводили методом ПЦР-ПДРФ (полимеразная цепная реакция и полиморфизм длины рестрикционных фрагментов). Спонтанный и индуцированный синтез цитокинов (TNF-а, IL-10) МНПК в культурной среде мы определяли в супернатантах культур клеток методом иммуноферментного анализа отдельно для каждого генотипа.

Результаты. Детальный анализ результатов генетического обследования показал, что у 6 (8,95) детей больных БА были диагностированы фрагменты размером 263 bp (AA/AG - гетерозигота) и у 1 ребенка (1,49%) фрагменты размером 222 bp (GG/GG - гомозигота мутантного типа). «Дикий тип» (AA/AA) генотипа Asp299Gly (нормальное распределение аллелей) в целом составил в группе обследованных 89,55%.

Индуцированный липополисахаридом синтез цитокинов мононуклеарными клетками показал достоверную разницу между группами наблюдения. Самый высокий уровень TNF-а выявлен в группе здоровых детей, который в 1,3 раза превышал данные показатели у детей больных БА с генотипом AA/AA. Группа детей с AA/AG и GG/GG генотипом характеризовалась самым низким индуцированным синтезом TNF-а, который в 2,4 раза был меньше, чем у здоровых детей и в 1,8 - чем у больных БА без выявленного полиморфизма. Кроме того, индуцированный синтез IL-10 в группе больных с выявленным полиморфизмом Toll-подобного рецептора 4 был в 3,2 раза выше, чем у здоровых детей ($p < 0,001$).

Итак, аллель G TLR4, который возникает вследствие точечных мутаций за счет формирования специфических аллелей генов, усиленно влияет на развитие хронического аллергического воспалительного процесса вследствие выраженного индуцированного синтеза IL-10 и сниженного провоспалительного ответа организма. Кроме того, его наличие достоверно связано с тяжелым течением БА у детей.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день возникает необходимость учета диагностики полиморфизма генов TLR4 (Asp299Gly) у детей, семьи которых имеют высокий генетический индекс по БА, с целью прогнозирования развития заболевания и проведения своевременных профилактических мероприятий детям из группы риска по развитию БА.

Ершова И.Б., Петренко О.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОЦЕНКА ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ПЕРВОГО ДЕТСТВА И ЕЕ СВЯЗЬ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Особое место в патологии костно-мышечной системы у детей занимают нарушения осанки (НО) и деформации позвоночного столба (ДПС) – сколиоз и кифоз. В процессе возрастного развития пропорции тела постоянно видоизменяются за счет разной скорости роста его частей.

Целью исследования было изучение пропорциональности физического развития детей периода первого детства с ДПС для проведения анализа возрастных и половых особенностей, закономерностей их формирования.

Материалы и методы. Обследовано 313 детей периода первого детства (здоровые дети с различными деформациями позвоночного столба, не имеющих сочетанных заболеваний). Группа девочек составила 177 детей, мальчиков – 136 детей. Все дети были разделены на группы в зависимости от возраста, пола и степени изменений в позвоночном столбе (НО и степени выраженности ДПС). Расчет пропорциональности физического развития проводили по индексу скелии Мануври (ИМ) по формуле: $ИМ = [длина\ тела\ (см) - рост\ сидя\ (см)] * 100 / рост\ сидя\ (см)$. Значения индекса: до 84,9 – брахискелия. 85,0 – 89,9 – мезоскелия, 90 и выше – макроскелия.

Результаты и их обсуждение. Выявлено 66,7% детей с ДПС I степени, имеющих брахискелию, и 74,3% детей с НО. В группе здоровых мальчиков брахискелия была у 86,2% детей. В группе девочек первого детства брахискелия выявлена у 22,2% детей с ДПС II степени, у 83,3% девочек с ДПС I степени и у 76,3% девочек с НО. У здоровых девочек брахискелия была только у 58,0%. Мезоскелия у мальчиков первого детства была выявлена в 33,3% случаев у детей с ДПС I степени. У детей с НО (22,7%) была обнаружена мезоскелия. Здоровых мальчиков с пропорциональным физическим развитием было 13,8%. В группе девочек первого детства мезоскелия была выявлена в 55,6% случаев у детей с ДПС II степени. При ДПС I степени у 16,7% детей было обнаружено пропорциональное физическое развитие. При НО мезоскелия была обнаружена у 17,1% детей. Пропорциональное физическое развитие было выявлено у 38,0% здоровых девочек первого детства. Макроскелия в группе мальчиков первого детства была выявлена только у 3,0% детей с НО. В группе девочек первого детства макроскелия была выявлена у 22,2% детей с ДПС II степени. У девочек с НО 6,6% детей имели макроскелию. У здоровых девочек этой возрастной группы макроскелия была выявлена у 4,0% детей.

Выводы. Проведенный анализ выявил преобладание брахискелии у детей периода первого детства. Процентное соотношение детей с макроскелией и мезоскелией среди детей с НО было выше, чем среди здоровых детей. Это в большей мере связано с интенсивным ростом детей периода первого детства, который, по данным литературы, осуществляется, в основном, за счет роста свободных нижних конечностей, что снижает компенсаторно-приспособительные возможности костно-мышечной системы и является пусковым моментом для развития НО и ДПС. Соотношения средних значений индекса Мануври у мальчиков и девочек в зависимости от наличия ДПС I степени или НО, в сравнении со здоровыми детьми, было практически одинаково во всех выделенных группах. Определённые в процессе исследования морфометрические характеристики физического развития детей периода первого детства являются базисом для составления нормативных документов стандартов физического развития детей г. Луганска.

Ершова И.Б., Ширина Т.В

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Хронический гломерулонефрит включает в себя группу различных заболеваний почек, отличных по своей причине, морфологической структуре и подходам к лечению, но объединённых первичным поражением гломерулов. Заболеваемость хроническим гломерулонефритом в России достигает 13–50 случаев на 10 000 населения. Он может развиваться в любом возрасте, однако наиболее часто возникают у детей 3–7 лет. Гломерулонефриту, как причине развития хронической почечной недостаточности, принадлежит 2-3 место после врожденных аномалий почек у детей.

Цель исследования: определить клинико-лабораторные особенности хронического гломерулонефрита у детей в зависимости от варианта течения заболевания и возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней 126 детей, больных хроническим гломерулонефритом.

Результаты и их обсуждение. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст 9 ± 2 лет). 77 детей (61%) имели гематурическую форму, а пациентов с нефротической формой было 49 (39%). Нефротическая форма гломерулонефрита чаще отмечалась у детей раннего и дошкольного возраста (29 детей - 59%), в то время, когда у пациентов в возрасте 6 - 17 лет чаще диагностировали гематурическую форму (49 детей - 64%). Основными клиническими симптомами при гематурической форме гломерулонефрита были повышение артериального давления - у 23 больных (30%), отеки - у 65 пациентов (84%) и боль в пояснице у 44 детей (57%). При нефротической форме гломерулонефрита ведущими клиническими признаками были отеки у 41 больного (84%) и дизурические расстройства - у 18 детей (37%).

При лабораторном исследовании мочи у всех детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита (77 пациентов) встречалась макрогематурия, суточная протеинурия (до 1 г/сут) у 58 (75%) детей. Суточная экскреция белка более 2г/сут наблюдалась у всех 49 детей с нефротическим синдромом, гиперхолестеринемия у 38 пациентов (78%), а диспротеинемия - у 14 (29%).

Выводы. Таким образом, течение хронического гломерулонефрита у детей зависит от формы заболевания. Так, основными диагностическими признаками гематурической формы у обследованных нами пациентов были повышение артериального давления, отеки и макрогематурия. В то время, когда у детей с нефротической формой наблюдались отеки, гиподиспротеинемия, повышение холестерина крови, увеличение суточной экскреции белка более 2г/сутки.

Нефротическая форма в большей степени характерна для детей раннего возраста, тогда как гематурическая - для детей старше 6 лет.

Есенкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ И ПАРАМЕТРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

По данным исследований учебная нагрузка в медицинских институтах, по усредненным оценкам, в 2 раза выше, чем в других ВУЗах; распространенность хронического стресса среди студентов-медиков составляет от 38% до 62%, что превышает показатели населения в целом. Это отражается на психическом и соматическом здоровье студентов. По результатам исследования В.В. Руженковой (2020), пограничные психические расстройства диагностированы у 20% обследованных студентов-медиков. Расстройства психики донозологического уровня диагностировались в 18,9% случаев.

В современной литературе эмоциональная дезадаптация определяется как состояние, характеризующееся постоянной эмоциональной напряженностью или истощением, что, в свою очередь, приводит к нарушениям психических функций и поведения. Концепция адаптационного барьера (Александровский Ю.А.) позволяет нам рассматривать развитие эмоциональной дезадаптации как результат надрыва активности барьера психической адаптации, суживающий рамки приспособительной адаптированной психической деятельности человека. Вследствие этого в той или иной степени стираются границы адекватного и целенаправленного поведения человека, на смену приходят патологические изменения и развитие психогенных расстройств.

Целью нашего исследования стало изучение эмоциональной дезадаптации студентов медицинского вуза и ее связи с социальной ангедонией. Выборку составили 71 студент Курского государственного медицинского университета. Средний возраст испытуемых – 20±2 года (18–22 года). Материалы и методы. «Диагностика социальной ангедонии» (RSAS), адаптация А.Б. Холмогоровой; «Шкала социального избегания и дистресса» (SADS); «Шкала страха негативной оценка» (FNE); «Опросник эмоциональной дисрегуляции» (Н.А. Польская); «Шкала депрессии А.Т. Бека» (BDI), адаптация Н.В. Тарабриной.

Результаты исследования социальной ангедонии у студентов показали, что 55% студентов имеют высокий уровень социальной ангедонии, соответственно 45% студентов – низкий. Среди опрошенных студентов-медиков легкий уровень депрессии диагностирован у 20%, умеренный — у 11%, средняя степень депрессии зафиксирована у 18% респондентов, а тяжелая степень — у 7% участников. У большинства респондентов (52%) преобладает средний уровень выраженности избегания и дистресса, только 13% студентов имеют высокий уровень. Установлено, что у 6% студентов наблюдается высокий уровень страха перед негативной оценкой, в то время как 59% имеют средний уровень. При сравнительном исследовании групп студентов с разными уровнями выраженности социальной ангедонии выявлены статистически значимые различия по следующим параметрам эмоциональной дезадаптации: социальное избегание ($p\text{-level} = 0,0004$), руминация ($p\text{-level} = 0,03$), трудности ментализации ($p\text{-level} = 0,03$), депрессия ($p\text{-level} = 0,04$). По данным корреляционного анализа выявлена значимая положительная связь между уровневными показателями социальной ангедонии и степенью эмоциональной дезадаптации ($p\text{-level} < 0,05$). Таким образом, эмоциональная дезадаптация в виде общих симптомов депрессии и тревоги связана с выраженным уровнем социальной ангедонии у студентов медицинского вуза. Эмоциональная дисрегуляция (избегание, руминация, нарушение ментализации), скорее всего, опосредует связь социальной ангедонии и степенью выраженности параметров эмоциональной дезадаптации.

Ефанова Е.Н., Русак Ю.Э., Васильева Е.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕЙ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Цель исследования заключается в демонстрации важности дерматоскопической диагностики кожных новообразований в практической деятельности дерматовенеролога.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов (форма 025/у-04) на амбулаторном приеме дерматовенеролога за 2023-2024 годы.

Результаты. В указанный период зафиксировано 1352 консультации (17%) с использованием дерматоскопии для диагностики новообразований кожи.

Результаты: среди тех, кто проходил дерматоскопическую диагностику, наиболее часто встречались пациенты с доброкачественными новообразованиями кожи: различными типами невусов и себорейных кератом (89%).

Из меланоцитарных образований кожи диагностировались пограничные невусы (16%), атипичные невусы (18%), комбинированные невусы (12%), дермальные невусы (21%). Из немеланоцитарных образований наиболее часто выявлялись себорейные кератомы у 36% обратившихся, гемангиомы у 152, дерматофибромы у 239 пациентов, кератоакантомы у 83 человек.

Подозрение на меланому было выявлено у 17 пациентов, у 49 выявлены дерматоскопические признаки базальноклеточного рака кожи, признаки плоскоклеточно рака выявлены у 6 человек.

Выводы. Результаты нашего исследования подчеркивают значимость дерматоскопической диагностики как важного инструмента в арсенале дерматовенеролога и составляет значимую долю (17%) в общей структуре дерматологического приема. На фоне увеличения случаев кожных новообразований, своевременное выявление и правильная интерпретация дерматоскопических признаков становятся ключевыми в клинической практике. Дерматоскопия позволяет на ранних этапах выявить признаки злокачественного новообразования кожи, что существенно повышает шансы на успешное лечение и полноценное выздоровление.

Повышение осведомленности населения о методах обследования кожи, включая дерматоскопию, крайне важно. Образовательные программы и кампании могут помочь людям более внимательно относиться к новообразованиям кожи и своевременно обращаться к дерматологам. Таким образом, дерматоскопия становится не только инструментом диагностики, но и важной частью профилактики злокачественных новообразований кожи.

Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г., Тихомирова А.Н.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕРМАТОЗОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Актуальность. Число лиц пожилого и старческого возраста неуклонно растет: на начало 2024 года численность населения старше 65 лет в Российской Федерации составляет 17,1% от общей численности населения, что формирует новые вызовы для системы здравоохранения, в том числе в области дерматологии. Пожилые люди – уязвимая категория пациентов, требующая особого внимания дерматологов и понимания особенностей лечения. Пациенты данной возрастной группы часто сталкиваются с проблемами соблюдения режима лечения, связанными с психосоциальными факторами, что негативно сказывается на клинической эффективности лечения. Поэтому важно комплексно подходить к решению этих вопросов для повышения приверженности к терапии и улучшения качества жизни.

Цель работы. Изучение основных барьеров, влияющих на приверженность к лечению дерматозов, и методов их преодоления среди пожилых пациентов.

Материал и методы. Проведен поиск научных статей, посвященных геронтологической дерматологии и приверженности к лечению в базах данных PubMed и eLIBRARY. Глубина поиска – 10 лет.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ выявил следующие ключевые аспекты, влияющие на приверженность к лечению дерматозов у пожилых пациентов: финансовые ограничения, сниженная мобильность, когнитивные нарушения, полипрагмазия, отсутствие социальной поддержки. Были сформулированы пути преодоления указанных проблем: экономичное использование средств базового ухода за кожей при финансовых трудностях, использование непатентованных лекарственных препаратов, более доступных финансово эмульгентов, например, ланолин и вазелин. Для более эффективного применения местных лекарственных препаратов на труднодоступные участки кожи предлагается использовать шпатели и помощь лиц, осуществляющих уход. В случае затруднений с выдавливанием средства из тубы – аккуратно отрезать ее конец, принимая во внимание нарушение условий хранения. Необходимо учитывать потенциальный риск падения при использовании местных средств: наносить их, когда пациент находится в удобном и устойчивом положении, находясь на нескользящих поверхностях. Кроме того, следует с осторожностью назначать антигистаминные препараты первого поколения пожилым пациентам в связи с большей чувствительностью к такому побочному эффекту, как головокружение, что также увеличивает риск падений. При нарушениях памяти рекомендуется установка будильников и напоминаний, применение местных средств вместе с утренними и вечерними базисными препаратами. Необходимо поощрять привлечение членов семьи или системы социальной поддержки, оптимизировать и упрощать схемы лечения с минимизацией количества назначаемых препаратов и кратности их приема, подробно инструктировать о правилах лечения, отражать их в памятках, письменных рекомендациях, использовать опросник «Возраст не помеха» для скрининга старческой астении, при необходимости направляя к гериатру.

Выводы. Учитывая, что отсутствие приверженности к терапии является одним из основных факторов риска неудач в лечении, важно различать несоблюдение режима лечения и отсутствие ответа на него. Уже на ранних этапах следует проводить мониторинг уровня приверженности и проведение мероприятий по оптимизации терапевтических стратегий. В связи с ростом числа пожилых людей врачам необходимо распознавать и устранять проблемы, с которыми сталкиваются пациенты данной группы, сотрудничая с гериатрами, и адаптировать уход и лечение, что в конечном итоге улучшит результаты лечения и качество жизни пациентов.

Ефремова Е.Р., Бульбачёв В.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АКТУАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА-РЕАНИМАТОЛОГА ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Септический шок — форма сепсиса, при которой наблюдаются выраженные гемодинамические, метаболические и полиорганные нарушения вследствие дисфункции эндотелия и генерализации очага инфицирования с частым летальным исходом и не купирующейся гипотонией на инфузионной терапии. При обзоре актуальной литературы было выявлено, что для правильного оказания помощи на госпитальном этапе важна в первую очередь оценка уровня сознания, время капиллярного наполнения и изменение цвета и рисунка кожи. Далее проводится оценка лабораторных показателей, которые также помогут дополнить критерии по шкале SOFA: лактат, так как при его концентрации в артериальной крови более 2 ммоль/л можно сказать о клеточном стрессе, сопровождающего рефрактерную гипотензию, тромбоциты, уровень трансаминаз, билирубин, креатинин и непосредственно выявление возбудителя для адекватной этиотропной терапии. Третьим оценочным критерием для постановки диагноза отмечают среднее артериальное давление (САД) менее 65 мм.рт.ст. – данное состояние влечет за собой нарушение органного кровоснабжения и в последующем тканевую гипоксию, значительное повреждение почек, инфаркта миокарда и др. Исходя из вышеперечисленных факторов, влияющих на скоротечность ухудшения состояния пациента и результатов оценки органной дисфункции, можно выделить правильную тактику экстренной помощи и лечения на госпитальном этапе в последующем. На первом месте стоит управление гемодинамикой и ее контролем, а именно инфузионной терапией кристаллоидными растворами в объеме 7 мл/кг за 30-60 минут. При превышении порога суточного объема введенного раствора (более 50 мл/кг за 24 часа) применяют альбумин для поддержания внутрисосудистого давления. Вторым этапом в лечении является мониторинг и поддержание САД вазопрессорными препаратами, где препарат выбора - норэпинефрин в объеме 0,5 мкг/кг/мин, так как практически не оказывает влияние на увеличение частоты сердечных сокращений, но стимулируя β_1 -рецепторы повышает сократительную способность миокарда, тем самым увеличивая ударный объем. Третий этап – определение тактики этиотропной терапии – введение антимикробных или противовирусных препаратов в первый час после определения диагноза. Начальная антибиотикотерапия обычно является эмпирической и основана на вероятных патогенах, в зависимости от клинических характеристик пациента и местных паттернов антимикробной устойчивости. Для пациентов с тяжёлым сепсисом или септическим шоком может быть рекомендовано комбинированное использование антибиотиков широкого спектра (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы), а также следует учитывать факторы риска инфекций, вызванных метициллин-резистентным золотистым стафилококком, энтеробактериями-продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра действия, полирезистентной *P.aeruginosa*, карбапенем-резистентными энтеробактериями. Далее выполняется контроль источника инфекций, если очагом является абсцесс, некроз тканей или долго незаживающая рана, обязательное временное протезирование функций внешнего дыхания у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом вызванный септическим шоком и адьювантная гемодинамическая терапия болюсным введением гидрокортизона в дозе 50 мг при потребности в вазопрессорной терапии и отсутствии чувствительности к инфузионной нагрузке ≥ 12 часов. Таким образом, благодаря непрерывному изучению проблемы высокой летальности пациентов с сепсисом и его форм тема оказания экстренной помощи в условиях стационара остается актуальной на протяжении десятков лет, а тактика врача-реаниматолога с каждым годом модифицируется в связи с развитием подходов к лечению данной патологии.

Ефремова С.А., Бутакова Д.С., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТОВ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ В 2023-2024 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Вирусные гепатиты В (ВГВ) и С (ВГС) относятся к группе гепатитов с парентеральным механизмом передачи (ВГПМП). В настоящее время против вируса ВГВ созданы современные эффективные генно-инженерные вакцины, которые применяют для проведения плановой иммунопрофилактики населения и по эпидемическим показаниям. Против вируса ВГС такой вакцины пока не разработано. В Донецкой Народной Республике (ДНР) вакцинация против ВГВ включена в Республиканский календарь плановой иммунопрофилактики, а также используется для прививок сотрудников в учреждениях здравоохранения в плановом порядке и при приеме их на работу.

Цель исследования: оценить эпидемический процесс ВГПМП в 2023-2024 гг. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев ВГПМП по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: В ДНР в 2023 г., в сравнении с аналогичным периодом 2022 г. заболеваемость ВГПМП (ВГВ и ВГС) выросла в 1,7 раза. Эпидемический процесс этих инфекций проявлялся локализовано в виде спорадических случаев, групповых случаев заболеваний в коллективах за отчетный период не регистрировалось. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости ВГПМП занимал хронический ВГС – 89,1%. В группу риска по возможному заболеванию ВГПМП были лица в возрасте от 19 до 50 лет (85,2%). По данным эпидемиологических обследований очагов, наиболее активными источниками распространения этих инфекций в ДНР стали переболевшие ВГВ и члены их семей, а также пациенты кожно-венерических и наркологических диспансеров. Факторами риска послужили случайные половые связи, потребление инъекционных наркотиков, стоматологические и косметические процедуры в частных кабинетах.

За 9 месяцев 2024 г. в ДНР ВГПМП в общей заболеваемости вирусными гепатитами составили 93,9% (604 случая). Показатель заболеваемости составил 22,8 на 100 тыс. населения и превысил показатель за аналогичный период 2023 г. в 1,7 раза. Наибольшее распространение в 2024 г. получил ВГС (87,1%), который чаще всего диагностировался в хронической форме – 95,6%.

По данным эпидемиологических исследований группой риска по заболеваемости ВГПМП в 2024 г. остаются лица в возрасте от 19 до 50 лет (85,2%). Активными источниками распространения инфекции являлись лица, переболевшие ВГ и члены их семей, а также лица, принимающие наркотические средства инъекционным путём. Факторами риска для заражения становились случайные половые связи, инъекции среди наркоманов и косметические процедуры, проведенные с нарушениями режима обработки инструментов, а также в процессе нанесения тату и пирсинга.

Выводы. Таким образом, на территории ДНР на протяжении последних трех лет заболеваемость ВГВ оставалась стабильной. Однако, с 2023 г. наметился рост этой заболеваемости, а с 2024 г. к ней присоединился еще и рост заболеваемости ВГС. Для стабилизации эпидемической ситуации по ВГПМП среди населения необходимо активизировать санитарно-просветительную работу среди молодежи относительно защищенных половых контактов с использованием презервативов, разъяснения риска заболевания при инъекционном употреблении наркотиков, возможности заражения при проведении маникюра, педикюра, нанесения перманентного макияжа, тату и пирсинга.

Ефремова С.А., Бутакова Д.С., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТОВ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Вирусные гепатиты В (ВГВ) и С (ВГС) относятся к группе гепатитов с парентеральным механизмом передачи (ВГПМП). В настоящее время против вируса ВГВ созданы современные эффективные генно-инженерные вакцины, которые применяют для проведения плановой иммунопрофилактики населения и по эпидемическим показаниям. Против вируса ВГС такой вакцины пока не разработано. В Донецкой Народной Республике (ДНР) вакцинация против ВГВ включена в Республиканский календарь плановой иммунопрофилактики, а также используется для прививок сотрудников в учреждениях здравоохранения в плановом порядке и при приеме их на работу.

Цель исследования: оценить эпидемический процесс ВГПМП в 2023 г. и за 9 месяцев 2024 г. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев ВГПМП по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: В ДНР в 2023 г., в сравнении с аналогичным периодом 2022 г. заболеваемость ВГПМП (ВГВ и ВГС) выросла в 1,7 раза. Эпидемический процесс этих инфекций проявлялся локализовано в виде спорадических случаев, групповых случаев заболеваний в коллективах за отчетный период не регистрировалось. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости ВГПМП занимал хронический ВГС – 89,1%. В группу риска по возможному заболеванию ВГПМП были лица в возрасте от 19 до 50 лет (85,2%). По данным эпидемиологических обследований очагов, наиболее активными источниками распространения этих инфекций в ДНР стали переболевшие ВГВ и члены их семей, а также пациенты кожно-венерических и наркологических диспансеров. Факторами риска послужили случайные половые связи, потребление инъекционных наркотиков, стоматологические и косметические процедуры в частных кабинетах.

За 9 месяцев 2024 г. в ДНР ВГПМП в общей заболеваемости вирусными гепатитами составили 93,9% (604 случая). Показатель заболеваемости составил 22,8 на 100 тыс. населения и превысил показатель за аналогичный период 2023 г. в 1,7 раза. Наибольшее распространение в 2024 г. получил ВГС (87,1%), который чаще всего диагностировался в хронической форме – 95,6%.

По данным эпидемиологических исследований группой риска по заболеваемости ВГПМП в 2024 г. остаются лица в возрасте от 19 до 50 лет (85,2%). Активными источниками распространения инфекции являлись лица, переболевшие ВГ и члены их семей, а также лица, принимающие наркотические средства инъекционным путём. Факторами риска для заражения становились случайные половые связи, инъекции среди наркоманов и косметические процедуры, проведенные с нарушениями режима обработки инструментов, а также в процессе нанесения тату и пирсинга.

Выводы. Таким образом, на территории ДНР на протяжении последних трех лет заболеваемость ВГВ оставалась стабильной. Однако, с 2023 г. наметился рост этой заболеваемости, а с 2024 г. к ней присоединился еще и рост заболеваемости ВГС. Для стабилизации эпидемической ситуации по ВГПМП среди населения необходимо активизировать санитарно-просветительную работу среди молодежи относительно защищенных половых контактов с использованием презервативов, разъяснения риска заболевания при инъекционном употреблении наркотиков, возможности заражения при проведении маникюра, педикюра, нанесения перманентного макияжа, тату и пирсинга.

Жадан Е.С., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УРОВНИ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСТЕОПОРОЗЕ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

В последнее время увеличивается количество данных, свидетельствующих о том, что хеликобактерная инфекция может иметь системные эффекты, выходящие за пределы желудочно-кишечного тракта. Воздействие *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на организм в целом, и на состояние костей в частности, становится объектом многочисленных исследований. Недавние исследования показывают, что воспалительные процессы, вызванные инфекцией *H. pylori*, могут повлиять на выработку цитокинов и других медиаторов, которые могут участвовать в нарушении формирования костной массы и способствовать развитию остеопороза (ОП). Остеопротегерин (OPG), являющийся важным регулятором костного ремоделирования, представляет особый интерес в этом контексте. Поэтому, изучение данных о хеликобактерной инфекции и параметрах костного обмена может способствовать более точной оценке риска остеопороза и улучшению качества жизни пациентов.

Цель работы: изучить уровни остепротегерина в сыворотке крови при постменопаузальном ОП у женщин с позитивным тестом на антитела к антигену *H. pylori* (CagA+).

Материалы и методы. В рамках проведенного исследования было обследовано 176 женщин в постменопаузальном периоде. Медиана возраста участников составила 62 года с интерквартильным размахом [56; 68] лет, а медиана длительности постменопаузального периода составила 13 [7; 20] лет. Для оценки минеральной плотности костной ткани (МПК) всем участницам проводилась остеоденситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA). С целью детального исследования иммунного профиля и факторов риска заболевания, у всех обследуемых женщин при помощи иммуноферментного анализа были оценены уровни суммарных антител (IgA, IgM, IgG) к антигену CagA *H. pylori*, а также сывороточные уровни OPG – цитокина, играющего ключевую роль в регуляции процесса остеокластогенеза.

Результаты. Исследование сывороточного уровня OPG показало, что у женщин общей группы медиана и межквартильный размах показателя составили 76,55 [44,75; 116,6] пг/мл. Следует отметить, что при множественном сравнении трех групп лиц (с нормальной минеральной плотностью кости: n=37, остеопенией: n=82 и ОП: n=57), различия в показателях сывороточной концентрации остепротегерина обнаружены не были (74,7 [44,7; 122,0] пг/мл, 73,35 [42,7; 114,9] пг/мл и 94,2 [54,4; 118,7] пг/мл соответственно, p>0,05).

Результаты сывороточного OPG в зависимости от полученных лабораторных данных при тестировании женщин постменопаузального возраста на суммарные антитела к антигену CagA *H. pylori* показали, что в общей группе женщин значения цитокина не зависели от инфицирования вышеуказанным возбудителем (66,3 [32,7; 114,5] пг/мл против 84,5 [50,6; 122,0] пг/мл; p>0,05). Аналогичной связи не было установлено ни среди женщин с нормальными результатами денситометрии (60,9 [34,5; 109,7] пг/мл против 84,45 [47,4; 136,2] пг/мл; p>0,05), ни среди больных с остеопенией и ОП (50,3 [22,2; 114,9] пг/мл против 76,5 [52,7; 118,1] пг/мл; p>0,05 и 94,2 [54,4; 118,7] пг/мл против 94,3 [50,1; 118,4] пг/мл; p>0,05 соответственно).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования не обнаружили ассоциаций между наличием позитивного теста на антитела к *H. pylori* и сывороточной концентрацией OPG у обследованных женщин (p>0,05). Несмотря на отсутствие достоверных результатов, исследование позволило глубоко взглянуть на взаимодействие между костной тканью и инфекцией *H. pylori*. Данные результаты нуждаются в более глубоком изучении и будут опубликованы нами после дальнейших исследований в этой области.

Жалолитдинов Шерзодбек Икромжон угли

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения, Фергана, Узбекистан

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ПОДХОД
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ
У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Введение. Посттравматическая пневмония возникает в результате травмы грудной клетки, которая может быть вызвана сильным механическим воздействием, таким как при дорожно-транспортных авариях или падениях с высоты. Редко травмы могут быть вызваны побоями или при занятиях спортом. В результате закрытой травмы происходит перелом ребер и ушиб легких, что приводит к нарушению целостности грудной клетки, ухудшению вентиляции легких и развитию посттравматической пневмонии.

Цель. Улучшение диагностики, профилактики и лечения посттравматической пневмонии у пациентов с травмой грудной клетки.

Материал и методы. В отделении хирургии №2 с января 2018 по ноября 2022 гг. госпитализированы 542 пациента с различными видами травм грудной клетки, такими как переломы ребер, гемоторакс, и ушибы легких. Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 12,2$ года, возрастная категория от 18 до 64 лет. Из общего числа пострадавших 366 (67,5%) были мужчинами, 176 (32,5%) - женщинами. У 72 (13,2%) пострадавших с травмами грудной клетки случилось развитие посттравматической пневмонии. Всем пациентам выполнено рентген ОГК, УЗИ органов грудной клетки, КТ ОГК.

Результаты. У 13,2% из 542 пациентов с травмами грудной клетки развилась посттравматическая пневмония. При сочетанных травмах, увеличивающих риск развития респираторного дистресс-синдрома, смертность может достигать 24%. В 20-25% случаев у пострадавших с изолированной тяжелой травмой грудной клетки способствовать развитию инфекционных осложнений органов дыхания.

Заключение. Таким образом, обследование и лечение пострадавших с закрытой травмой груди и переломами ребер требует специализированного подхода и комплексного подхода. Необходимо проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований, обезболивание, устранение пневмогемоторакса, и лечение пневмонии с учетом этапности развития патологического процесса. Все эти меры должны осуществляться в условиях специализированного стационара с опытом лечения данного типа повреждений.

Жарикова А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЧТО ВЫ ЗНАЕТЕ О РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ? (ОПРОС СТУДЕНТОВ 1-3 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)

Актуальность. Причины возникновения, клинические проявления, методы диагностики и лечения рассеянного склероза до сих пор остаются актуальными вопросами в неврологии. Рассеянный склероз-это хроническое заболевание, которое приводит к инвалидизации и нарушает социальную адаптацию пациентов. По данным различных исследований, примерно 30-40% пациентов с рассеянным склерозом могут испытывать значительные ограничения в повседневной деятельности через 5-15 лет после начала заболевания. Более половины пациентов могут столкнуться с различной степенью инвалидности в течение 10-25 лет.

Цель. Провести онлайн опрос среди студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России 1, 2, 3 курсов и проанализировать результаты опроса на информированность о рассеянном склерозе, о методах его диагностики, симптомах, этиологии, патогенезе и лечении. В конце опроса дать правильные варианты ответов, провести беседу, и тем самым повысить уровень осведомленности студентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие студенты ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России 1, 2 и 3 курса, в количестве 130 человек, в возрастной категории 17 лет и старше. В процессе исследования использовался опросник на знание общих вопросов и фактов о рассеянном склерозе. Примеры вопросов: «Из какого источника вы узнали о рассеянном склерозе?», «Может ли рассеянный склероз стать причиной инвалидизации?», «Какие методы диагностики назначает врач больному рассеянным склерозом?» и так далее. Для математической обработки результатов использовались стандартные методы описательной статистики.

Результаты исследования. По результатам опроса все респонденты были разделены на несколько групп:

- 1 группа: 53,4% знали о таком заболевании, как рассеянный склероз.
- 2 группа: 38,9% знали, но не могли сформулировать точное определение, клиническую картину и методы диагностики рассеянного склероза.
- 3 группа: 7,6% не знали о таком заболевании, как рассеянный склероз.

Также по данным опроса, было выявлено, что самым популярным источником информации стал интернет- 35,5%, медицинский университет – 24,7%, научные статьи – 14,7%, СМИ- 10%, другие источники-15,1%

Выводы. Учитывая широкую распространенность заболевания, клиническую картину, которая приводит к снижению качества жизни и дальнейшей инвалидизации больного, информированность молодежи выше средних значений. Был открыт доступ к правильным вариантам ответов, проведена беседа о заболевании, клинической картине, симптомах, методах диагностики и лечения, что в дальнейшем повысило уровень знаний студентов младших курсов медицинского университета.

Жарикова Т.С., Кутин Е.С., Сафронов П.Г., Моисеенко А.А., Уразметова К.И.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ
(Сеченовский Университет), Москва

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Аннотация: В работе рассматриваются различные аспекты проблемы, включая механизмы действия сна, их последствия для когнитивных функций, психического и физического здоровья.

Ключевые слова: сон, центральная нервная система, когнитивные процессы, апноэ.

Актуальность: В современном мире нарушение сна, бессонница и другие расстройства являются широко распространенными проблемами, затрагивающие миллионы людей. Также ученые подтверждают тесную связь между сном и когнитивными функциями, такими как память, внимание, скорость реакции и процессы принятия решений.

Цель и задачи исследования: изучить влияние нарушение сна на центральную нервную систему.

Результаты:

Сон — физиологическая потребность организма, на которую человек тратит треть своей жизни. Нарушения сна приводят к снижению работоспособности, хронической усталости, злоупотреблению снотворными, ухудшению когнитивных функций и повышают риск психических расстройств.

Если речь идет о нарушениях сна, обычно стоит говорить о синдроме инсомнии, или бессоннице. Распространенность этого состояние в общей популяции оценивается в 6-10% в зависимости от критериев диагностики. Последствия плохого ночного сна при инсомнии могут выражаться в виде усталости, нарушения внимания, сосредоточения или запоминания информации, социальной дисфункции, расстройства настроения.

Другим нарушением сна, которое встречается в общей медицинской практике, является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Синдром характеризуется частыми обструкциями дыхательных путей во сне, которые часто приводят к снижению уровня кислорода в крови. Характерные симптомы - храп и остановки дыхания, заметные для окружающих.

Различные неврологические заболевания могут сопровождаться или осложняться наличием СОАС в результате поражения как центральных, так и периферических нервных структур.

Выводы:

Таким образом, нарушение сна оказывает отрицательное влияние на работу ЦНС, ухудшая когнитивные функции, повышая риск когнитивных нарушений, оказывая отрицательное влияние на нейропластичность.

Практическая значимость

Изучение влияния сна на центральную нервную систему имеет несколько практических значений: разработка новых профилактик нарушений сна, разработка новых подходов к диагностике и лечению нарушений сна.

Жарикова Т.С., Моисеенко А.А., Кутин Е.С., Сафронов П.Г., Уразметова К.И.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ
(Сеченовский Университет), Москва

ВОЗДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Аннотация: Рост потребления алкоголя населением вызывает беспокойство. Употребление этилового спирта приводит к угнетению деятельности головного мозга и оказывает негативное воздействие на центральную нервную систему. Данная зависимость – причина для отказа от алкогольных напитков.

Ключевые слова: алкоголь, центральная нервная система.

Введение: потребление алкоголя приводит к нарушениям в центральной нервной системе (ЦНС), вносит серьёзный вклад в увеличение смертности населения. Тенденция потребления алкоголя молодежью за последние годы демонстрирует рост количества детей 15-17 лет с впервые установленным диагнозом «алкоголизм и алкогольные психозы» в 2022 году на уровне 59 человек, что выше на 55%, чем в 2020 году.

Цель и задачи исследования: изучить влияние алкоголя на ЦНС.

Методы исследования: проведен обзор литературы в базе данных КиберЛенинка.

Результаты:

Анализ медико-демографических аспектов здоровья населения демонстрирует снижение на 46,2% количества пациентов с диагнозом «алкоголизм и алкогольные психозы» (717,9 человек на 100 тыс. человек населения в 2022 году против аналогичного показателя в 1367,1 человек на 100 тыс. населения в 2010 году).

Быстрое поступление этанола в мозг сначала приводит к стимулированию ЦНС, а затем достигается общее угнетение функций организма при увеличении алкогольных доз. Исследования с введением этанола в дозе 1 г/кг продемонстрировало неизменность уровней нейромедиаторов. Доза в 2,5 г/кг приводила к снижению концентрации дофамина, при этом возрастало содержание гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и глицина. Доза этанола в 5 г/кг приводила к снижению концентрации норадреналина при повышении уровня ГАМК. Регулярное потребление алкоголя формирует хроническую интоксикацию, увеличивает нейротоксический эффект возбуждающих аминокислот, провоцируя гибель нейронов.

Употребление алкоголя приводит к воздействию на функцию нейрохимических систем мозга. Алкоголь стимулирует повреждение клетки, вызывает в организме оксидантный стресс, приводит к постепенному снижению активности, изменению соотношения нейрон-глия.

Выводы: при употреблении алкоголя ЦНС подвергается отрицательному нейротоксическому воздействию. Наибольшую чувствительность нервная система демонстрирует к этанолу, который при попадании в организм быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте и проникает в головной мозг, контактируя с нервными клетками. Выраженная органотропность этанола проявляется в превышении его концентрации в мозге больше, чем в крови.

Практическая значимость: злоупотребление алкоголем оказывает губительное влияние на ЦНС и приводит к возникновению неадекватного поведения человека. Исследование влияния алкоголя на ЦНС имеет практическое значение, т.к. прогрессирование алкогольной зависимости приводит к физической и психической деградации личности, негативно сказывается на состоянии общества.

Жданова Е.В., Еромяц И.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Вследствие стремительного развития техники и науки традиционные методы и концепции преподавания часто подвергаются изменениям. С помощью искусственной нейронной сети можно показать высокий уровень интеллекта, благодаря ее мощной способности к нелинейной обработке данных и эффективной ассоциативной функции. Она все больше становится новым объектом в области искусственного интеллекта. В то же время в области образования и преподавания, интеграция преподавания английского языка и мультимодальности не только сжимает характеристики времени, но и расширяет новые горизонты обучения, создавая возможности для появления новых моделей преподавания. Ускоряется интеграция искусственного интеллекта в такие приложения, как интеллектуальное распознавание изображений и распознавание речи. В сфере образования, его мощные характеристики также быстро нашли себе применение. В контексте информационного взаимодействия, которое охватывает несколько модальностей, искусственный интеллект предлагает возможность использования инновационной теорией интеграции модальностей.

Цель работы - изучить, особенности применения мультимодального и традиционного обучения для эффективного объединения и одновременно разработки рекомендаций для разных подходов к обучению иностранным языкам. Анализ экспериментальных данных показал, что смешанное взаимодействие на основе искусственной нейронной сети имеет очень значительный эффект, а интерес студентов к занятиям английским языком достигает 80 %. Это демонстрирует большую значимость метода синтеза и имеет определенное просветительское значение для создания методик преподавания английского языка и реформы учебной программы. В области преподавания сочетание мультимодальности стало ошеломляющим. Особенно в процессе преподавания английского языка, из-за особенностей преподавания английского языка, тенденция к мультимодальной интеграции усиливается. Мультимодальное обучение представляет собой подход, который объединяет различные формы представления информации с целью улучшения усвоения знаний. В контексте изучения иностранного языка это может включать аудио, визуальные и тактильные элементы, которые помогают учащимся развивать навыки восприятия и коммуникации. Использование таких методов на занятиях способствует более глубокому пониманию и запоминанию материала. Студенты могут взаимодействовать с языком через различные каналы: слушая музыку, просматривая видео или участвуя в ролевых играх. Кроме того, комбинирование различных подходов позволяет адаптировать учебный процесс под индивидуальные потребности студентов, учитывая их уникальные стили обучения. В результате, применение мультимодального подхода не только способствует развитию языковых навыков, но и создает более комфортную атмосферу для студентов, что делает занятия более продуктивными и эффективными.

Выводы. Интеграция традиционного преподавания английского языка и мультимодальности может скорректировать и модернизировать режим преподавания английского языка. Это превращает традиционный английский класс из скучного в активный и повышает интерес студентов, где каждый чувствует свою ценность и значимость в учебном процессе.

Жидких Т.Н., Киосева Е.В., Христуленко А.Л.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИНКВЕЙН КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ПЕДАГОГИКИ ОРДИНАТОРАМИ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Синквейн (от фр. *cinquains*, англ. *cinquain*) – пятистрочная стихотворная форма, которую предложила в начале XX века американская поэтесса Аделаида Крэпси под влиянием японской поэзии. Синквейн, как интерактивный метод обучения разработан Д. Халперн, Ч. Темпл, К.С. Мередит. Он стимулирует развитие способности к обобщению, краткому представлению сложных идей, вещей, чувств, требует от автора вдумчивой рефлексии. Первая строка – предмет, о котором пойдет речь: существительное или местоимение; вторая строка – свойства предмета: прилагательные или причастия; третья – действия предмета: глаголы или деепричастия; четвертая – отношение автора к предмету. Пятая – заключение.

На кафедре организации высшего образования и управления здравоохранением ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России отработан алгоритм проведения практического занятия по теме «Педагогика как наука. История педагогической мысли» с использованием метода «синквейн». На информационно-дискуссионном этапе практического занятия преподаватель знакомит ординаторов с основными категориями педагогики: воспитание, обучение, образование, формирование, развитие, знания, умения, навыки и др. (уровень понимания учебной информации). На следующем этапе занятия ординаторам предлагается выполнить задание - заполнить таблицу, установив соответствие между категорией педагогики и определением данной категории (уровень воспроизведения учебной информации). А затем ординаторы под руководством преподавателя работают над синквейном (уровень применения учебной информации и творчества).

Преподаватель делит группу ординаторов на микрогруппы по 3 человека, знакомит с понятием «синквейн» и методикой его составления (вся информация представлена на слайде мультимедийной презентации). Ординаторы самостоятельно выбирают категорию педагогики (возможны в разных микрогруппах одинаковые категории), в течение 10 минут составляют стихотворение и представляют его аудитории. Если возникает необходимость, ординаторы поясняют содержание каждой строки синквейна.

Приведем примеры синквейнов, составленных ординаторами:

Знания

Ценные, глубокие

Просвещают, направляют, вдохновляют

Ключ к другим мирам

Мудрость Развитие

Стремительное, глобальное

Направляет, совершенствует, дополняет

Делает человека зрелым, мудрым

Достижение Воспитание

Заботливое, мудрое

Формирует, направляет, обучает

Целенаправленная деятельность формирования личности

Будущее

При внешней простоте формы, синквейн – быстрый, но мощный инструмент для рефлексии, синтеза и обобщения понятий и информации. Составление синквейна требует умения выбирать из имеющейся информации существенные элементы, делать выводы и кратко их формулировать. Он учит осмысленно использовать понятия и определять своё отношение к рассматриваемой проблеме. А работа в микрогруппах способствует развитию способностей и компетенций в области социального интеллекта или так называемых гибких навыков. К таким навыкам относят следующие: коммуникативные навыки, навыки работы в команде, навыки по управлению временем, эмоциональный интеллект, гибкость и адаптивность. Таким образом, процедура составления синквейна позволяет гармонично сочетать элементы всех трех основных образовательных систем: информационной, деятельностной и личностно ориентированной.

Жилицын Е.В., Штутин А.А., Шпаченко Н.Н.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Цель исследования: провести анализ анатомо-функциональных исходов консервативного лечения неосложненных компрессионных переломов тел позвонков у детей.

Материал и методы. Изучены клиничко-рентгенологические результаты консервативного лечения 123 детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков в сроки 12-24 месяца от момента травмы. Мальчиков 76 (61,8%), девочек – 47 (38,2%). Средний возраст $13,6 \pm 2,8$ (10,17). Все пациенты были распределены на две группы – исследуемую (40) и сравнимую (83) в зависимости от применяемой лечебной тактики. Больные исследуемой группы лечились модифицированным методом ранней вертикализации в индивидуальном дистракционно-гиперэкстензионном корсете, а сравнимой группы традиционным функциональным методом. Изолированные переломы имели место у 54 пострадавших, множественные – 69. Для оценки объективных клинических показателей использовали шкалу оценки вертеброневрологических симптомов (Григорьева В.Н., Белова А.Н., 2010). Для оценки рентгенологических изменений использовали показатель индекса клиновидности (ИК).

Результаты. В сравнимой группе отсутствие нейровертебрологической симптоматики было установлено у 52 (62,65%) пациентов. У 19 (22,89%) имели место нарушения 4-6 баллов за счет наличия ограничения движений до 49%, умеренно выраженной нефиксированной кифосколиотической деформации, наличия мышечного напряжения и активных триггерных точек. У 12 (14,46%) детей выявляли отклонения на уровне 7-10 баллов, проявлявшиеся ограничением движений до 49%, стойкой умеренной деформацией и наличием миофасциального синдрома в пределах одной анатомической области. Более выраженных функциональных дефицитов установлено не было. Среди данной категории пострадавших множественные переломы имели место у 10, а изолированные только у 2 детей. В исследуемой группе пострадавших отсутствие вертеброневрологической симптоматики имело место у 34 (85,0%) пострадавших. У 4 (10,0%) детей имели место слабо выраженные нефиксированные деформации и латентные признаки миофасциального синдрома. Только у 2 (5,0%) пациентов выявили наличие умеренно выраженной нефиксированной деформации и наличие активных триггерных точек в отдельных мышцах на фоне снижения объема движений до 25%, что соответствовало 5-6 баллам. Следует отметить, что оба эти пациента имели множественные переломы. Различия по показателям выраженности вертеброневрологических нарушений между группами носят статистически достоверный характер ($p < 0,05$).

В исследуемой группе ИК, соответствующий возрастной норме, определялся у 80% пострадавших. Клиновидность 1 степени имела место у 15%, и лишь у 2 пациентов выявили деформацию, соответствующую 2 степени. В сравнимой группе нормальная физиологическая величина ИК имела место у 67,5% детей. В 27,7% наблюдений выявили деформацию 1 степени и в 4,8% - второй степени. Суммарные показатели во всей группе пострадавших показали полное восстановление высоты компрессионных позвонков у 71,5% детей, клиновидность первой степени – у 23,6%, второй степени – у 4,9%.

Заключение. Применение модифицированной лечебной тактики обеспечивает более высокие показатели восстановления анатомии и функции позвоночного столба в сравнении с традиционной терапией.

Житина И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРИОРИТЕТ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Одной из приоритетных задач государства является сохранение здоровья населения. Здоровье является обязательным условием полноценной общественной, трудовой, и личной жизни человека. Профилактическое направление – это важный аспект в деятельности медицинских организаций, одним из основных инструментов которого является диспансеризация населения.

Диспансеризация представляет собой комплекс различных мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, которые проводятся с целью оценки состояния здоровья определенных групп населения. Современный этап диспансеризации взрослого населения начат в 2013 г и предполагает территориальный принцип, что делает возможным осуществлять многолетнее динамическое наблюдение за здоровьем населения.

Профилактическая медицина имела большое значение в отечественном здравоохранении. История диспансеризации начинается в 20-х годах XX века, когда были разработаны и внедрены основополагающие принципы и методы диспансерной работы. В России диспансеризация неразрывно связана с именем Николая Александровича Семашко - блистательного организатора отечественного здравоохранения, педагога, ученого и общественного деятеля.

Николай Александрович Семашко родился 21 сентября 1874 г. в селе Ливенском Елецкого уезда Орловской губернии. Базовое образование получил в Елецкой гимназии, а медицинское - в Императорском Московском и Казанском университетах.

В 1922 г. Н.А. Семашко организовал и возглавил первую в СССР кафедру социальной гигиены на медицинском факультете Московского университета. В 1924 г. при кафедре была открыта клиника профессиональных и социальных болезней – небольшой стационар, в котором находились специально отобранные больные, истории болезни которых позволяли наглядно продемонстрировать влияние социальных и профессиональных факторов на развитие того или иного заболевания.

Основные принципы организации советской системы здравоохранения Н.А. Семашко сообщил на Первом Съезде медико-санитарных отделов в июне 1918г. в докладе «Об организации советской медицины на местах». Модель Семашко представляла собой общедоступную, бесплатную, квалифицированную медицинскую помощь и централизацию управления. Профилактическое направление и гигиеническая наука были краеугольными камнями новой системы. «Не лечить, а принуждать» - вот девиз, начертанный на щите советского здравоохранения. Профилактическое направление явило миру такие приемы организации помощи как диспансеризация – метод, который до сих пор является абсолютным отечественным приоритетом для всех стран. В основу диспансеризации положен метод активного выявления заболеваний и динамического наблюдения за ними. Одним из приемов профилактики были, созданные для предупреждения инфекционной и соматической патологии – специализированные лечебно-профилактические учреждения – диспансеры.

Все вышесказанное вместе с активной борьбой с социальными болезнями и осуществлением всеобъемлющей санитарно-просветительной деятельностью стали основными принципами работы Наркомздрава, первым наркомом которого был назначен Н.А. Семашко.

Диспансеризация является важнейшим инструментом профилактики заболеваемости. Правильная организация и соблюдение всех этапов диспансеризации может повысить уровень здоровья населения и уменьшить потребность в стационарной помощи, дорогостоящих высокотехнологичных вмешательствах, а также снизить общую смертность. В настоящее время перспективы развития диспансерного метода предусматривают разработку и использование цифровых технологий и искусственного интеллекта с одной стороны и персонализированный подход к каждому пациенту с другой.

Жмурина Я.Д., Куимова И.М., Кольцова Т.В., Воробцова И.Н.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии», Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

СИНДРОМ МЕЙГСА VS ГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Введение: Особого внимания заслуживают заболевания яичников, манифестирующие синдромом Мейгса, радикальность проводимого оперативного лечения, порой приводит к трудности верификации истинного заболевания. Распространенной ошибкой является исключение диагноза абдоминального туберкулеза на основании отрицательных результатов туберкулиновых проб и отсутствия патологических теней на обзорной рентгенограмме брюшной полости.

Цель работы: показать важность дифференциальной диагностики и своевременно начатого лечения туберкулеза, повысить информированность врачей о клинических проявлениях туберкулеза на клиническом примере.

Материалы и методы: Проведен анализ истории болезни пациентки с туберкулезом половых органов, находившейся на лечении в отделении гинекологии НИИ фтизиопульмонологии.

Результаты: Женщина 41 года с диагнозом Туберкулез мочеполовых органов, очаговый туберкулез С6 правого легкого в фазе инфильтрации МБТ, туберкулезная периферическая лимфаденопатия поступила на отделение гинекологии для назначения ПТХ терапии. Из анамнеза известно: в мае 2023 выполнена нефруретерэктомия слева (терминальный гидронефроз), по данным гистологического исследования туберкулез почки. Наблюдалась амбулаторно. Противотуберкулезная терапия не назначалась.

В феврале 2024 по УЗИ органов брюшной полости выявлена жидкость. Госпитализирована в стационар, выполнен: лапароцентез, диагностическая лапароскопия, эвакуация асцитической жидкости (10 литров), обнаружено образование яичника, которое было расценено, как злокачественное новообразование с синдромом Мейгса, и, интраоперационно, принято решение о конверсии на лапаротомию для выполнения экстирпации матки с придатками, биопсии брюшины и сальника. Гистологически в ткани яичников, стенках маточных труб, жировой клетчатки большого сальника, фрагментах брюшины - морфологическая картина хронического продуктивного гранулематозного с клетками клетки Пирогова-Лангханса, наиболее характерно для саркоидоза, интрамуральные лейомиомы матки, киста желтого тела. При пересмотре гистологических препаратов в НИИ фтизиопульмонологии, заключение выявило фиброзно-очаговый туберкулез/микобактериоз почки, КУМ (+), хроническое гранулематозное воспаление маточных труб, большого сальника, наиболее вероятно для туберкулезной/микобактериозной этиологии, КУМ (-). НИИФ выполнен МСКТ ОГП с обнаружением единичных ограниченных очагов, очаговый туберкулез С6 правого легкого в фазе инфильтрации МБТ. Мокрота, отделяемое из раны, моча - ДНК микобактерий туберкулезного комплекса не обнаружена. До получения данных ЛЧ МБТ была начата терапия.

Обсуждение и выводы: Клинический случай, представленный нами, отличается от классического синдрома Демона-Мейгса отсутствием гидроторакса, что крайне осложнило верификацию заболевания, и привело к излишней радикальности оперативного лечения. Данное оперативное лечение снизило фертильную функцию пациентки. Назначение заместительной гормональной терапии не целесообразно в связи с лечением туберкулеза, включающего рифампицин. Таким образом, при проведении обследования пациенток с неясной этиологией асцита и гидроторакса, неопределенным образованием органов малого таза, необходимо учитывать возможность проявления туберкулезной инфекции.

Забазнова Ю.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Актуальность: В последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), которая занимает лидирующие позиции в структуре патологии желудочно-кишечного тракта. Другим распространенным заболеванием, но уже сердечно-сосудистой системы, с общими с ГЭРБ факторами риска является гипертоническая болезнь (ГБ). Именно это и обуславливает высокую частоту коморбидного течения данных патологий. Течение каждого из этих заболеваний ухудшается при наличии синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), а при коморбидной патологии СОАС может являться одним из механизмов патогенеза.

Цель исследования: изучить данные сомнологического исследования у пациентов с коморбидной патологией ГЭРБ и ГБ.

Материалы исследования: Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные данные 43 пациентов, которые были разделены на 2 группы: 1 – пациенты с ГЭРБ, 2 – пациенты с ГЭРБ и ГБ, 3 – контрольная группа без патологии желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы (n=21). Сомнологическое исследование проводилось при помощи аппарата SOMNOcheck micro CARDIO (Weinman, Германия), с акцентом на индекс кардиального риска, индекс апноэ/гипопноэ, индекс десатурации, среднее значение насыщения крови кислородом, среднюю частоту сердечных сокращений. Статистическая обработка собранного материала проводилась в несколько этапов.

Результаты исследования: по показателям среднее значение насыщения крови кислородом, средняя частота сердечных сокращений, индекс десатурации не было выявлено статистически значимых отличий между 1-ой и 2-ой группами сравнения ($p>0,005$), а также по сравнению с контрольной группой. Индекс кардиального риска в группах сравнения был достоверно выше группы контроля ($p<0,005$). При этом у пациентов с сочетанием ГЭРБ и ГБ он достоверно выше, чем у больных с ГЭРБ без сопутствующей патологии. Индекс апноэ/гипопноэ у пациентов с ГЭРБ и ГБ составлял в среднем $11,43\pm 2,57$, наибольший показатель – 35, что значительно выше, чем у пациентов с ГЭРБ. По показателю сатурации достоверно отличались группа ГЭРБ и ГБ и группа контроля ($p<0,005$).

Выводы: высокие значения индекса апноэ/гипопноэ, низкая сатурация у пациентов с сочетанной патологией ГЭРБ и ГБ могут являться факторами более высокого кардиального риска, а также более тяжелого течения СОАС, что отрицательно сказывается на качестве жизни этих пациентов. Больным с данной коморбидностью следует рекомендовать проведение сомнологического исследования для диагностики СОАС, а также для прогнозирования качества жизни и осложнений, с целью назначения СИПАП-терапии.

Зайченко В.Ю., Лузин В.И., Разарёнова А.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ В БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ ГИДРОКСИЛАПАТИТА, НАСЫЩЕННОГО ЦИНКОМ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ДИСТАНТНО УДАЛЕННЫХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Цель исследования: изучить минеральный состав костей у белых крыс при нанесении сквозного дырчатого дефекта в большеберцовой кости в условиях сохранения функциональной нагрузки на конечность и при заполнении дефекта большеберцовых костей гидроксилapatитным материалом ОК-015, насыщенным цинком в различных концентрациях.

Материал и методы. Исследования были проведены на 252 белых крысах-самцах с исходной массой тела 135-145 г, распределенных на 6 групп: 1-ая группа – интактные животные, 2-ая группа – крысы, которым наносили на границе между проксимальным метафизом и диафизом большеберцовых костей сквозной дефект диаметром 2,2 мм. В 3-ей группе в дефект имплантировали блоки гидроксилapatита диаметром 2,2 мм (материал ОК-015). В 4-6-ой группах дефект заполняли блоками ОК-015, насыщенного цинком в концентрациях соответственно 0,20%, 0,50% и 1,00%. По истечении сроков эксперимента (7, 15, 30, 60, 90 и 180 дней) крыс забивали путем декапитации под эфирным наркозом. Тазовые кости исследовали весовым методом. Все полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. Содержание воды в тазовой кости было больше контрольного во все сроки эксперимента соответственно на 4,10%, 7,99%, 9,81%, 11,55%, 21,62% и 6,00%; доля минерального компонента была меньше контрольной с 15 суток на 5,58%, 8,88%, 6,22%, 6,89% и 4,27%, а доля органических веществ – к 60 и 90 дням - соответственно на 4,16% и 12,55%. При имплантации ОК-015 (3-я группа) в тазовой кости содержание воды превосходило значения 2-й группы к 7 и 30 суткам на 8,36% и 4,36%, а к 60 суткам было уже меньше их на 11,53%. Содержание органических веществ к 7 и 30 суткам было меньше значений 2-й группы на 5,74% и 6,42%, а к 60 суткам превосходило их на 12,21%.

Имплантация ОК-015, насыщенного цинком, сопровождалась сглаживанием изменений химического состава костей в условиях эксперимента. В 4-й группе статистически значимые отличия от значений 3-й группы были минимальными. В 5-й группе содержание воды в тазовой кости было меньше значений 3-й группы 7 по 90 сутки эксперимента на 6,40%, 7,04%, 12,87%, 9,57% и 11,40%. Доля органического компонента, напротив, была больше значений 3-й группы с 30 по 90 сутки на 7,52%, 4,96% и 12,55%, а содержание минеральных веществ во все сроки эксперимента - на 5,97%, 6,29%, 8,60%, 4,55%, 3,67% и 2,33%. В 6-й группе с 7 по 30 сутки наблюдалось увеличение доли минеральных веществ в тазовой кости в сравнении с 3-й группой на 4,32%, 4,03% и 7,14%, и доли органических веществ с 7 по 90 сутки - на 2,63%, 6,09%, 3,84%, 6,87% и 15,89%.

Выводы: 1. Нанесение дефекта в большеберцовой кости при условии сохранения функциональной нагрузки на конечность, сопровождается дисбалансом химического состава костей скелета. Это проявляется в увеличении содержания воды и снижении доли минерального компонента, которые выражены вплоть до окончания эксперимента (180 сутки), а также уменьшении фракции органического компонента к 60 и 90 суткам после нанесения дефекта.

2. Имплантация в большеберцовую кость гидроксилapatитного материала ОК-015 сопровождается увеличением содержания воды в тазовой кости, а также снижением содержания органических и минеральных веществ. В ранние сроки (с 7 по 30 день) выявленные отклонения превосходят по амплитуде отклонения в группе с незаполненным дефектом, а в поздние становятся меньше их.

3. Насыщение имплантируемого в большеберцовую кость материала ОК-015 цинком сглаживает негативное влияние условий эксперимента на минеральный состав исследуемых костей. Это проявляется в снижении содержания воды и увеличении содержания органических и минеральных веществ. Оптимальной концентрацией цинка в ОК-015, по нашим данным, является 1,00%.

Захаров А.А., Болгарова А.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ

Цель исследования. Изучить особенности строения шишковидной железы после введения метотрексата в дозировке, приводящей к иммуносупрессии.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на 60 белых беспородных неполовозрелых крысах-самцах массой 60-80 г после однократного введения метотрексата в дозировке 10 мг/м² площади тела. В контрольную группу входили животные, получавшие 0,9% раствор NaCl. Животные выводились из эксперимента после применения препарата на 1, 7, 15, 30 и 60 сутки. Измерялись абсолютная и относительная массы, больший и меньший диаметры органа, его объем. На светооптическом уровне определяли больший и меньший диаметры пинеалоцитов и их ядер, вычисляли их объёмные показатели, а также проводили расчет соотношения светлых и темных клеток.

Результаты исследования. На 7, 15 и 30 сутки после введения препарата наблюдались достоверные отличия от контрольных данных: уменьшение абсолютной массы – на 10,71%, 9,35% и 3,57%, относительной – на 41,67, 27,50% и 45,83% соответственно. Снижение показателя большего диаметра эпифиза составило 4,35% , 6,77% и 4,09%, меньшего – 3,41%, 6,86% и 1,47%, а объема – 7,50%, 5,63% и 2,34%, величина большего диаметра клетки снизилась на 7,09%, 4,36% и 4,95%, меньшего – на 12,18%, 9,13% и 10,23%, объема клетки – на 28,04%, 20,97% и 23,39% соответственно, больший диаметр ядра уменьшился на 8,89%, 12,67% и 11,22% относительно данных контрольной группы животных, меньший диаметр ядра – на 28,72%, 19,63%, 4,79%, объем ядра – на 28,79%, 43,14% и 19,53% в сравнении с аналогичными показателями контрольных крыс. Также наблюдались изменения соотношения численности популяций пинеалоцитов в аналогичные сроки наблюдения. На 1 и 60 сутки параметры статистически значимо не отличались. Полученные результаты указывают на активный ответ со стороны эпифиза на внешнее воздействие.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что эпифиз неполовозрелых крыс, являясь центральным органом эндокринной регуляции, проявляет выраженную реакцию в ответ на иммуносупрессию, что выражается в статистически достоверном синхронном снижении его изученных показателей на 7, 15 и 30 сутки наблюдения, соответственно на 1 и 60 сутки отклонений от животных контрольных групп не было установлено. По-видимому, данный факт объясняется как специфическим влиянием на клеточные митотические процессы антипролиферативных свойств препарата, так и нарушением локальных паракринных и иммунорегуляторных механизмов.

Захаров А.А., Лозыченко В.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ИММУНОСУПРЕССИИ НА СТРУКТУРУ СЕЛЕЗЁНКИ БЕЛЫХ КРЫС НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. В последние годы всё большее внимание уделяется исследованию состояния иммунных органов, включая селезёнку, при различных состояниях организма и под влиянием различных экзогенных факторов. Беременность, являясь естественным физиологическим состоянием, также приводит к умеренному угнетению иммунной системы.

Цель. Изучить изменения морфометрических показателей селезенки крыс в конце 1 недели гестации при иммуносупрессии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 24 самках белых лабораторных крыс 1 недели гестации. В качестве иммуносупрессора был использован метотрексат в дозе 10 мг/м² площади тела. Препарат вводился однократно внутримышечно в начале диэструса.

При жизни у животных проводили забор крови для изучения иммунологических и гормональных показателей: определяли уровни цитокинов (IL-1 β , IL-2, IL-6 и TNF α), а также концентрации прогестерона, эстрадиола, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в плазме крови.

Беременных животных выводили из эксперимента в конце 1 периода гестации с соблюдением действующих этических правил. Устанавливали абсолютную и относительную массу селезенки, объем, линейные параметры. При изучении микроморфометрических показателей определяли: диаметры лимфатического узелка (ЛУ), площади герминативного центра (ГЦ), центральной артерии (ЦА), периартериальной зоны (ПЗ), размеры мантийной и маргинальной зон. Для оценки статистической значимости различий между показателями контрольной и экспериментальных групп использовался U-критерий Манна-Уитни ($p < 0,05$).

Результаты. По данным иммунологических параметров, были установлены достоверные изменения концентрации цитокинов: установлено снижение IL-1 β – на 3,31%, IL-2 – на 4,75%, IL-6 – на 3,9% и увеличение TNF α на 4,03%.

В ходе исследования общий план строения органа не претерпел значительных изменений, однако были зафиксированы отклонения органометрических показателей, а именно: установлено статистически значимое уменьшение абсолютной и относительной масс на 7,27% и 6,13%, показатели линейных размеров были ниже данных контрольной группы: длина – на 6,89%, ширина – на 7,84%, толщина – на 3,32%. Объем органа уменьшился на 7,57% соответственно окончанию 1 недели гестации. При изучении микроморфометрических параметров селезенки было установлено уменьшение диаметров ЛУ по сравнению с контрольной группой на 5,52% и 7,17%, площади ГЦ, ПЗ и ЦА на 2,21%, 3,83% и 2,54% соответственно. Показатели ширины мантийной и маргинальной зоны снизились в те же сроки исследования на 5,14% и 3,69%.

В ходе изучения гормональных показателей было обнаружено достоверное снижение концентрации прогестерона и эстрадиола на 4,93% и 5,18% по сравнению с результатами контрольных животных, а также увеличение содержания фоллитропина и лютропина на 6,21% и 4,25% в плазме крови соответственно окончанию 1 триместра гестации.

Выводы. При иммуносупрессии отмечается активная реакция со стороны селезенки, что проявляется в статистически значимом снижении изученных морфометрических показателей к концу первой недели гестации. Данные, полученные в эксперименте, сопровождаются колебаниями уровней цитокинов и концентрации гормонов в плазме крови, что может указывать на наличие системного ответа на иммуносупрессивное воздействие, оказывающего влияние на структуру селезёнки.

Зверева Е.Е., Кутя С.А., Зяблицкая Е.Ю., Аблаев А.И.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь

НАПРАВЛЕНИЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Цель работы - поделиться опытом внеаудиторной кружковой работы на кафедре анатомии человека в рамках студенческого научного общества (СНО). Студентам интересен широкий спектр направлений. Наиболее востребованы препаровка и подготовка учебных пособий для занятий по анатомии человека. Для изготовления учебных пособий студенты осваивают и технологию разработки моделей органов в лаборатории 3D печати. Для студентов, готовых обучиться навыку работы с лабораторными животными, с научной литературой, интересна помощь молодым ученым, аспирантам, ассистентам и доцентам кафедры, выполняющим диссертационные исследования. Участники заседаний СНО готовят доклады совместно с опытными врачами, освещающие разделы клинической анатомии. В лаборатории патоморфологии студенты осваивают методы морфологических исследований. Антропологические и антропометрические работы выполняются в анатомическом музее кафедры и при изучении коллекций ископаемых черепов. В связи с тем, что здание кафедры анатомии имеет богатую историю, студенты принимают участие в оформлении музеев на кафедре, посвященных историческим событиям (музей истории медицины в период Крымской войны и деятельности Н.И. Пирогова, музей В.Ф. Войно-Ясенецкого). Также интересна работа с первоисточниками 19-20 веков в государственном архиве Республики Крым, в архивах научных трудов и рукописей анатомов. Проводятся встречи с родственниками выдающихся анатомов, помощь в уходе за памятниками и волонтерская работа. Не менее интересно посещение музеев истории медицины в аспекте анатомических знаний, участие в краеведческих мероприятиях. Более 80 лет проводятся ежегодные научные конференции университета, более 20 лет - конференции кафедры, студенческие олимпиады, интеллектуальные игры. Совместно с преподавателями студенты участвуют в подготовке видеовизиток и публикаций для прессы о музейных экспозициях кафедры и выставок, приуроченных к годовщинам важных событий региона. Ряду студентов интересно участие в конференциях и других мероприятиях библиотек (научная библиотека университета, научная библиотека Центрального Музея Тавриды, Президентская библиотека в Крыму, Центральная Республиканская Научная библиотека); работа с патристическими и поисковыми отрядами, археологическими группами. Студенты принимают участие в мероприятиях, проводимых Симферопольской и Крымской Епархией Русской православной церкви. С 2020 года очень активно проводится работа со школьниками: экскурсии и конкурсы, занятия по дополнительным программам.

Землянский И.Л., Шермолаев Б.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ

Острый аппендицит и послеоперационная грыжа, достаточно распространенные заболевания в хирургической практике. Однако, их сочетание очень редкое, статистические данные свидетельствуют лишь о тысячных процентах. При этом диагностика послеоперационной грыжи и выбор лечебной тактики не вызывают затруднений у хирурга, в то время как дифференциальная диагностика острого аппендицита не редко представляет особую сложность.

Принимая во внимание отсутствие достаточной информации в специальной литературе, нами представлен клинический случай деструктивного аппендицита с расположением червеобразного отростка в послеоперационной вентральной грыже у возрастной пациентки.

Наличие у таких больных невправимой инцизионной вентральной грыжи с болевым синдромом может приводить к ошибочной диагностике состояний, не требующих экстренной операции, что влечет за собой развитие тяжелых гнойно-септических осложнений.

Больная М., 82 лет поступила в приемное отделение ГБУЗ «ЛГМБ № 3» ЛНР 23.08.2023 года через сутки после начала заболевания с жалобами на боли в животе, тошноту, отсутствие аппетита, общую слабость.

Считает себя больной с 19.08.2023 года, когда впервые почувствовала дискомфорт и небольшие боли в области выпячивания передней брюшной стенки, слабость, снижение аппетита. Прежде ее беспокоили подобные периодические, непродолжительные, умеренные боли. Однако симптомы постепенно нарастали. 22 августа боли приобрели постоянный характер и высокую интенсивность.

При осмотре определено: состояние больной средней тяжести, в сознании, адекватна. ЧДД 20 в мин., ЧСС 94 в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Язык подсыхает. В области послеоперационного рубца передней брюшной стенки от срединной лапаротомии определяется грыжа размерами 15×10 см. При пальпации грыжевое выпячивание эластической консистенции, невправимое, болезненное. Живот в целом не вздут, несколько отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется тимпанит, перистальтика ослаблена. Стула не было 3-е суток, дизурических явлений нет. Per rectum: тонус сфинктера снижен, ампула не расширена, свободна, на перчатке следы оформленных каловых масс коричневого цвета.

На обзорной рентгенограмме ОБП определяются гиперпневматоз и сомнительные единичные чаши Клойбера.

При ультразвуковом исследовании в зоне интереса визуализируются ОЖС и ограниченной подвижности гетерогенное образование с признаками воспаления полого органа.

Пациентка прооперирована. Вскрыт грыжевой мешок, выделено до 50,0 мл серозного экссудата. При ревизии определено, что его содержимым являются жизнеспособные петли подвздошной кишки до 2 см в диаметре, выражен спаечный процесс между грыжевым содержимым и грыжевым мешком. Висцеролиз. Обнаружен червеобразный отросток длиной до 16 см. Отросток напряжен, утолщен, покрыт фибрином, с локальными участками некроза. Произведена аппендэктомия. Перистальтика кишечника восстановилась на операционном столе. Брюшная полость дренирована. Выполнена герниопластика по Сапежко, швы на кожу. Послеоперационный период протекал гладко. Больная в удовлетворительном состоянии выписана на 12-е сутки.

Наиболее оптимальным методом диагностики острой абдоминальной хирургической патологии является общий клинический осмотр пациента в сочетании с ультразвуковым исследованием, считаем данный диагностический прием методом выбора, прогнозирующим благоприятный клинический исход.

*Зенин Т.Т., Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н., Кузьмин И.С., Аун С.Ю.,
Цветков И.С., Беликов А.Н.*

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА, КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ III СТАДИИ

Цель исследования – провести оценку факторов сердечно-сосудистого риска и когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у больных гипертонической болезнью III стадии с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. Обследовано 50 (мужчин 35, женщин 15, средний возраст $69,0 \pm 8,71$) больных верифицированной гипертонической болезнью III стадии с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) на базе ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер». У пациентов изучали следующие факторы: возраст, образование, табакокурение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, избыточная масса тела, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии. Все больные получали показанную гипотензивную терапию. Когнитивные функции исследовали с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), Монреальской шкалы (MoCa), для изучения выраженности эмоционально-волевых расстройств применяли шкалу депрессии Бека. Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Данные представлены в виде абсолютной (абс.) величины и процентного (%) соотношения, средней (M) \pm стандартного отклонения (SD), для сравнения применяли критерий - χ^2 .

Результаты. По возрасту и количеству мужчины и женщины не различались. Среднее образование имели 19 (38,0%) чел, из них мужчины – 14 (28,0%) и женщины – 5 (10,0%). Средне-специальное образование отмечали 5 (10,0%) чел, только мужчины. Высшее образование зарегистрировалось у 26 (52,0%) чел, из них у мужчин – 16 (32,0%), женщин – 10 (20,0%).

Отягощенную наследственность по сердечно-сосудистой патологии отмечали 34 (68,0%) чел, табакокурение 19 чел (38,0%), употребление алкоголя – 15 (30,0%), гиподинамию – 24 (48,0%), избыточную массу тела - 14 (28,0%). Различий по наличию ФР мужчины и женщины не имели.

При оценке когнитивного статуса с использованием шкалы MMSE установлено, что преддементные нарушения имелись у 21 (42,0%) чел из них у 16 (76,0%) мужчин и 5 (24,0% $\chi^2 p=0,032$ по отношению к мужчинам) женщин, деменция легкой степени наблюдалась у 2 (4,0%) чел, поровну у мужчин и женщин. При исследовании с применением Моса-теста снижение когнитивных функций отмечали у 31 (62,0%) чел, у мужчин – 20 (54,0%), у женщин 11 (35,4%). Эмоционально-волевые расстройства определяли по шкале Бека, установлено, что эти нарушения обнаружены в 19 (38,0%) случаях, у 11 (57,9%) мужчин и 8 (42,1%) женщин, субдепрессия присутствовала у 12 (24,0%) чел, умеренная у 6 (12,0%) чел, выраженная у 1 (2,0%), по полу эти изменения не различались. Диагноз энцефалопатии пациентам не был установлен.

Выводы

1. У больных гипертонической болезнью III стадии с постинфарктным кардиосклерозом наиболее часто отмечается высшее образование (52,0%), отягощенная наследственность (68,0%), гиподинамия (48,0%).

2. У больных гипертонической болезнью III стадии с постинфарктным кардиосклерозом чаще выявляются снижение когнитивной функции (62,0%, Моса-тест), преддементные изменения (42,0%, MMSE-тест), реже эмоционально-волевые нарушения (38,0%) и субдепрессия (24,0%).

3. Преддементные нарушения статистически значимо чаще наблюдаются у мужчин, чем у женщин.

Зенченков И.П., Найденко И.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Институт физической культуры и спорта, Донецк

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНЫХ КОРРЕКЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ С МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ПЛОСКОСТОПИИ

Распространённость случаев диагностики плоскостопия у контингента школьников возрастной группы 7-11 лет составляет в среднем около 55%. Отмечен прогрессивный рост данного показателя от 52,2% у учащихся первых классов, до – 67,3% у школьников выпускных классов. Среди диагностированных форм плоскостопия лидирует продольное плоскостопие (90%) различной степени тяжести, преимущественно приобретенной этиологии, так как врожденное плоскостопие встречается у детей крайне редко (5%). Доказано: интенсивная динамика прироста распространённости плоскостопия у школьников отмечена для функциональных предвестников фиксированных деформаций стопы (80% случаев). Что обосновало научный вывод: в основе развития и прогрессирования плоскостопия у детей значительную роль играет фактор гипокинезии, которая усугубляется в процессе школьного образования. В этой связи, значителен вывод исследователей о том, что существующая программа по физическому воспитанию (ФВ) для общеобразовательных учебных заведений в полной мере не позволяет ребенку, имеющему дисфункцию стопы полноценно восстановить свое здоровье. Патология прогрессирует, угрожая гармоничному физическому развитию ученика, способствуя развитию сочетанных патологий ОДА. Изложенное, побудило нас к разработке методики коррекционно-оздоровительных занятий (КОЗ) с контингентом младших школьников, которая была реализована в условиях школьного образования (урочные и внеурочные формы) и повседневной жизни ребенка (внешкольные формы реабилитации).

Комплексная программа коррекционно-оздоровительных занятий с 30 учениками 3-4 классов (9-10 лет) с диагностированным продольным плоскостопием (I, II степени), которые составили экспериментальную группу (ЭГ) была апробована нами в условиях их повседневной жизни (32 недели). Программа КОЗ с детьми ЭГ реализовывалась по трем периодам. Ее структура была представлена комплексными кинезиологическими формами реабилитации:

1) урочные формы: 3 урока по ФВ (лечебная физическая культура (ЛФК) в неделю по программе специальной медицинской группы (СМГ));

2) внеурочные формы реабилитации – утренняя гигиеническая гимнастика (УГГ) - 15 мин. – ежедневно;

3) комплексы суставной лечебной гимнастики для суставов стоп и голени (ЛГ) – ежедневно;

4) кинезиологические комплексы для укрепления «мышечно-сухожильной лямки» стопы и голени – в свободные от ЛФК дни);

5) рациональный ортопедический режим и режим двигательной активности ребенка;

6) процедуры массажа нижних конечностей – курсом (в домашних условиях).

Особенность опробованной программы КОЗ с детьми ЭГ заключалась в обоснованной возможности комплексной и максимально индивидуальной коррекции у участников эксперимента: нарушенной конфигурации стоп; дисбаланса в работе мышечно-суставной лямки стопы и голени; увеличенной статодинамической нагрузки на стопы; измененного стереотипа походки. При параллельном улучшении у детей ЭГ показателей физического развития, аэробной производительности, что создавало условия для их оздоровления и гармоничного физиологического роста развития. Эффективность апробации авторской программы КОЗ с детьми ЭГ была подтверждена экспериментально, путем сравнения исходных и контрольных данных их углубленного медицинского обследования. Констатирован достоверный реабилитационный эффект: улучшение рессорно-опорных и амортизационных свойств стоп; усиление силы мышц голени; укрепление «мышечно-сухожильной лямки» стопы и голени; улучшение биомеханического профиля осанки; снижение индекса массы тела; индекса Руфье, свидетельствовавшего об оздоровлении детей.

Зерний О.П., Черныш В.Ю., Донченко Л.И., Юдин В.А., Мечетной А.Ю.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Введение. Проблема профилактики гнойно-воспалительных осложнений открытых переломов костей голени продолжает оставаться актуальной. Это определяется как достаточно высокой частотой открытых переломов данного сегмента, так и некоторыми анатомическими особенностями голени, требующими особого внимания к возможности возникновения трофических расстройств, локальных нарушений кровообращения и т.п. При переломах костей голени нарушения консолидации, инфекционные осложнения, контрактуры и посттравматические деформации являются наиболее частыми причинами инвалидизации больных.

Цель исследования: изучить некоторые гематологические и иммунологические показатели крови пострадавших с открытыми переломами костей голени с точки зрения возможности их использования для раннего прогнозирования нарушения консолидации перелома и гнойно-воспалительных осложнений.

Материалы и методы исследования. Проанализированы материалы лечения 70 пострадавших с открытыми переломами диафизарной части обеих костей голени. Отбор проведен методом случайной выборки среди пациентов РТЦ МЗ ДНР. Всем пациентам был выполнен наружный чрескостный остеосинтез (ЧКО) аппаратом внешней фиксации (АВФ) спицевого или спице-стержневого типа на протяжении первых суток после травмы. Помимо проведенного оперативного лечения, все пострадавшие получали стандартные назначения: обезболивание, антибактериальная терапия, перевязки. У всех пострадавших на 4-е и на 15-е сутки после травмы была взята кровь для проведения лабораторных анализов. В дальнейшем в сроки 5-6 месяцев после травмы проводился контрольный осмотр для оценки результатов лечения. По результатам контрольного осмотра в сроки 5-6 месяцев после травмы все пациенты были разделены на 3 группы: 1) группа 1 - консолидация переломов в среднестатистические сроки ($n=24$); 2) группа 2 - замедленная консолидация перелома (или констатация формирования ложного сустава) ($n=28$); 3) группа 3 - развитие гнойно-воспалительных осложнений ($n=18$). В работе использованы показатели числа эритроцитов, лейкоцитов, включая лимфоциты со стандартным набором CD-маркеров, а также фагоцитоза нейтрофилов. Контролем для изучения показателей эритроцитов и клеточного иммунитета служили данные здоровых доноров крови ($n=15$).

Результаты исследования. Установлено, что к четвертым суткам послеоперационного периода только у пациентов первой группы происходило восстановление изученных показателей. В группах 2 и 3 сохранялась умеренная анемия и определялось снижение активности фагоцитоза. При сравнении с показателями клеточного иммунитета доноров и пациентов группы 1, отмечено снижение данных показателей в группах 2 и 3, что может быть расценено как признаки иммунодефицита у этих больных. Изучение данных анализов, проведенных на 15-е сутки после травмы показало, что у пациентов группы 1 изученные показатели эритроцитов и клеточного иммунитета восстанавливались до уровня нормы. У пациентов групп 2 и 3 значения изученных иммунологических показателей к 15-м суткам после травмы к норме в полной мере не возвращались. При этом между группами 2 и 3 стали отмечаться более выраженные различия по ряду показателей, чем это было отмечено на 4-е сутки. Восстановление шло быстрее в группе 2 (нарушения консолидации без признаков инфекционного процесса), чем в группе 3 (гнойно-воспалительные осложнения).

Вывод: показатели эритроцитов, клеточного иммунитета (соотношение субпопуляций лимфоцитов) и фагоцитоза, изученные в динамике на 4-е и 15-е сутки после травмы, могут быть использованы для разработки методики прогнозирования осложнений у пострадавших с открытыми переломами костей голени.

Зиновкин Д.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ ВАСКУЛОГЕННОЙ МИМИКРИИ, ПЛОТНОСТИ CD146+ И CD105+ МИКРОСОСУДОВ В ПРОГНОЗЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Введение. Определение микрососудов имеет решающее значение в микроокружении опухоли для злокачественных опухолей различных локализаций. Однако, на сегодняшний день отсутствуют работы о роли специфических маркеров микроциркуляторного русла прогнозе эндометриоидной аденокарциномы (ЭА) тела матки.

Целью данного исследования являлось изучение роли васкулогенной мимикрии (ВМ), плотности CD146+ и CD105+ микрососудов в клиническом прогнозе ЭА.

Материалы и методы. Было проанализировано 188 случаев ЭА с выявлением каналов ВМ и микрососудов с помощью окрашивания PAS/CD31, CD146 и CD105 антителами. Проводился подсчет количества ВМ и микрососудов в 5-и неперекрывающихся полях зрения, с последующим расчетом количества в 1мм². Для сравнения исследуемых групп по оцениваемым критериям использовались тесты Манна-Уитни и Фишера. ROC-анализ включал определение доверительного интервала (ДИ) и площади под ROC-кривой. Для анализа безрецидивной выживаемости использовался тест Мانتела-Кокса. Мнофакторный анализ пропорциональных рисков Кокса (HR) проводился с использованием пошаговой регрессии.

Результаты. Результаты показали, что каналы ВМ и микрососуды CD146 и CD105 были значительно выше ($p < 0,0001$) в случаях с неблагоприятным прогнозом. После проведения ROC-анализа CD146+ сосудов было установлено, что площадь под кривой составила 83,8% (95% ДИ, 77,8 - 89,8; $p < 0,0001$). Чувствительность, специфичность и пороговое значение показателя составили 76,3% (95% ДИ, 68,9 - 82,4), 82,5% (95% ДИ, 68,1 - 91,5) и 43,1 сосуда/мм². ROC-анализ количества CD105+ сосудов показал, что площадь под кривой составила 91,5% (95% ДИ, 87,2 - 95,9; $p < 0,0001$). Чувствительность составила 73,6% (95% ДИ, 66,0 - 80,0), специфичность - 97,5% (95% ДИ, 87,1 - 99,8), а пороговое значение индекса - 78,2 сосуда/мм². Однофакторный анализ показал, что CD105+-микрососуды (HR = 1,037; 95% ДИ 1,023-1,050; $p < 0,001$), CD146+-микрососуды (HR = 1,069; 95% ДИ 1,041-1,098; $p < 0,001$) и ВМ (HR = 1,069; 95% ДИ 1,041-1,098; $p < 0,001$) играют роль в выживаемости пациентов с ЭА. Однако многофакторный регрессионный анализ пропорциональных рисков Кокса показал, что ключевую роль в выживаемости играют только CD146+ микрососуды (HR = 1,030; 95% ДИ 1,007-1,050; $p = 0,001$) и ВМ (HR = 1,114; 95% ДИ 1,034-1,200; $p = 0,005$).

Заключение. В данном исследовании впервые продемонстрировано, что ВМ, CD146 и CD105-позитивные сосуды играют роль в прогнозе ЭА, что позволяет предположить их роль в качестве независимых прогностических показателей и мишеней для антиангиогенной терапии.

Работа была выполнена в рамках гранта БРФФИ-НФЕНК № 20230285 от 10.03.2023 «Васкулогенная мимикрия и проангиогенная активность в опухолевом микроокружении под действием vCAF при раке эндометрия».

Зинченко Е.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 10-Е СУТКИ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ

Современная медицина активно исследует возможности применения аллогенных мезенхимальных стволовых клеток (АМСК) для регенерации костной ткани. Внутривенное введение АМСК представляет собой перспективный подход, способствующий восстановлению минерального состава костей после травматических повреждений. Понимание механизмов действия АМСК на костную ткань может открыть новые горизонты в области ортопедии и травматологии, а также способствовать улучшению клинических результатов у пациентов с костными дефектами. В рамках данной работы мы рассматриваем изменения в минеральном составе плечевых костей как индикатор эффективности терапии с использованием мезенхимальных стволовых клеток.

Цель исследования. Установить изменения минерального состава плечевых костей белых крыс после нанесения дефекта в большеберцовых костях (ББК) и внутривенном введении АМСК на 10 сутки после операции.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 72 самца белых крыс с массой тела 198-229 г. Из полостей ББК подопытных животных, путем промывания их питательной средой, получали клетки костного мозга, затем помещали их в среду «Игла-МЕМ» с L-глутамином, 10% сывороткой эмбрионов коров и антибиотиком, культивировали четырнадцать суток в условиях CO₂-инкубатора со сменой среды 1 раз в семь дней. Культуру клеток фенотипировали непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью маркеров к АМСК. Животных распределили на три группы: группа А - контрольные животные, группа В - крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,0 мм в зоне проксимального отдела диафиза обеих ББК без введения АМСК, группа С – животные, которым на 10-е сутки после хирургического вмешательства внутривенно вводили, по 5x10⁶ АМСК. Через 15, 30, 60 и 90 суток после операции животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом, выделяли плечевые кости (ПК). Химическое исследование костей состояло в определении содержания органических, минеральных веществ и воды, которые высчитывали весовым методом, после высушивания в сушильном шкафу до постоянного веса при 105о С, влажность определяли путем сравнения веса влажной и сухой костей. После чего, исследуемые кости пережигали в муфельной печи при температуре 4500 в течении 12 часов, для удаления органической составляющей. Все вычисления и параметры приведены в соответствии с международной системой единиц, полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Нанесение дефекта ББК сопровождалось дестабилизацией минерального состава ПК с 15 по 60 сутки с максимальными проявлениями на 30 сутки после операции.

Содержание воды в ПК с 15 по 30 сутки, после операции, оставалось больше группы контроля на 13,91% и 5,04%. Одновременно, содержание минеральных веществ в исследуемых костях группы С оставалось меньше показателей контрольной группы на 8,07% и 3,03%. В свою очередь, содержание органических веществ от значений группы А отличалось лишь к 15 суткам после операции и было меньше их на 3,78%. Содержание минеральных веществ в группе С было больше по сравнению с группой В с 30 по 90 сутки на 3,02%, 3,99% и 3,25%. В результате преобладания содержания минеральных и органических веществ, можно наблюдать уменьшение содержания воды с 30 по 90 сутки на 5,99%, 7,29% и 6,00%.

Выводы. Нанесение дефекта ББК приводит к дестабилизации минерального состава ПК. В свою очередь, внутривенное введение МСК на 10-е сутки после нанесения дефекта способствовало более быстрому восстановлению минерального состава исследуемых костей.

Знагован С.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА СТАРШИХ КУРСАХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Стрессоустойчивость представляет собой способность человека реагировать на любые изменения, какой бы характер – длительный или мгновенный – они не носили; т.е. это умение целесообразно действовать в нестабильных, критичных ситуациях. Стрессоустойчивость наиболее ярко проявляется во взаимоотношении с другими людьми и выступает важным компонентом психологической подготовленности студентов к будущей профессиональной деятельности. Для будущих медиков стрессоустойчивость имеет особое значение, поскольку врачи в процессе своей работы часто подвергаются воздействию разнообразных стресс-факторов, принимая решения, от которых зависит жизнь и здоровье пациентов.

Целью нашей работы было определить уровень стрессоустойчивости студентов старших курсов медицинского университета. В исследовании приняло участие 100 студентов 5-6 курсов (из них 28 юношей и 72 девушки в возрасте от 22 до 25 лет), обучающихся в ФГБОУ ВО «ЛГМУ им.Свт.Луки» Минздрава России. Онлайн-анкетирование проводили по опроснику измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т. А. Немчинова. При суммарной оценке ответов респондентов, утверждения на 40–50 баллов рассматривались как показатель очень высокого уровня тревоги (с прогнозом развития дистресса); 25-40 баллов свидетельствовали о высоком уровне тревожности; 15–25 баллов – о среднем уровне (оптимальный баланс между стрессоустойчивостью и эмоциональной отзывчивостью); 5–15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0–5 баллов – о низком уровне тревожности (высокая стрессоустойчивость). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программы Excel.

Анализируя результаты опроса, нами было выявлено, что треть опрошенных студентов имеет высокую стрессоустойчивость, еще треть анкетированных, склонны к благоприятному балансу стрессоустойчивости и эмоциональной отзывчивости. В то же время, у 27% респондентов был выявлен высокий уровень тревожности, а у 6% анкетированных с высоким уровнем тревоги даже можно прогнозировать развитие дистресса.

При сравнении результатов исследования среди юношей и девушек 5 курса было выявлено, что более высокий уровень стрессоустойчивости демонстрируют юноши: 69% против 61% у девушек, склонность же к развитию дистресса у юношей составляет 5% против 11% у девушек.

Сравнение результатов исследования студентов 6 курса показало, что треть юношей (29%) демонстрирует высокую стрессоустойчивость против 22% девушек, остальные юноши (71%) склонны к благоприятному балансу стрессоустойчивости и эмоциональной отзывчивости, в то время как у девушек эта группа составляет 50%. В то же время почти треть шестикурсниц (28%) проявляет высокий уровень тревожности.

В целом, если провести сравнение между стрессоустойчивостью юношей и девушек, можно сделать вывод, что среди опрошенных девушек преобладают лица с более высоким уровнем тревожности по сравнению юношами (31% против 15%), Средний уровень тревожности характерен для 52% анкетированных девушек против 82% опрошенных юношей.

Результаты проведенного исследования показывают, что среди анкетированных студентов старшекурсников ФГБОУ ВО «ЛГМУ им.Свт.Луки» Минздрава России наиболее распространен благоприятный баланс стрессоустойчивости и эмоциональной отзывчивости. Среди опрошенных девушек преобладают лица с более высоким уровнем тревожности, у которых с большей вероятностью можно прогнозировать развитие дистресса. Для снижения уровня тревожности рекомендуются общие принципы борьбы со стрессом, такие как: соблюдение режима дня, дыхательная гимнастика, здоровый сон, физическая активность, релаксация, полноценное питание и т.д. Кроме того, полученные данные можно использовать при выборе будущей врачебной специальности. Так, лицам с высокой стрессоустойчивостью, стоит задуматься о специальности, связанной с повышенным уровнем стресс-факторов: хирургия, анестезиология и реанимация. Лицам с низкой стрессоустойчивостью, высоким уровнем тревожности, возможно следует рассматривать специальности с оптимальным уровнем стресса, например клиническая лабораторная диагностика, физиотерапия и т.д.

Зокиров Н.З., Алиева Э.И., Краснов А.В.

ФГБУ «Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России», Москва

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПОДРОСТКОВ

Актуальность.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к функциональным расстройствам органов пищеварения, протекающим с абдоминальной болью. В последние годы наблюдается увеличение распространенности функциональных заболеваний органов пищеварения среди подростков, в том числе и СРК. По данным литературы распространенность СРК у подростков составляет от 0,6% до 25,7%, но сопоставление результатов эпидемиологических исследований затруднено, из-за использования разных диагностических критериев для выявления данного расстройства. В одних исследованиях для выявления СРК были использованы специальные анкеты, которые заполняли дети и их родители, а в других применяли большой набор диагностических инструментов. Следует

отметить, что в исследованиях, сравнивающих надежность диагностики,

продемонстрированы заметные различия между диагнозом независимого врача и сообщением ребенка или родителя о диагностических симптомах. Таким образом, исследование распространенности СРК у подростков не только актуально, но и необходимо для разработки эффективных методов диагностики, лечения и профилактики данного состояния.

Цель исследования.

Установить распространенность синдрома раздраженного кишечника у детей подросткового возраста по данным анализа электронных медицинских карт.

Материалы и методы.

Было проведено одномоментное ретроспективное исследование электронных медицинских карт подростков, прикрепленных к детской поликлинике города Долгопрудный. На момент проведения анализа к детской поликлинике было прикреплено 10840 детей в возрасте от 10 до 17 лет. С помощью электронного запроса в систему единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) Московской области были идентифицированы все подростки, у которых в карте установлен диагноз с кодом K58 Синдром раздраженного кишечника.

Результаты и обсуждение.

Проанализировав электронные медицинские карты, мы выявили всего 16 детей, которым был установлен диагноз СРК, что составило 0,15% от общего числа подростков. Из них 8 мальчиков и 8 девочек. Наши результаты показали более низкую распространенность СРК среди подростков по сравнению с другими эпидемиологическими исследованиями. Это может быть обусловлено тем, что в большинстве других исследований для изучения распространенности были использованы специальные опросники, которые анализировали

наличие характерных симптомов у подростков. Следует отметить, что не все дети, имеющие данные симптомы обращаются за медицинской помощью к врачу. В нашу же выборку включены только те подростки, которым после проведенного обследования был установлен диагноз СРК.

Кроме того, из-за схожести симптомов СРК с другими заболеваниями, врачи-педиатры могут неправильно их интерпретировать и ставить другой диагноз, используя иной код МКБ10 в медицинской карте. Примечательно, что всем 16 подросткам диагноз СРК был установлен гастроэнтерологом. Все вышеперечисленные факторы могут способствовать недооценке распространенности СРК среди подростков.

Заключение.

Полученные результаты подчеркивают важность проведения дополнительных исследований для более глубокого понимания причин низкой выявляемости СРК среди подростков.

Зокиров Н.З., Смирнова А.И.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва
ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ, Москва
ФГБУ «Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России», Москва

ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Актуальность. Учитывая широкую распространенность пиелонефрита в детском возрасте, часто с затяжным и рецидивирующим течением, с развитием в будущем осложнений, вплоть до хронической почечной недостаточности, имеется необходимость использования комплексного, малоинвазивного и низкодозового исследования функции почек. Радиоизотопная диагностика в течении хронических пиелонефритов является основным методом оценки функции почек, позволяющая обнаружить нарушение их функции на ранних этапах заболевания, когда другие методы еще малоинформативны. Основными преимуществами данных методов являются относительная несложность, высокая воспроизводимость и необременительность для пациента.

Цель исследования. Оценить изменения почечной ткани по данным нефросцинтиграфии у детей с первичным и вторичным пиелонефритом.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с хроническим пиелонефритом. Все пациенты прошли полное нефроурологическое обследование с оценкой фильтрационной функции почек и проведением инструментальных и лучевых методов диагностики, такие как ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, внутривенная урография, микционная цистография и нефросцинтиграфия. По результатам обследования пациенты разделены на 2 группы. В первой группе (n-35 человек), дети с первичным пиелонефритом, а во второй группе (n-45 человек) – дети с вторичным пиелонефритом. Сравнение производилось по трем показателям нефросцинтиграфии: общий индекс интегрального захвата, степень диффузно-очаговых изменений и общий объем функционирующей паренхимы.

Результаты. У детей из первой группы, с первичным пиелонефритом, по результатам проведенной нефросцинтиграфии общий индекс интегрального захвата был в норме у 15 пациентов (42,9%), а у 20 пациентов (57,1%) отмечено снижение данного показателя. Выявленные диффузно-очаговые изменения умеренной степени отмечены у 14 пациентов (40%), средней степени у 17 пациентов (48,6%), выраженные изменения у 2 пациентов (5,7%). У 5 пациентов (5,7%) из первой группы с первичным пиелонефритом, отсутствовали какие-либо изменения по результатам обследования и очаговых изменений обнаружено не было. Объем функционирующей паренхимы почек в 1й группе был снижен у 20 пациентов (57,1%) и не снижен у 15 пациентов (42,9%).

Во 2й группе пациентов со вторичным пиелонефритом, общий индекс интегрального захвата был снижен у 28 детей (62,2%), у 17 детей (37,8%) из данной группы этот показатель оставался в пределах нормальных значений. Диффузно-очаговые изменения умеренной степени выраженности выявлены у 12 пациентов (26,7%), средней степени у 23 пациентов (51,1%) и выраженные изменения у 10 пациентов (22,2%). Общий объем функционирующей паренхимы почек был снижен у 28 детей (62,2%) и оставался в пределах нормальных значений у 17 детей (37,8%).

Заключение. Результаты проведенных исследований позволяют нам подтвердить тот факт, что у пациентов с хроническим пиелонефритом в обеих группах отмечаются нефросклеротические изменения по данным нефросцинтиграфии, за исключением 2 пациентов с первичным пиелонефритом, у которых данных изменений не обнаружено. Нами также выявлено, что степень выраженности диффузно-очаговых изменений и снижение объема функционирующей паренхимы почек более выражены у пациентов со вторичным пиелонефритом.

Зокиров Н.З., Смирнова А.И.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва
ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ, Москва
ФГБУ «Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России», Москва

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Инфекция мочевыводящих путей в настоящее время остается одной из самых распространенных инфекций в детском возрасте. Учитывая, что клиническая картина инфекции мочевыводящих путей достаточно разнообразна, и не всегда характерна, особого внимания должна заслуживать тщательная оценка клинической картины заболевания, которая может существенно варьироваться у детей различных возрастных групп, и лабораторная диагностика, так как несвоевременная постановка диагноза может приводить к прогрессирующему повреждению почек.

Цель исследования: оценить и сравнить клиничко-лабораторные проявления инфекции мочевыводящих путей у детей в разных возрастных группах.

Пациенты и методы. В исследование было включено 188 пациентов с инфекцией мочевыводящих путей в возрасте от 0 до 7 лет. Всем больным проведено полное нефроурологическое обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, УЗИ мочевого пузыря и мочевыводящих путей. К критериям постановки диагноза относились лейкоцитурия (более 10 лейкоцитов в поле зрения или более 25 в 1 мкл мочи) и диагностически значимая бактериурия (более 100 000 колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 мл мочи из средней струи или более 50 000 КОЕ в 1 мл при заборе мочи методом катетеризации). Пациенты были распределены на 3 возрастные группы. В первую группу вошли дети до 1 года ($n = 60$), во вторую группу дети в возрасте от 1 года до 3х лет ($n = 84$), в третью группу – пациенты от 4х до 7 лет ($n = 44$). Из клинических проявлений оценивались: лихорадка выше 38°C , интоксикационный синдром, болевой синдром (боли в животе или пояснице); к лабораторным проявлениям отнесены - лейкоцитурия, протеинурия, гематурия.

Результаты. У пациентов 1й группы (дети до 1 года) лихорадочный синдром отмечался в 90% (54 пациента), интоксикация у 81,6% (49 пациентов), болевой синдром у 30% (18 пациентов); а по данным лабораторных проявлений – лейкоцитурия зафиксирована в 100% случаев, протеинурия в 83,3% (50 пациентов), гематурия в 30% случаев (у 18 пациентов).

У пациентов 2й группы (дети от 1 г до 3х лет) – лихорадка в 95,2% случаев (80 пациентов), интоксикация в 77,3% (65 пациентов), болевой синдром в 54,7% (46 пациентов). В лабораторных проявлениях, в 100 % случаев зафиксирована лейкоцитурия, в 83,7% (70 пациентов) – протеинурия, в 47,6% (40 пациентов) – гематурия.

В 3й группе (дети от 4х до 7 лет) – лихорадочный синдром отмечен у 88,6% (39 пациентов), интоксикационный синдром у 65,9% (29 пациентов), болевой синдром у 77,2% (34 пациента). По лабораторным данным – лейкоцитурия определялась в 100% случаев, протеинурия в 47,7% (21 пациент), гематурия в 54,5% (24 пациента).

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ клинических и лабораторных проявлений инфекций мочевыводящих путей, наблюдаемых нами детей, показал стабильно повышенные показатели лихорадочного и интоксикационного синдромов, лейкоцитурии и протеинурии независимо от возраста пациентов. Также, отмечено, что с возрастом наблюдается тенденция к нарастанию гематурии и болевого абдоминального синдрома.

Золотаревская М.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИМУНОФАНА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЖИВОТНЫХ

Важнейшей задачей современной педиатрии является повышение эффективности лечения детей с хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, инфекционными заболеваниями и злокачественными новообразованиями системы крови. Главную роль в развитии данной патологии играют иммунологические изменения, в частности, незрелость механизмов адаптации, нарушение межклеточных взаимодействий и недостаточность резервных возможностей различных звеньев иммунной системы. Для профилактики и лечения иммунодефицитных состояний различной этиологии применяют имунофан - препарат тимического происхождения, который способствует восстановлению врожденных и приобретенных нарушений клеточного и гуморального иммунитета и стимулирует противоопухолевую защиту организма. Поскольку селезенка играет важную роль в развитии иммунного ответа, изучение морфологических изменений в данном органе может дать оценку иммуномоделирующему действию имунофана на органном уровне.

Исследования проведены на 36 неполовозрелых крысах мужского пола с начальной массой 40-45 г. Вводили имунофан как иммуномодулятор по 50 мкг/кг массы тела внутримышечно на 1, 3, 5, 7, 9 сутки. Интактные неполовозрелые крысы служили контролем. Животных выводили из эксперимента с помощью эфирного наркоза, селезенку забирали через 7, 30 и 90 суток после окончания введения препарата.

Применение имунофана у неполовозрелых животных вызывает значительное снижение массы селезенки на 27,6% (7 сутки), 27,5% (30 сутки) и 14,9% (90 сутки) по сравнению с контрольной группой. Такие значительные изменения массы селезенки при всех сроках наблюдения, сохранение данных изменений в поздние сроки наблюдения, могут свидетельствовать о выраженном иммунном ответе неполовозрелых крыс после введения имунофана.

Золото Е.В., Томачинская Л.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Лечебные физические факторы (ЛФФ) играют важную роль в комплексной терапии, направленной на сохранение репродуктивной функции девочек-подростков. Они оказывают многостороннее влияние на организм, нормализуя функцию всех органов и систем, что существенно по отношению к больным с нарушением менструального цикла (НМЦ). Кроме того, ЛФФ обладают длительным последействием – продолжением физиологической реакции после прекращения процедур, что позволяет значительно продлить лечебный эффект проводимой терапии. Период последействия для грязелечения составляет 6 месяцев; бальнеотерапии, парафина, озокерита – 4 месяца; ультразвука – 3 месяца, остальных преформированных факторов – 2 месяца.

Физиотерапевтические методики прекрасно сочетаются с приемом лекарственных препаратов (ЛП), потенцируя их действие, что позволяет в ряде случаев снизить дозу фармакологического вещества. Кроме того, сочетанное воздействие постоянных токов и лекарств (электрофорез) обеспечивает пролонгированный эффект действия препаратов, благодаря образованию депо лекарственных веществ, а также доставку их из депо в патологический очаг путем диффузии и осмоса (по межклеточным пространствам). Этот механизм весьма важен в виду того, что в ряде случаев вследствие нарушения кровообращения доставка ЛП гематогенным или лимфогенным путем весьма проблематична.

При назначении физиотерапевтического лечения необходимо получить четкое представление о состоянии гормональной функции яичников каждой пациентки. При неизменной их функции можно назначать любые ЛФФ. При гипоестрогении (что характерно для большинства пациенток с данной патологией) следует применять эстроген-стимулирующие методы. К ним относятся грязи, тепловые среды, ультразвук, индуктотермия, электрофорез меди; сульфидные, рапные, скипидарные ванны. Перечисленные процедуры повышают эстрогенную насыщенность организма и обладают длительным последействием. Для стимуляции функциональной активности желтого тела целесообразно назначать низкоинтенсивное лазерное облучение, интерференционные токи, электрофорез цинка. От последней процедуры следует воздержаться при гиперандрогении, так как под воздействием ионов цинка повышается синтез андрогенов. Нецелесообразно ее применение и при гипофункции яичников, поскольку влияние ионов цинка на функцию желтого тела может происходить только на фоне достаточной эстрогенной насыщенности.

Знание этих особенностей применения лечебных физических факторов и обязательное их включение в комплексную терапию позволит повысить эффективность лечения девочек-подростков с различными нарушениями менструального цикла.

Выбор методов и методик физиотерапевтических процедур для данного контингента лиц обусловлен особенностями патогенеза этого заболевания. Поскольку НМЦ рассматривается как системное заболевание, необходимо использовать методики общего воздействия на организм, включающие нормализацию нейро-гуморальных механизмов регуляции и поддерживающие правильные взаимоотношения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Для решения поставленных задач целесообразно использовать методики гальванизации и электрофореза общего действия (гальванический воротник по Щербаку, гальванические трусы по Щербаку, эндоназальная гальванизация, гальванизация шейно-лицевой области по Келлату), электросон, дарсонвализация шейно-воротниковой зоны, воздействие синусоидальными модулированными токами на паравертебральные зоны, ультрафиолетовое облучение рефлекторных зон (шейно-воротниковой и тросовой) гидротерапия (ванны и души). Чередование указанных процедур позволяет избежать привыкания и потенцировать действие каждой из них. Курс лечения рассчитан на 30 дней.

Применение комплексной программы восстановительных мероприятий благотворно влияет на репродуктивное здоровье девушек, позволяет предотвратить возможные осложнения заболевания и сохранить детородную функцию.

Золото Е.В., Томачинская Л.П., Праводелов С.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Цель. Целью настоящего исследования была разработка и внедрение комплекса реабилитационных мероприятий у подростков с НМЦ при повышенном уровне тревожности, включающего методы физиотерапевтического воздействия и лечебную физическую культуру (ЛФК).

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.

Основополагающим при выборе методов и методик воздействия явилось понимание того, что 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 общие методики электрофореза, дарсонвализация, гидротерапия (аромаванны с маслами герани, лаванды, шалфея чередовались с контрастным душем).

Электрофорез (витамина В1, сульфата магния, бромидов) проводили по методике общей гальванизации по Вермелю. 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.

Дарсонвализация назначали по контактной лабильной методике на шейно-воротниковую область и в зонах варикозных изменений или петехий.

Ежедневно пациентки занимались лечебной физкультурой. При этом использовались все формы ЛФК. В качестве дополнительных средств ЛФК назначали сегментарный массаж и дозированную ходьбу. В комплекс лечебной гимнастики были включены общеразвивающие упражнения для различных мышечных групп в сочетании с дыхательными и специальными упражнениями на укрепление мышц спины, брюшного пресса и тазового дна, на увеличение подвижности суставов, а также на расслабление.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты наблюдения (клинические аспекты, а также данные спирометрии, динамометрии и функциональных проб, показателей уровня тревожности) свидетельствуют о благотворном влиянии данного комплекса на состояние здоровья пациенток.

Проведение комплекса разработанных нами реабилитационных мероприятий позволило выявить положительную динамику в состоянии здоровья пациенток, выражающуюся в улучшении их общего состояния, нормализации сна, аппетита, повышении умственной и физической работоспособности, снижении повышенной эмоциональной реактивности и уровня 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.

Золотов А.Н., Ключникова Е.И., Корпачева О.В., Приймак А.Б., Пальянов С.В., Таран Н.И., Торопов А.П.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ СЕРДЕЦ КРЫС С НИЗКОЙ И ВЫСОКОЙ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬЮ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ УШИБА СЕРДЦА

Механическая травма грудной клетки часто сопровождается ушибом сердца (миокардиальная контузия), что существенно осложняет течение посттравматического периода и в 10% случаев может стать причиной смерти пациента. В терапии используется синдромный подход, поскольку принципы патогенетической терапии ушиба сердца недостаточно разработаны, в том числе из-за недостаточного понимания патогенеза этой патологии. В недавних исследованиях показано, что течение посттравматического периода экспериментального ушиба сердца во многом обусловлено участием стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем организма с формированием резистентной стратегии адаптации. При этом «успешность» выбранной организмом стратегии борьбы с последствиями действия стрессора (травмы) зависит от стрессоустойчивости организма как базовой характеристики реактивности. У животных с низкой стрессоустойчивостью резистентная стратегия адаптации характеризуется чрезмерным напряжением стресс-реализующих систем, что нарушает оптимальный баланс стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем и может способствовать трансформации стресса как адаптивного, защитного механизма в дистресс – дезадаптивный, повреждающий механизм. Можно предположить, что выраженность нарушений сократительной функции поврежденного миокарда в посттравматическом периоде ушиба сердца также может различаться в зависимости от стрессоустойчивости организма.

Цель исследования. Оценить показатели сократительной функции и функциональный резерв миокарда изолированных сердец крыс с высокой и низкой стрессоустойчивостью в динамике посттравматического периода ушиба сердца.

Материалы и методы. Из 216 животных после определения стрессоустойчивости последовательным использованием теста «открытое поле» и теста принудительного плавания Порсолта отобрали 32 особей с низкой стрессоустойчивостью (НУ) и 32 – с высокой стрессоустойчивостью (ВУ). Из их числа сформировали контрольную группу ВУ (n=8), контрольную группу НУ (n=8) и по три опытные группы (n=8 в каждой) травмированных животных в соответствии с тремя сроками забора сердец (6 ч, 12 ч, 24 ч посттравматического периода) для исследования сократительной функции. Ушиб сердца моделировали у наркотизированных животных с помощью оригинального устройства, имитирующего удар передней поверхности грудной клетки о стойку руля при столкновении движущегося автомобиля с препятствием (Патент No 374227, Российская Федерация). У животных контрольных групп (наркотизированных и фиксированных в течение 2 минут в устройстве, без моделирования травмы сердца) сердца извлекали через 24ч. Сократительную функцию сердца оценивали на модели изолированного изоволюмически сокращающегося сердца (по E.L. Fallen et al., 1967). На основе графического материала рассчитывали силовые показатели сократимости (РЛЖД – развиваемое левым желудочком давление; диастолическое давление левого желудочка – ДДЛЖ), скоростные показатели сократимости (+dP/dt – скорость повышения и -dP/dt – скорость снижения внутрижелудочкового давления), функциональный резерв миокарда при навязывании сердцу ритма высокой частоты сокращений с расчетом дефекта диастолы (ДД). Данные обработали статистически методами описательной статистики и сравнения независимых выборок (U-критерий Манна–Уитни). Уровень статистической значимости приняли равным 0,05.

Результаты. В группе животных, перенесших травму, силовые и скоростные показатели изолированных сердец были статистически значимо ниже показателей контрольной группы

вне зависимости от стрессоустойчивости организма. При этом изолированные сердца НУ к стрессу животных демонстрировали силовые и скоростные показатели, статистически значимо отличные от показателей сердец ВУ особей. Через 6 ч после ушиба сердца РЛЖД в группе ВУ было статистически значимо выше, чем в группе НУ, а при навязывании ритма высокой частоты у изолированных сердец в группе НУ ДД формировался уже при частоте 300 мин⁻¹, тогда как в группе ВУ ДД формировался только при навязывании ЧСС 400 мин⁻¹ и выше. Через 12 ч после травмы РЛЖД в группе НУ повышалось по сравнению с группой НУ через 6 ч, однако при навязывании ритма высокой частоты ДД в группе НУ был статистически значимо выше в сравнении с группой ВУ. В группе НУ через 12 ч после моделирования ушиба сердца ДДЛЖ было статистически значимо выше такового в группе ВУ при навязывании ритма 300 мин⁻¹, 400 мин⁻¹ и 500 мин⁻¹. Таким образом, кажущееся «улучшение» сократительной способности миокарда в группе НУ через 12 ч достигалось, по-видимому, за счет перегрузки кардиомиоцитов ионами кальция вследствие ухудшения функций кальциевого насоса сарколеммы и саркоплазматического ретикулума. Косвенным подтверждением этого предположения может служить зарегистрированное через 24 часа после травмы значительное ухудшение сократимости миокарда у животных группы НУ. В этот срок изолированные сердца травмированных животных в группе НУ продемонстрировали худшие из всех зарегистрированных значения силовых, скоростных показателей и хуже

.сердец в группе НУ не усваивали ритм 500 мин⁻¹. В то же время изолированные сердца группы ВУ успешно усваивали навязанный ритм 240 мин⁻¹, 300 мин⁻¹, 400 мин⁻¹ и 500 мин⁻¹, при этом ДД в группе ВУ формировался лишь при частоте сердечных сокращений 500 мин⁻¹, в группе НУ ДД появлялся при навязывании ритма 300 мин⁻¹, 400 мин⁻¹ и 500 мин⁻¹. Скоростные показатели сократимости (причем $-dP/dt$ в большей степени, чем $+dP/dt$), регистрируемые сразу после стабилизации и при навязывании ритма высокой частоты, через 6 часов после моделирования ушиба сердца в группе НУ были статистически значимо ниже таковых в группе ВУ. Через 12 часов после травмы и

скорость сокращения ($+dP/dt$), и скорость расслабления ($-dP/dt$) изолированных сердец в группе ВУ были статистически значимо выше показателей в группе НУ. При этом в группе НУ значения показателей $+dP/dt$ и $-dP/dt$ наиболее существенно снижались через 24 часа после травмы.

Заключение. Динамика показателей сократительной способности миокарда в первые сутки посттравматического периода экспериментального ушиба сердца в группе низкоустойчивых к стрессу животных характеризовалась постепенным ухудшением силовых и скоростных показателей, снижением функциональных резервов поврежденного миокарда. В группе высокоустойчивых к стрессу особей, несмотря на постепенное незначительное снижение силовых показателей сократимости в течение 24 часов посттравматического периода, наблюдалось постепенное улучшение функциональных резервов сократимости травмированного миокарда. Результаты позволяют заключить, что стрессоустойчивость организма влияет на выраженность миокардиальной дисфункции травмированного сердца.

Золотухин С.Е., Дегтярева А.П., Куришина Н.В., Чирах Т.М.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Введение. В настоящее время гипотиреоз среди эндокринных заболеваний имеет достаточно широкое распространение, уступая по частоте лишь сахарному диабету.

Цель исследования: изучение особенностей развития оксидативного стресса в центральной и периферическом звене системы перекисного окисления липидов (ПОЛ)/ антиоксидантной защиты (АОЗ) при гипотиреозе разной степени тяжести, при шоковом смертельном, шоковом несмертельном и нешоковом типах течения посттравматической реакции, а также при этих же типах, протекающих на фоне гипотиреоза.

Материал и методы исследования. Опыты выполнены на 210 белых беспородных крысах-самцах весом 250-280 г. Поставлено три серии опытов, в которых изучали показатели ПОЛ и состояние АОС. В первой серии (n=55) изучали показатели ПОЛ и АОЗ в сыворотке крови и тканях головного мозга при разной степени гипотиреоза. Во второй серии (n=55) изучали показатели ПОЛ и АОС в сыворотке крови и тканях мозга у животных при шоковом смертельном, шоковом несмертельном и нешоковом типах посттравматической реакции. В третьей серии (n=90) изучали показатели ПОЛ и АОЗ в сыворотке крови и в тканях мозга у крыс с сопутствующим гипотиреозом и при разных типах течения посттравматической реакции. В контрольной группе было 10 крыс.

Моделирование гипотиреоза у животных осуществляли путем внутрижелудочного введения через специальный зонд фармакопейного тиреостатика мерказолила в дозе 10 мг/кг в течение 8 недель. Моделирование тяжелой механической травмы выполняли с помощью дозированного воздействия по обеим бедром электромагнитным ударником силой 250 Н/см² в количестве 50 ударов. Разделение животных на типы посттравматической реакции осуществляли на основании тестов электропроводности кожи в динамике четырех часов после травмы по методу С.Е.Золотухина (2000).

Результаты и обсуждения. Установлено, что тяжелая механическая травма, гипотиреоз и травма с сопутствующим гипотиреозом усиливают процессы свободно-радикального окисления и приводят к накоплению в организме сначала первичных продуктов ПОЛ – ДК, а затем и МДА. Активация АОС сдерживает рост продуктов свободно-радикального окисления в норме (в контроле) и препятствует развитию окислительного стресса. При гипотиреозе наблюдается смещение оксидантно-антиоксидантного равновесия в сторону ПОЛ. Сдвиг этого равновесия происходит параллельно с развитием эндотоксикоза. Изменения активности ПОЛ и АОЗ в мозге выражены слабее, чем в сыворотке крови. Однако эти нарушения с увеличением тяжести гипотиреоза выравниваются и далее развиваются параллельно. Наиболее слабым звеном в патогенезе оксидативного стресса является АОС. Активация свободно-радикального окисления при тяжелой механической травме выражена сильнее, чем при гипотиреозе. Также как и при гипотиреозе при тяжелой механической травме нарушается баланс в оксидантно-антиоксидантном равновесии. Он менее выражен при нешоковом типе посттравматической реакции, в большей степени при шоковом несмертельном типе и в максимальной степени – при шоковом смертельном типе. В направлении от нешокового типа до шокового смертельного типа посттравматической реакции нарастает эндотоксемия. Проявления оксидативного стресса при тяжелой механической травме, происходящие в центральных и периферических звеньях системы ПОЛ/АОЗ, выражены в равной мере. **Выводы:** гипотиреоз отягощает течение любого типа посттравматической реакции. При этом он усиливает реализацию прооксидантного эффекта. Увеличение тяжести нарушений в центральных и периферических звеньях регуляции системы ПОЛ/АОЗ при тяжелой механической травме и сопутствующем гипотиреозе препятствует реализации в организме адаптивных, защитных и компенсаторных реакций.

Золотухин С.Е., Дегтярева А.П., Шпаченко Н.Н., Николенко О.Ю., Потапова Н.М.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИЕМИИ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ У ОПИОИДНЫХ НАРКОМАНОВ С ТЯЖЕЛЫМИ МЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Актуальность. У пострадавших с наркозависимостью травма часто осложняется инфекцией. Сегодня не до конца изучен состав микрофлоры и клинические особенности травмы у этих пациентов. Нет ясных критериев выбора оптимальной антибиотикотерапии (АБТ) исходя из распространенности процесса, его локализации и типа наркозависимости.

Цель исследования: дать характеристику бактериемии при сепсисе и локальной инфекции у пациентов с тяжелой механической травмой (ТМТ) и опиоидной зависимостью.

Материалы и методы исследования. Изучены микробиологические показатели крови у 55 пациентов мужского пола с травмой и опиоидной зависимостью. Из них 28 (основная группа) имели сочетанную ТМТ с повреждениями нижних конечностей. Опиоидные наркоманы без ТМТ составляли группу сравнения ($n=27$). У пациентов обеих групп изучались микробиологические показатели крови в динамике 1–2 и 10–14 суток от начала лечения методом посева на питательные среды. В обеих группах наркоманов были выделены подгруппы: в первой выявлялась только локальная инфекция, а во второй – сепсис.

Результаты и обсуждение. У пациентов группы сравнения, имевших только локальную инфекцию, кровь была стерильна. У 7 наркозависимых с ТМТ (25,0%) была бактериемия. К концу второй недели лечения бактериемия оставалась у 3 чел. (10,7%). У наркозависимых пациентов без ТМТ сепсис был у 9 чел. (33,3%). К концу второй недели лечения – у 2 чел. (7,4%). В основной группе сепсис диагностирован у 21 чел. (75%). К концу второй недели лечения – у 5 чел. (17,9%). У пациентов с локальной инфекцией и травмой лечение к концу второй недели снижает бактериемию в 2,3 раза ($p < 0,05$), с сепсисом и без травмы – в 4,5 раза ($p < 0,01$), а с травмой – в 4,2 раза ($p < 0,01$).

У наркозависимых пациентов с сепсисом и без травмы в крови в 55,6% случаев (5 чел.) высеваются грамположительные, а в 44,4% (4 чел.) – грамотрицательные микроорганизмы. В основной группе пациентов с травмой грамположительные микробы высевались у 12 чел. (66,7%), а грамотрицательные – у 6 (33,3%). К концу второй недели лечения у пациентов без ТМТ с сепсисом частота бактериемии, вызванной грамположительной флорой, уменьшалась в 5,0 раз ($p < 0,01$), а грамотрицательной – в 4,0 раза ($p < 0,01$). У наркозависимых пациентов с ТМТ – соответственно в 6,0 раз ($p < 0,01$) и в 2,0 раза ($p < 0,01$).

Основными представителями грамположительной микрофлоры у пациентов с сепсисом были *S. aureus* (44,4%), *S. pyogenes* (11,1%), *S. epidermidis* (22,2%), *E. faecalis* (33,3%) в сравниваемой группе и *S. aureus* (27,8%), *S. pyogenes* (11,1%), *S. epidermidis* (22,2%), *Streptococcus spp.* (5,6%) в основной группе. Грибы *Candida spp.* высевались в 22,2% в группе сравнения и в 27,8% в основной группе. Из грамотрицательных микроорганизмов в крови высевались: *E. coli* (11,1%), *P. aeruginosa* (11,1%), *Klebsiella spp.* (11,1%), *Citrobacter spp.* (11,1%) в группе сравнения и *E. coli* (11,1%), *P. aeruginosa* (11,1%), *Klebsiella spp.* (16,7%), *Acinetobacter spp.* (11,1%), *Citrobacter spp.* (16,7%) в основной группе.

К концу второй недели АБТ кровь у пациентов очищалась и основная часть микроорганизмов погибала. Наибольшую резистентность к применяемой АБТ имели *Ent. faecalis* и *S. aureus* (грамположительные), и *E. coli*, *Klebsiella spp.* и *Citrobacter* (грамотрицательные) патогены.

Выводы. Высокая частота сепсиса в основной группе указывает на важную роль ТМТ нижних конечностей в генерализации инфекции у опиоидных наркоманов. Для выбора рациональной тактики лечения у наркозависимых, в особенности в группе лиц с ТМТ, стоит принимать во внимание определенный нами спектр микрофлоры и ее устойчивость к АБТ.

Золотухин С.Э., Мутык М.Г., Клочков М.М., Мищенко И.С., Аль-Давуд Амджад, Бондаренко Н.В., Пацкань С.И.

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ VRAM ЛОСКУТА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ В РОЦ ИМ.ПРОФ.Г.В.БОНДАРЯ

Введение

Закрытие раны промежности после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации по поводу местнораспространенного рака анального канала представляют собой серьезную сложность для хирурга. Первым этапом для лечения данной локализации служит неоадьювантная химиолучевая терапия, которая создает дополнительные риски возникновения осложнений для заживления послеоперационной раны. Считается, что реконструкция мягких тканей промежности с помощью кожно-мышечно-фасциального лоскута снижает частоту осложнений при заживлении раны. Популярным вариантом закрытия больших дефектов промежности является вертикальный кожно-мышечно-фасциальный лоскут прямой мышцы живота (VRAM). Вышеуказанный метод применяется с целью уменьшить эти осложнения путем заполнения неколлапсируемого мертвого пространства васкуляризированной тканью и закрытия дефекта кожи промежности необлученным лоскутом кожи.

В приведенном клиническом случае представлен непосредственный результат лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака анального канала с инвазией заднего свода влагалища на большом протяжении с формированием ректовагинального свища. В связи с чем выполнена комбинированная экстралеваторная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влагалища. Преимуществом выбора VRAM лоскута в данном случае является возможность пластики задней стенки влагалища.

Цель. Провести оценку непосредственных результатов применения VRAM лоскута для закрытия раны промежности после экстралеваторной экстирпации прямой кишки по поводу местнораспространенного рака анального канала.

Материал и методы. Женщина, 54 года, поступила в стационар Республиканского онкологического центра им. проф. Г.В. Бондаря с жалобами на боль при дефекации, примесь крови в кале. По данным компьютерной томографии с внутривенным усилением отдаленных метастазов не выявлено, по данным МРТ органов малого таза и вагинальном исследовании определяется прорастание опухоли в заднюю стенку влагалища. После дообследования пациентке установлен клинический диагноз злокачественное новообразование анального канала cT4N0M0 IIIb st. 2 клиническая группа. Пациентке проведена лучевая терапия в объеме СОД 54Гр на фоне химиотерапии по схеме Нигро. После проведенного лечения в течении 13 недель у пациентки отмечен клинический ответ опухоли, после которого пациентка выпала из наблюдения. Через 3 месяца после последнего наблюдения пациентка обратилась с жалобами на выделения кала из влагалища. При ректальном и вагинальном исследовании определяется повторный рост опухоли с формированием ректо-вагинального свища диаметром 3 см. По данным компьютерной томографии и МРТ органов малого таза отдаленных метастазов и пораженных регионарных лимфатических узлов не выявлено. На мульти дисциплинарном консилиуме определена тактика: комбинированная экстралеваторная экстирпация прямой кишки с закрытием дефекта VRAM лоскутом.

Техника операции.

Выполнена маркировка предполагаемого лоскута справа от пупка. После чего выполнена ниже-срединная лапаротомия. Абдоминальный этап заключался в стандартной мобилизации левой половины ободочной кишки по принципу СМЕ. Выполнена высокая перевязка нижней брыжеечной артерии. Мобилизована прямая кишка с сохранением мезоректальной фасции до уровня тазового дна. При промежностном этапе выполнена экстралеваторная комбинированная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влагалища, резекцией копчика

без переворота пациентки на живот. Препарат удален. После выделения кожно-мышечно-фасциального-лоскута правой прямой мышцы живота с сохранением нижней надчревной артерии лоскут низведен в малый таз. При передних дефектах промежности мы ротируем лоскут на 270° в сагиттальной плоскости. Таким образом, краниальная часть лоскута перекрывает переднюю часть дефекта, оптимизируя дугу вращения лоскута. Лоскут фиксирован кожными одиночными швами начиная со стороны влагалища. Дефект передней брюшной стенки закрыт проленовым сетчатым имплантатом.

Результаты: Продолжительность операции составила 270 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 200 мл. Гистологическое заключение: Плоскоклеточная неороговевающая карцинома G3 с изъязвлением, прорастающая все слои стенки кишки и врастанием в стенку влагалища. IV степень регрессии опухоли по Мандард. В краях резекции опухолевого роста нет. Л/у замещены жировой тканью.

На 2е сутки на фоне проводимой антикоагулянтной терапии послеоперационный период осложнился кровотечением из ветви влагалищной вены. Кровотечение купировано консервативно. Объем кровопотери составил 300 мл. Clavien-Dindo II. Рана зажила первичным натяжением. Инфицирования раны промежности не отмечено.

Обсуждение. В связи с распространением опухоли проведенная экстирпация привела к образованию значительного дефекта промежности, который невозможно безопасно закрыть местными тканями. Предшествующая химиолучевая терапия создает дополнительные риски для заживления раны промежности. Вертикальный лоскут подкожной клетчатки прямой мышцы живота (VRAM) является общепризнанным методом, используемым для реконструкции дефектов таза и промежности, не поддающихся первичному закрытию. Существуют и альтернативные методы закрытия раны. Проведенный метаанализ в 2019 году указал на то что, операция требует больше времени и повышает риск специфических осложнений, объединенные результаты подтвердили эффективность использования мышечно-кожных лоскутов для снижения серьезных осложнений при ранах промежности.

Положительные моменты данного варианта закрытия раны заключается в том, что перемещается не облученный кожно-мышечный лоскут,

Негативным аспектом является образуемый дефект передней брюшной стенки. По данным Rami W Radwan и др. частота расхождения послеоперационной раны составляет до 5.5%, а частота послеоперационной грыжи составляет 3.5%. Данное осложнение возможно попытаться предупредить установкой сетчатого эндопротеза.

Заключение. Применения VRAM лоскута является одним из вариантов выбора закрытия больших промежностных дефектов при хирургическом лечении рака анального канала. Данный вариант позволяет снизить вероятность осложнения при заживлении раны промежности, так как дефект закрывается необлученным лоскутом. Преимуществами данного лоскута является его высокая жизнеспособность при сохранении целостности нижней надчревной артерии, а также заполнения мертвого пространства малого таза.

Клинический случай публикуется с согласия пациента.

Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Лопатин А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Повышение эффективности лечения пациентов с деструктивно-дегенеративными заболеваниями различных отделов позвоночника остается актуальной медицинской и социальной проблемой в связи с высокой распространенностью, поражением людей 30-55-летнего возраста, требующей временной, и часто длительной, нетрудоспособности. Прогрессирование заболевания приводит к серьезным осложнениям и может завершиться инвалидностью. Для уменьшения болевого синдрома, активации глубокой проприорецепции, устранения обменно-трофических нарушений, данным пациентам патогенетически обосновано применение различных методов лечебной физкультуры, в частности применения статических и динамических физических упражнений (ФУ) на неустойчивой опоре.

Цель работы: определить возможность использования ФУ на баланс на неустойчивой опоре в комплексном лечении у пациентов с остеохондрозом, спондилезом различных отделов позвоночника.

Материал и методы. В исследование были включены 38 человек в возрасте 30-50 лет с остеохондрозом, спондилезом различных отдела позвоночника, в стадии обострения с болевым синдромом. Цервикалгия наблюдалась у 8 пациентов (21,05%), цервикокраниалгия – у 4 исследуемых (10,53%), цервикобрахиалгия – у 4 человек (10,53%), люмбалгия – у 14 больных (36,84%), люмбоишиалгия – у 8 пациентов (21,05%). Всем пациентам проведены исследования осанки в трех плоскостях, оценка подвижности позвоночника с помощью проб Отта, Шобера, Томайера, неврологический осмотр, рентгенологическое исследование патологического отдела позвоночника, МРТ. Болевой синдром отслеживался с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). Также определялся суммарный индекс состояния здоровья по опроснику Освестри. Все исследуемые были разделены на две группы: пациенты 1-й группы получали медикаментозное лечение с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), витаминов группы В. Физиотерапевтическое лечение было представлено СМТ-терапией и массажем, лечебная физкультура - классической корригирующей гимнастикой с 5-7 дня лечения с элементами аутоэкстензии. 1-я группа составила группу сравнения. Больным 2-й группы (26 пациентов) дополнительно назначались статические и динамические физические упражнения на неустойчивой опоре в прямой и боковой проекциях по отношению к опоре, 5-10 минут, ежедневно, курс 12-15 процедур. Вторая группа являлась основной группой. Эффективность лечения оценивалась по динамике болевого синдрома, изменению статуре, объема движений и подвижности патологического отдела/ов позвоночника, динамике рентгенограмм и показателей состояния здоровья.

Результаты. Все пациенты хорошо переносили предложенную реабилитационную программу. Более высокая эффективность комплексного лечения наблюдалась у пациентов основной группы. Визуально улучшение осанки отмечалось в двух группах и было более отчетливым у пациентов основной группы, что подтверждалось и рентгенологически. Интенсивность болевого синдрома была исходно выраженной у всех пациентов. На фоне лечения она достоверно снижалась у пациентов основной группы и становилась минимальной или на уровне дискомфорта после 12-15 процедур работы на неустойчивой опоре. Тестовые значения подвижности позвоночника достоверно менялись в обеих группах, тенденция была более выраженной во 2-й группе: с $28,3 \pm 0,1$ до $12,7 \pm 0,2$ (с $28,4 \pm 0,2$ до $16,8 \pm 0,1$ – для группы сравнения). Улучшение объема движений у пациентов первой группы наступало в 50 % случаев, и было существенно выше во 2-й группе (84,62%). Показатель качества жизни также был более высоким у больных основной группы: с $34,6 \pm 0,03$ до $19,4 \pm 0,4$ для 1-й группы и с $35,8 \pm 0,4$ до $12,4 \pm 0,2$ – для 2-й группы.

Вывод. Таким образом, упражнения на неустойчивой опоре можно рекомендовать данной категории пациентов для улучшения статико-динамической функции позвоночника и восстановления тонуса глубоких мышц.

Зубов А.Д., Багрий А.Э., Кутья А.Е., Сенченко О.В., Осипов Г.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КАЛЬЦИФИКАТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Введение: кальцификаты щитовидной железы (КЩЖ) нередко рассматриваются как фактор риска злокачественности, однако их морфологическое и ультразвуковое (УЗ) разнообразие при этом не учитывается. **Цель работы:** оценить вариабельность и частоту встречаемости различных типов КЩЖ по данным УЗИ

Материал и методы: 932 пациентам проведено УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) (Aplio 500, линейный датчик 7,5-12,0 МГц) в режимах серой шкалы, доплеровского картирования, MicroPure для оценки наличия КЩЖ с различными УЗ характеристиками.

Результаты и обсуждение: всего КЩЖ были выявлены у 212 (22,7±2,1%) пациентов. На основании УЗ характеристик были выделены 4 типа кальцификации ЩЖ. Макрокальцификаты ЩЖ (МакроКЩЖ) – 104 (11,2±1,0%) – гиперэхогенные структуры размером более 1 мм, с выраженной акустической тенью, микрокальцификаты ЩЖ (МикроКЩЖ) – 71 (7,6±0,9%) – встречались значимо реже, чем МакроКЩЖ ($p=0,0088$), и визуализировались как точечные гиперэхогенные структуры диаметром до 1 мм, с наличием или отсутствием эффекта дистального затухания. Существенно реже ($p<0,0001$) выявляли кальцинированные узлы (КУ) ЩЖ – 24 (2,6±0,5%) – округлые или овальные гиперэхогенные структуры без визуализации внутреннего содержимого (ткани узла), и кальцинированные капсулы (КК) узла – 13 (1,4±0,4%) – тонкий «кружевной» ободок вокруг узлового образования ЩЖ с хорошо визуализируемой узловой тканью; разница между частотой КУ и КК статистически не значима ($p=0,0678$).

Выявляемые КЩЖ были как единичными – 75 (8,0±0,9% в выборке, 35,4±3,3% среди всех КЩЖ), так и множественными (2 и более) – 137 (соответственно 14,7±1,2% и 64,6±3,3%), что достоверно ($p=0,0023$) чаще. Для микроКЩЖ типичным – 66 (93,0±3,0%) случая из 71 – было наличие множественных образований: от 2 до значительного количества, не поддающегося определению, а единичные микроКЩЖ встречались значительно реже – в 5 (7,0±3,0%) наблюдениях. Среди макроКЩЖ также преобладали множественные кальцификаты – 62,5±4,7% ($p=0,0692$). Однако единичные макроКЩЖ – 39 (37,5±4,7%) – встречались чаще, чем единичные микроКЩЖ ($p<0,0001$). Среди КУ и КК, напротив, преобладали единичные – соответственно в 19 (79,2±8,3%) и 12 (92,3±7,7%) наблюдениях, что значимо ($p<0,0001$) выше, чем для микро- и макроКЩЖ. Разница в исследуемом показателе между КУ и КК статистически не значима – $p=0,1330$.

Сочетание разных типов КЩЖ было отмечено в 12 случаях (5,7±1,6% от общего количества), во всех наблюдениях микроКЩЖ сочетались с макроКЩЖ. Следует отметить, что в большинстве из них – в 11 (5,2±1,5%) наблюдениях – была отмечена множественная макро- и микрокальцификация, и только у одного пациента на фоне множественных микроКЩЖ был выявлен единичный макроКЩЖ. Ни в одном случае микроКЩЖ не сочетались с КУ и КК, в то время как единичные макроКЩЖ редко – в 2 (0,9±0,7% от общего количества наблюдений) сочетались с КУ, как единичным, так и множественными (по одному наблюдению). Также отмечен единичный случай сочетания множественных макроКЩЖ и множественных КК.

Выводы: наиболее частым типом кальцификации ЩЖ являются макрокальцификаты, значимо ($p=0,0088$) реже встречаются микроКЩЖ, существенно ($p<0,0001$) меньшее количество составляют КУ и КК соответственно. МакроКЩЖ и микроКЩЖ в большинстве случаев являются множественными, в отличие от КУ и КК, преимущественно единичных. Наиболее характерным сочетанием разных видов кальцификации было наличие множественных макроКЩЖ и микроКЩЖ. Режим MicroPure значимо улучшает выявление микроКЩЖ и не влияет на качество визуализации кальцификатов иных типов. При определении прогностической ценности КЩЖ в диагностике рака ЩЖ следует учитывать характер кальцификации.

Зубов А.Д., Момот Н.В., Ступаченко Д.О., Хусейн Азаб

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Введение. Миниинвазивные вмешательства (МИВ) широко используются в настоящее время в клинической медицине. Актуальным является выбор метода лучевой визуализации для навигации МИВ и контроля ее эффективности. Цель исследования – определение алгоритмов выбора методов лучевой визуализации при МИВ на органах груди и живота.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1248 чрескожных диагностических и лечебных МИВ, выполненных пациентам обоего пола возрастом 18-92 года (медиана 54 года). УЗИ выполняли на ультразвуковых (УЗ) сканерах Toshiba Aplio 500, HDI 5000, КТ – на аппарате Philips BRILLIANCE CT 64 slice, рентгенологические – Iconos R100 Ax/System. МИВ в объеме тонкоигольных и трепанбиопсий, аспирации, дренирования, склеротерапии патологических жидкостных коллекторов, деструкции опухолей, билиарного дренирования выполняли по общепринятым и оригинальным методикам.

Результаты и обсуждение. В навигации МИВ приоритетным являлась УЗ визуализация: она была достаточной при выполнении большинства – 1196 (95,8%) МИВ. В остальных 52 (4,2%) случаях УЗ контроль был ограничен наличием газовых полостей, костных и рубцовых структур, что побудило к использованию иных методов лучевой визуализации. МИВ под контролем рентгеновских методов не выполняли в связи с их низкой эффективностью в контроле интервенции, отсутствием трехмерного представления, высокой лучевой нагрузкой. МРТ для контроля МИВ не использовали в связи с ограниченной доступностью и потребностью в специальном немагнитном инструментарии. При недостаточной УЗ визуализации приоритетным методом контроля МИВ являлась КТ, позволяющая уверенно идентифицировать практически все органы и неорганические образования, оценить пространственные соотношения анатомических и патологических структур, четко визуализировать инструмент. Вмешательства под КТ контролем были выполнены при биопсиях центральных опухолей легких – 21 (1,7%), заднего средостения – 11 (0,9%), образований (кист) верхних полюсов почек – 2 (0,2%), дренировании патологических жидкостных коллекторов поджелудочной железы и сальниковой сумки – 10 (0,8%) случаев. В 8 (0,6%) случаях МИВ были выполнены с использованием гибридной технологии FUSION, предполагающей одномоментную УЗ и КТ визуализацию в идентичных проекциях. Это позволяло сочетать достоинства двух методов, избегая их недостатков. Ограничением являлась длительность подготовки к выполнению МИВ, включающей КТ-исследование, загрузку и синхронизацию данных, установку реперных точек на УЗ- и КТ- изображениях.

После выполнения МИВ рентгенография была использована в 18 (1,4%) случаях для оценки взаиморасположения дренажей при множественном дренировании, выявления связи патологической полости с билиарной системой (рентгеноконтрастная антеградная холангиография), оценки конфигурации кисты и выявления возможных солидных образований в ней (рентгеновская фистулография). Наиболее полную информацию о расположении дренажа, причинах его недостаточного функционирования, подтекании содержимого, конфигурации и особенностях патологической полости предоставляла КТ, в т.ч. с контрастированием полости через дренаж. После УЗ-контролируемых МИВ КТ была выполнена 52 (4,2%) пациентам: в 6 (0,5%) случаях были выявлены не определявшиеся при УЗИ перегибы дренажей, препятствующие оттоку содержимого жидкостного коллектора; в 8 (0,6%) – связь жидкостного коллектора с билиарной системой, в 2 (0,2%) – при контрастировании кисты паренхиматозного органа выявлены пристеночные образования, не определявшиеся при УЗИ, в 2 (0,2%) – скопления жидкости (крови) по фланкам через 1 сутки после МИВ (в выявлении свободной

жидкости предпочтительным является УЗИ в связи с доступностью и безвредностью, возможностью полипозиционного сканирования и пр.)

Выводы. При МИВ на органах груди и живота приоритетным методом навигации является УЗИ. КТ показана при затруднениях УЗ визуализации и отсутствии безопасного акустического окна. Гибридная технология FUSION объединяет преимущества УЗИ и КТ в навигации МИВ. КТ и рентгенография важны в оценке эффективности проведенного МИВ, прежде всего, дренирования патологических полостей.

Зубов А.Д., Плахотников И.А., Сидоренко Р.С., Галкин Д.Ю.

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТРЕПАНБИОПСИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ

Введение. В последние годы отмечается значительное возрастание количества случаев вирусного гепатита С (ВГС), прежде всего, среди военнослужащих – участников боевых действий. При этом ВГС характеризуется высоким уровнем исходов в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному, что указывает на важность его своевременного и правильного лечения. Особую актуальность приобретает вопрос определения степени активности гепатита и уровня фиброза как неперемного условия эффективной терапии. Известно, что при ВГС в большинстве случаев отсутствует корреляция между клиническими, лабораторными, ультразвуковыми (УЗ) проявлениями заболевания и морфологическими изменениями в печени. Существующие методы неинвазивной оценки гистологических изменений в печени отображают только уровень фиброза и не позволяют судить о гистологической активности гепатита, что важно для определения лечебной тактики. На сегодняшний день чрескожная пункционная трепанбиопсия печени (ЧПТБ) с последующим гистологическим анализом является единственным методом, позволяющим получать полную информацию о глубине и характере вызванных ВГС морфологических изменений.

Таким образом, представляется актуальным обеспечение эффективности и безопасности ЧПТБ, что и явилось целью настоящей работы.

Материал и методы. В исследование были включены 74 пациента мужского пола (участников боевых действий) возрастом 33,3–63,8 ($44,0 \pm 6,3$) лет с лабораторно подтвержденным ВГС. Из анализа исключено 2 случая ВГС в острой фазе (менее 6 мес.). Таким образом, изучаемая группа составила 72 человека. Всем пациентам после стандартного комплексного обследования выполнена ЧПТБ по под УЗ контролем (конвексный мультисекторный датчик 3,5-5,0 МГц) в В-режиме и режиме доплеровского картирования с использованием собственных инноваций. Оценивали характеристики получаемого биоптата, степень активности и стадию фиброза полуколичественно по В.В. Серову, количество и качество осложнений.

Результаты. Для обеспечения безопасности ЧПТБ считали необходимым госпитализацию пациента в профильный стационар и комплексное обследование, включающее, в частности, коагулограмму, ЭКГ, предварительный УЗ осмотр для выбора траектории пункционного канала. В большинстве – 69 (95,8%) случаев – в течение 1 суток перед ЧПТБ назначали препараты, улучшающие сосудисто-тромбоцитарный гемостаз (этамзилат или аналоги). Оптимальной с позиций информативности и безопасности зоной для ЧПТБ считали VII сегмент, при отсутствии безопасного доступа к нему – V сегмент печени. Вмешательство выполняли с применением анестезиологического пособия без выключения сознания. ЧПТБ производили иглами для трепанбиопсии 16 G. Контрольный УЗ осмотр проводили через 7, 15 минут, 1, 3, 24 часа после вмешательства.

Материал для анализа был получен во всех случаях, при этом он представлял собой столбик ткани печени диаметром 1,6 мм, длиной до 9 мм. В 67 (93,1%) биоптатах присутствовало не менее 4 долек и 3 портальных трактов, что соответствует действующим стандартам. В 5 (6,9%) количество долек и/или портальных трактов было меньше, но, однако, позволяло произвести гистологическую оценку. Неинформативных биоптатов не было. По данным гистологического анализа степень активности хронического гепатита варьировала от 3 (слабая) до 38 (умеренная) баллов, медиана 19 (умеренная) баллов, стадия хронизации гепатита – от 1 (слабый фиброз) до 15 (цирроз) баллов, медиана 6 (умеренный фиброз) баллов.

Значимых осложнений, требующих хирургической коррекции, не отмечено. У 1 (1,4%) пациента доплерографически выявлена геморрагия по пункционному каналу на доклинической стадии, купированная консервативно, в 3 (4,2%) случаях – болевые ощущения в месте пункции, потребовавшие применения ненаркотических анальгетиков.

Заключение. ЧПТБ позволяет получить информацию о степени активности стадии хронизации хронического гепатита. Для обеспечения эффективности и безопасности биопсии необходимо четкое соблюдение организационных требований, методики выполнения и обязательный УЗ контроль. Рост заболеваемости требует расширения количества оснащенных УЗ сканерами и операционных обучения специалистов.

Зуева Г.В., Налетов А.В., Масюта Д.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Актуальность. Несмотря на декларируемую важность профилактической медицины, здоровье детей, особенно подростков, вызывает значительные опасения. Текущие исследования показывают, что образ жизни учащихся страдает от различных нарушений, и это особенно заметно среди старшеклассников. Присутствие даже двух факторов, связанных с образом жизни, увеличивает вероятность формирования нарушений здоровья у школьников, а это – функциональные отклонения со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы, заболевания органа зрения, изменения осанки. Анонимность анкеты и ответы в свободной форме позволили выявить неблагоприятные факторы, подтверждающие причины ухудшения здоровья школьников.

Цель исследования. выявить распространенность социально-гигиенических факторов риска (ФР) среди подростков, изучить уровень информированности учащихся о влиянии этих факторов на здоровье, а также оценить установку школьников 7-11 классов на здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Материалы и методы. Анкетирование было проведено среди 152 учащихся 7-11 классов с использованием методики «Мониторинг поведенческих факторов риска здоровых несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях». Кроме этого изучалась зависимость старшеклассников от интернета, опрашивая учеников в возрасте 15-17 лет. Под интернет-зависимостью подразумевается поведение, при котором интернет-активность превышает 60 часов в месяц и носит регулярный характер (средний перерыв в использовании не превышает трех дней). Из общего числа участников было выбрано 100 учащихся с установленной зависимостью от интернета.

Результаты и обсуждение. Анализ собранных данных показал, что среди подростков широко распространены социально-гигиенические факторы риска. Не считают необходимым придерживаться здорового образа жизни 34 % опрошенных. По их мнению, здоровье зависит от уровня медицинского обслуживания. Однако, 84 % школьников пожелали улучшить свое здоровье. Почти у половины респондентов наблюдались недостаточная физическая активность, нарушения питания и недосыпание. Курение и употребление алкоголя фиксировались реже, однако само наличие таких привычек вызывает беспокойство. Наиболее значительный рост рисков наблюдается в отношении низкой двигательной активности и недостатка сна, что связано с увеличивающимися учебными нагрузками для старшеклассников. После продолжительной работы за компьютером отмечены проявления астении: усталость, головная боль в 64,7 % случаев, слезотечение у 62,6 % школьников, боль в спине в 38,6 % случаев. Исследование мнений подростков в отношении интернета показало: треть респондентов страдает от интернет-зависимости, что классифицируется как поведенческий фактор риска для здоровья. 65% учеников осознали наличие проблем, связанных с интернет-активностью. Большинство респондентов (82%) сообщили об изменении режима дня из-за компьютерной зависимости. В то же время лишь 25% подростков были обеспокоены этой проблемой, несмотря на то, что 83% осознавали негативное отношение членов своей семьи к интернет-зависимости. Только 14% респондентов чувствовали себя уверенно и не намеревались ничего менять в своей жизни. В то время как большинство подростков испытывали тревогу и дискомфорт из-за своей зависимости, свыше половины (58%) не верили в эффективность помощи.

Выводы. Выявлена значительная распространенность поведенческих факторов риска среди школьников: низкая физическая активность (44,6%), нарушения питания (45,8%), несбалансированное питание (32,6%), недостаток сна (38,8%) и регулярное пребывание в интернете (32%). Курение и алкоголь употребляли 17% и 6% подростков соответственно. Уровень формирования установок на здоровый образ жизни имеет тенденцию к росту в процессе обучения, однако остается ниже информированности о факторах риска.

Зуйков С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОХИМИИ – КАК ДИСЦИПЛИНЫ, ФОРМИРУЮЩЕЙ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА НЕ ТОЛЬКО О ПРИНЦИПАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, НО И ФОРМИРОВАНИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Всем известно, что клиническое мышление врача должно быть совершенным и для этого, его надо упорно формировать еще на этапе обучения в ВУЗе, закладывая фундамент на теоретических кафедрах при изучении такой дисциплины, как медицинская биохимия.

Предметом изучения медицинской биохимии является организм человека - основные механизмы его жизнедеятельности (метаболизм, дыхание, кровообращение, выделение, репродукция, единство, целостность, системность, саморегуляция), рассматриваемые в категориях биохимических процессов, то есть на молекулярном уровне.

Врачи призваны особенно глубоко разбираться в метаболическом, физиологическом смысле биохимических изменений, протекающих в организме больного. Хороший доктор должен овладевать искусством чтения биохимического анализа по всей молекулярно-организменной вертикали, от молекулы до любой сложной формы поведения человека, а не замыкаться на одном или нескольких показателях, укладывая их в ложе общепринятого шаблона. Этому же - метаболической оценке результатов биохимического анализа крови - необходимо учиться постоянно. Врачу необходимо грамотно и корректно заказать, оценить и использовать на практике, прежде всего, доступные биохимические показатели.

Весь предлагаемый в ВУЗе материал курса медицинской биохимии подчинен общей задаче - отбору и изложению только той информации из фундаментальной биохимии, которая будет необходима врачу для практического использования и поможет сформировать нужное отношение к предмету под названием «Биохимия». Одновременно эта информация должна дать ориентиры на понимание патологии как таковой с учетом основных биохимических процессов, которые более известны в теории как патогенетические механизмы, которые так редко упоминаются в практике врача-биохимика.

Однако, при изучении медицинской биохимии, будущий врач должен знать теоретические и методические основы фундаментальных наук, таких как: биология, математика, физика, химия, гистология, и на этом фундаменте осваивать клинический аспект биохимических процессов организма человека; качественные и количественные биохимические различия между здоровьем и болезнью, этиологию, патогенез и клинику наиболее часто встречающихся заболеваний, принципы их профилактики, лечения, а также различия между нарушениями и напряжением адаптивных реакций. Причем, нужна теснейшая профессиональная связь с клиницистами, совместный поиск примеров, состояний, проблем и конкретных больных для иллюстрации биохимических основ патогенеза, так как у будущих врачей есть к ним специфический интерес, который называется профессиональной мотивацией.

При изучении дисциплины не нужно ориентироваться исключительно на запоминание химических реакций (хотя и это важно), а можно использовать их как вспомогательный материал при ответе на принципиальные вопросы по регуляции, патогенезу и физиологическому смыслу процесса. Основное внимание необходимо концентрировать на узловых местах метаболизма. Нет смысла механически, без понимания сути, заучивать химические формулы и комментировать анатомио-физиологические связи.

Должен соблюдаться главный принцип обучения - развитие логического мышления на фоне расширения информации с постоянной коррекцией фундаментальных представлений.

Зуйков С.А., Турсунова Ю.Д., Филиппаки И.В., Одарченко Т.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Исследована взаимосвязь особенностей обмена пуриновых нуклеотидов с антиоксидантной системой в зависимости от возраста больных у больных колоректальным раком в плазме крови и эритроцитах. Спектрофотометрически изучена активность аденозиндезаминазы (АДА), ксантинооксидазы (КО), глутатионпероксидазы (ГПО) супероксиддисмутазы (СОД), а также концентрация нитратов/нитритов (NOx) и окислительная модификация белков (ОМБ) у 80 условно-здоровых людей и у 70 больных раком прямой кишки, в возрасте от 40 до 80 лет. Установлено снижение глутатионового звена ферментативной защиты клетки от свободных радикалов при старении у здоровых людей и больных раком в плазме крови и эритроцитах, на фоне усиления пуринового обмена и повышения уровня NOx. Причем в группе онкобольных пациентов эти изменения носят более выраженный характер по сравнению с группой здоровых людей. Обнаружено системное влияние возраста на активность ферментативных и уровень не ферментативных показателей обмена пуриновых нуклеотидов, прооксидантной и антиоксидантных систем, а так же на характер и степень их взаимосвязи между собой в плазме крови и эритроцитах. У больных раком прямой кишки в плазме крови выявлены максимально тесные взаимосвязи между АДА/КО, АДА/ОМБ, КО/ОМБ, тогда как в эритроцитах наиболее тесно между собой коррелируют АДА/ГПО, АДА/ОМБ, ГПО/ОМБ, КО/ГПО.

Зыкина Л.А, Панов И.О, Масенко В.В, Прокопенко Е.Б

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Мигрень – это хроническое заболевание, которое характеризуется приступами головной боли пульсирующего характера, выраженной интенсивностью, усиливающейся от стресса, усталости, физической нагрузки.

Цель. Оценить и сравнить провоцирующие факторы, характер, интенсивность, локализацию мигрени у мужского и женского пола.

Материал и методы. Проведен анализ анонимного анкетирования 48 учащихся 5 – 6 курса медицинского факультета ФГБОУ ДонГМУ им. М. Горького, страдающих головными болями на основе специально разработанной анкеты – опросника.

Результаты. В результате анализа данных анкетирования жалобы на головную боль были выявлены у 32 (66, 6%). 16 (33,4%) опрошенных симптомами головной боли не страдают. Чаще она встречалась у девушек 25 (68,3%), чем у юношей 7 (31,7%). Наследственная отягощенность выявлена в 41,6% случаев. Ведущими провоцирующими факторами у студентов обеих групп были умственная нагрузка и стрессовые ситуации. Характер головной боли у юношей и девушек значимо не различался, носил давящий (24,3%), сжимающий (18,6%) характер, преимущественно с двусторонней локализацией в области лба-висков-затылка. Интенсивность головной боли была несколько выше у юношей (4-5 баллов – 86,6%), чем у девушек (3-4 балла – 69,2%), что свидетельствует о разной её переносимости юношей и девушек. Частота проявления головной боли от 1-2 раза в неделю до 1-2 раза в месяц. На возникновение головной боли чаще во второй половине дня указали 64,7% девушек и 32,8% юношей, у остальных она возникает в разное время суток. В 12,4% головная боль протекала на фоне вегетативной дистонии в основном у девушек. У студентов обеих групп отмечались сопутствующие хронические заболевания (аллергические реакции, гастрит, аденоиды, тонзиллит), однако доминирующим было нарушение осанки (34,2%) преимущественно у юношей.

Выводы:

1. Среди студентов 5-6 курса медицинского факультета головным болям больше подвержены лица женского пола.

2. Чаще встречается эпизодическая головная боль напряжения и мигренеподобного характера.

3. Характерны колебания интенсивности головной боли в течение суток.

4. Отмечается влияние на возникновение и течение головной боли хронических заболеваний с преобладанием нарушения осанки у юношей и вегетативной дистонии у девушек.

5. Результаты представленного исследования свидетельствуют, что приступы мигрени оказывают существенное влияние на психоэмоциональное состояние студентов. Это обуславливает необходимость психологической поддержки студентов с мигренью, особенно при наличии депрессии и тревоги.

Зяблицев Д.В., Киосева Е.В., Подоляка В.Л., Потапенко Я.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПОВ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ 5S В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Внедрение системы 5S, как наиболее простого и легкого для применения метода бережливого производства, открывает возможности для повышения эффективности процессов, снижения затрат и улучшения безопасности персонала в медицинских учреждениях. Система 5S основана на пяти этапах, каждый из которых направлен на оптимизацию рабочего пространства для достижения максимальной продуктивности и упрощения процессов на местах. Этапы следуют в таком порядке: сортировка, соблюдение порядка, содержание в чистоте, стандартизация, совершенствование.

Сортировка предполагает разделение всех предметов, материалов и документов, используемых в рабочем процессе, на три категории: необходимые, ненужные срочно и ненужные, с последующим удалением ненужных предметов, не участвующих в процессе работы. Соблюдение порядка включает рациональное размещение необходимых предметов для снижения времени их поиска и повышения удобства их использования. Для этого применяются визуальные метки и карты размещения. Содержание в чистоте ориентировано на поддержание санитарных норм, включающее регулярную уборку и проверку исправности оборудования, что, в свою очередь, снижает риски травм и ухудшения условий труда.

Следующим этапом является стандартизация, при которой формируются единые стандарты организации рабочего пространства, что помогает удерживать достигнутый порядок и снижать зависимость от постоянного контроля со стороны руководства. Завершает цикл совершенствование — этап, нацеленный на поддержание улучшений, достижение которых возможно при активной поддержке со стороны руководства, обеспечивающего необходимые ресурсы и мотивацию для сотрудников.

Перед внедрением системы 5S рекомендуется проведение подготовительных мероприятий: формирование команды, обучение сотрудников, фотофиксация текущего состояния зон внедрения и определение целевых показателей для оценки результатов.

Важную роль в успешной реализации системы 5S играет руководство, поддерживающее все шаги процесса, включая организацию встреч с сотрудниками, предоставление необходимых полномочий, регулярный контроль и мотивацию для выполнения стандартов на рабочих местах. Преимущества внедрения системы 5S очевидны для всех участников: медицинский персонал получает более безопасное и удобное рабочее пространство, что способствует снижению усталости, повышению мотивации, а также легкой адаптации к рабочему процессу новых работников. Руководство может рассчитывать на рост производительности и улучшение психологического климата в коллективе, а для медицинской организации в целом важны повышение качества медицинских услуг, снижение числа ошибок и несчастных случаев, а также оптимизация использования ресурсов.

Система 5S позволяет повысить результативность деятельности медицинских учреждений без существенных финансовых затрат, что особенно актуально для системы здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях ограниченных ресурсов.

Иваненко А.А., Попивненко Ф.С., Глебова А.Э.

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ СИНУС-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) представляет собой одну из наиболее значимых проблем в современной медицине и социальной сфере как во всем мире, так и в Российской Федерации. Необходимо отметить, что в России ежегодно инсультом страдает более 450 тысяч человек, из которых до 200 тысяч случаев заканчиваются летальным исходом. Кроме того, до 80% выживших пациентов остаются инвалидами различной степени тяжести.

Экстракраниальная сосудистая патология является основным фактором ишемического повреждения головного мозга, в основе которого у большинства больных лежит атеросклеротическое стенозирующее поражение сонных артерий (20-45%).

Своевременная реваскуляризация брахиоцефальных артерий доказала свое ведущее значение в снижении риска возникновения ОНМК.

Каротидная эндартерэктомия выступает в качестве высокоэффективного хирургического метода профилактики ишемического инсульта, что подтверждено исследованиями NASCET и ECST.

В 0,2-18,9% случаев выполнение каротидной реваскуляризации может привести к развитию серьезного осложнения: реперфузионного повреждения головного мозга (РПГМ). Нарушение церебральной ауторегуляции и постреваскуляризационные изменения гемодинамики являются основными механизмами, участвующими в развитии данного состояния.

Bougi S.(2010 г) предложил использовать четыре критерия для определения РПГМ после каротидной эндартерэктомии (КЭ)

1. Возникновение РПГМ в течение 30 дней после КЭ;
2. Клинические признаки, такие как впервые возникшая головная боль, судороги, гемипарез и кома (по шкале Глазго <15) или МРТ признаки, включая отек мозга или внутримозговое кровоизлияние;
3. Признаки гиперперфузии, определяемые как мозговой кровоток >100 % или периоперационные значения при визуализирующих исследованиях: транскраниальная доплерография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная перфузия или систолическое артериальное давление >180 мм рт. ст.
4. Отсутствие признаков новой ишемии головного мозга, послеоперационной окклюзии сонной артерии и метаболических или фармакологических причин.

Ранняя диагностика реперфузионного повреждения головного мозга очень важна, поскольку возможно предотвратить патологический процесс на ранней стадии. Первоначально отек, связанный с реперфузионным синдромом, является обратимым.

Одним из эффективных методов профилактики РПГМ является гломус-сберегающая операция. Преимущество представленной каротидной эндартерэктомии заключается в сохранении целостности каротидного гломуса и барорецепторов. Авторы неоднократно подтверждали стабильность послеоперационных показателей артериального давления при гломус-сберегающих техниках вмешательства; при повседневной эверсионной каротидной эндартерэктомии получена значимая разница с тенденцией к сложно управляемой гипертензии на фоне повреждения или отсечения каротидного гломуса .

В нашем центре за период с 2021 по 2022 год выполнено 20 синус-сберегающих операций, из которых только у 1 пациента наблюдалась стойкая гипертензия в послеоперационном периоде.

Клиническое наблюдение

Пациент 58 лет, поступил в ФГБУ «ИНВХ им.В.К. Гусака» Минздрава России с жалобами на периодические головные боли, головокружения, повышенное артериальное давление.

В анамнезе: Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, функциональный класс 3. Диффузный кардиосклероз. Недостаточность митрального клапана 1-2 степени. Атриовентрикулярная блокада 1 степени. Сердечная недостаточность 2А с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ – 57%). Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск 3. Своим «рабочим» давлением считает 150/90.

Объективный статус: общее состояние средней степени тяжести. ЧДД 15 в мин. Деятельность сердца ритмичная, аускультативно тоны сердца ясные. ЧСС 80 уд. в мин. Пульс без дефицита, удовлетворительных свойств. АД: D = S = 150/80. Пульсация в проекции сонных артерий: сохранена с обеих сторон, систолический шум выслушивается в проекции сонных артерий с обеих сторон.

Неврологический диагноз: Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность 2 степени с правосторонней рефлекторно-пирамидной недостаточностью, как проявление гипертонической болезни II стадии, критического стеноза правой внутренней сонной артерии, стеноза левой внутренней сонной артерии.

Пациенту было назначено дообследование:

По результатам КТ головного мозга были выявлены КТ-признаки церебральной макроангиопатии, умеренное расширение конвекситальных ликворных пространств.

На УЗДГ + ДС магистральных артерий шеи определяется атеросклеротический стеноз внутренних сонных артерий (ВСА) (D = 90 %; S = 70%). Критический стеноз внутренних сонных артерий с обеих

сторон, с выраженной гемодинамикой справа (D: Vps = 220 см/сек, S: Vps = 112 см/сек). Атеросклеротическая бляшка справа во внутренней сонной артерии до 50 %. Длина бляшки не пролонгирована, до 2,50-2,80 см.

При коронарографии обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии (ЛКА) (70%), стеноз 1-й порции ПМЖВ (80%), окклюзия от 1-й порции огибающей ветви (ОВ), стенозы до критических 1 и 3-й порции правой коронарной артерии (ПКА).

Учитывая данные дообследования первым этапом больному показано эндоваскулярное оперативное вмешательство в отделении рентген-васкулярной хирургии: стентирование ПКА, ПМЖВ, ЛКА.

В последнее время операцией выбора при выраженном стенозе ВСА является эверсионная каротидная эндартерэктомия. Однако при этой методике разрушается гломус, в результате чего часто бывает послеоперационная стойкая гипертензия, которая приводит к развитию РПГМ. В связи с этим ряд авторов (Р.А. Виноградов, А.Н. Казанцев, К.А. Анцупов и др.) предлагают использовать гломус-сберегающие операции.

Вторым этапом через 8 дней после стентирования коронарных артерий пациенту под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ была выполнена гломус-сберегающая каротидная эндартерэктомия справа по методу Казанцева.

Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей, гемодинамика стабильная, АД в пределах 120-130/75-80 (нормотония).

Выводы:

1) Применение гломус-сберегающих методик позволяет сократить частоту стойкой артериальной гипертензии.

2) Стратегия профилактики реперфузионного повреждения головного мозга включает надлежащий контроль артериального давления в периоперационном периоде, а также учет сроков операции и типа анестезии.

Иванина Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) является важным элементом региональной политики в сфере здравоохранения, так как напрямую влияет на качество жизни населения, уровень заболеваемости и продолжительность жизни. В новых субъектах Российской Федерации в данном направлении предстоит большая работа. Это важный аспект в сфере развития здравоохранительной политике. Поэтому считаем необходимым рассмотреть основные мероприятия в этой сфере.

Выделим несколько ключевых аспектов, которые являются приоритетными при разработке и реализации такой политики.

В первую очередь надо говорить о вопросах просвещения населения. Данные мероприятия могут быть реализованы в виде всевозможных кампаний по информированию о принципах здорового питания, физической активности, психического здоровья и отказа от вредных привычек. Успешность в реализации данных мер позволит достичь и одновременное обучение специалистов. Речь идёт о подготовке медицинских работников и социальных работников для проведения подобных образовательных мероприятий.

Не маловажным аспектам в рамках рассматриваемой проблемы является и создание соответствующей инфраструктуры. Работа в этом направлении предполагает:

- строительство и модернизация спортивных комплексов, площадок и зон для активного отдыха;
- разработка пешеходных и велодорожек, создание зеленых зон для прогулок и занятий спортом.

Для выполнения этих мер эффективным представляется поддержка гражданских инициатив. Организация и проведение всевозможных конкурсов социальных проектов в данном контексте, в том числе среди студентов, являются значимым источником поступления свежих идей. Развитие социальных проектов в рамках поддержки местных инициатив, направленных на популяризацию ЗОЖ, позволит уже сейчас на регулярной основе организовывать различные спортивные мероприятия, фестивали здоровья и т.п. В данной практике поможет и партнерство с некоммерческими организациями (НКО, работающими в области здравоохранения и профилактики заболеваний).

Должно формироваться также и понимание необходимости здорового питания. На региональном уровне в составе политики в сфере здравоохранения должны быть рассмотрены и вопросы в области питания. На уровне государственного мер следует обеспечивать доступность здоровой пищи, например, устойчивое развитие местного производства продуктов питания, создание рынков и ярмарок с экологически чистыми продуктами, контроль за питанием в учреждениях, в том числе и обеспечение соблюдения стандартов питания для школ, детских садов и медицинских учреждений – все это элементарные действия способные обеспечить достижение общей цели.

Качество и эффективность разработанных и реализуемых мер подлежит оценке на основе мониторинга, который, в результате сбора данных из регулярных опросов и исследований, позволит оценить состояние здоровья населения и уровень распространенности вредных привычек. Получение подобных аналитических показателей, после их систематизации предоставит информацию о результативности реализованных инициатив, а также позволит вовремя корректировать используемые методы на основе полученных данных.

В целом, формирование здорового образа жизни требует комплексного подхода и активного участия всех слоев общества. Региональная политика должна быть направлена на создание условий, способствующих принятию здоровых привычек, что в свою очередь приведет к улучшению здоровья населения и снижению бремени заболеваний.

Иванова И.П., Романенко К.В., Краснощеких А.А., Ермилова Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАКЦИОННОГО СО₂ ЛАЗЕРА ДЛЯ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ

Цель. Оценить эффективность косметической коррекции рубцов различного генеза методом фракционного фототермолиза СО₂ лазерной системой.

Материалы и методы. У 20 пациентов (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 18 до 40 лет с рубцами (нормотрофические – у 13, атрофические – у 5 и гипертрофические – у 2) различного генеза проведена косметическая коррекция рубцов с помощью фототермолиза СО₂ лазерной системой MedArt FRx intens с длиной волны 10600 нм, с количеством процедур от 5 до 8.

Среди 20 пациентов у 2 из них отмечены послеоперационные гипертрофические рубцы, у 13 – нормотрофические (посттравматические – у 9 и послеоперационные – у 4), атрофические постакне – у 5 человек.

Результаты. Значительное улучшение (максимально полное сглаживание краев и дна рубцов, нивелирование грубой границы между рубцом и здоровой кожей) достигнуто у 12 пациентов (у 7 – с посттравматическими и у 5 – с атрофическими рубцами постакне); улучшение средней степени выраженности (неполное сглаживание, незначительное улучшение цвета кожи в области рубца) – у 4 (у 2 – с посттравматическими и у 2 – с послеоперационными рубцами); удовлетворительный результат (незначительное сглаживание краев и дна рубца, отсутствие изменений цвета в области рубца) зафиксирован у 2 пациентов с послеоперационными рубцами в области суставов; отсутствовал результат (в процессе лечения не отмечено никаких изменений) у 2 пациентов с гипертрофическими послеоперационными рубцами.

Выводы. Косметическая коррекция послеоперационных и посттравматических рубцов с использованием фракционной лазерной шлифовки СО₂ лазерной системой является оптимальным эстетическим методом, дающим наилучшие результаты при лечении посттравматических нормотрофических и атрофических рубцов.

Иванова Л.Н., Холина Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГЛИЦИН, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ В ПЕРИОД ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Существует ряд причин, препятствующих достижению конечной цели кардиопротективной и антиангинальной терапии у больных с коморбидностью ишемической болезни сердца (ИБС), субклинического гипотиреоза (СГТ) и расстройства адаптации (РА). Медикаментозные методы воздействия на основные патогенетические механизмы сочетанного течения ИБС и СГТ обладают эффективностью, но не позволяют полностью нивелировать проявления РА.

Под нашим наблюдением находилось 109 больных ИБС в сочетании с СГТ на фоне РА, которых разделили на три подгруппы: 1 (n=35), больные которой получали стандартную терапию (СТ) при ИБС и СГТ в сочетании с глицином по 1 таблетке 3 раза в день; 2 (n=35) получали СТ в сочетании с препаратом, содержащим глицин, глутаминовую кислоту и цистин (ГГЦ) по 1 таблетке 3 раза в день; 3 (n=39) получали только СТ. На этапе динамического наблюдения для достижения стойкой ремиссии, а также профилактики прогрессирования симптомов дезадаптации применялся глицин и ГГЦ, который улучшает психоэмоциональное состояние и ускоряет восстановление работоспособности. У обследованных пациентов до начала проведения медицинской реабилитации определялись проявления астенического, астеноневротического и астенодепрессивного регистров, частота которых практически не отличалась в подгруппах ($p \geq 0,05$).

Повторное клиническое обследование, которое было проведено через 30 дней после начала наблюдения, позволило установить существенное улучшение психоэмоционального состояния здоровья и снижение уровня проявлений астенического, астеноневротического и астенодепрессивного синдромов у большинства больных 1 и 2 подгрупп. У пациентов 1 подгруппы отмечалось улучшение общего самочувствия, нормализация эмоционального состояния, уменьшились симптомы умственной и физической астении, повысилась работоспособность. Степень астении по шкале MFI-20 снизилась (на 14,1%; $p < 0,05$), средний балл качества жизни (КЖ) составил ($69 \pm 0,42$). На фоне улучшения общего самочувствия у пациентов 2 подгруппы в течение первых двух недель происходило уменьшение проявлений психоэмоциональной лабильности, связанных с РА и степени выраженности астенических расстройств по шкале MFI-20 (на 19,6%; $p < 0,05$), средний балл КЖ составил ($74 \pm 0,48$), т.е. для достижения стойкой ремиссии и профилактики прогрессирования симптомов дезадаптации целесообразно применение комбинированного препарата ГГЦ, который улучшает психоэмоциональное состояние и ускоряет восстановление работоспособности. У пациентов 3 подгруппы сохранялись симптомы психоэмоциональной лабильности и астеновегетативного синдрома.

Таким образом, анализ показал, что препарат глицин эффективен у больных с психоэмоциональной лабильностью, а при выявлении симптомов умственной и физической астении в сочетании с психоэмоциональной лабильностью результативней применение ГГЦ.

Иванова Л.Н., Холина Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Для объективизации функционального класса сердечной недостаточности и определения толерантности к физической нагрузке у больных с сочетанным течением ишемической болезни сердца (ИБС), субклиническим гипотиреозом (СГТ) и расстройством адаптации (РА) был проведён тест с 6-минутной ходьбой (6MWD) в сочетании с пульсоксиметрией.

Под нашим наблюдением находилось 306 больных ИБС (женщин 71,6%; мужчин - 28,4%), средний возраст которых составил $56,9 \pm 5,4$ года. У 107 больных ИБС протекала в сочетании с СГТ и РА (основная группа), у 199 – носила изолированный характер (группа сравнения). Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты 6MWD в основной группе в среднем составили $331 \pm 22,6$ м, тогда как в группе сравнения пациенты за 6 минут в среднем преодолели $389 \pm 26,8$ м, что на 16,5% меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). В процессе прохождения теста 6MWD ангинозные боли возникли у 39 (35,7%) больных основной группы и у 83 (42,1%) больных группы сравнения, одышка - у 70 (64,2%) и 114 (57,9%) соответственно. Между группами была установлена статистически значимая разница: ангинозные боли чаще на 17,9% ($p < 0,05$) встречались в группе сравнения, одышка, наоборот, чаще на 10,9% ($p < 0,05$) в основной группе.

Сатурация крови в условиях покоя у больных основной группы составила $95,17 \pm 0,19\%$. После проведения теста с 6 минутной ходьбой сатурация оставалась в пределах нижней границы нормы – $94,38 \pm 0,13\%$. Статистически значимой разницы для группы сравнения установлено не было, в среднем она составила $96,12 \pm 0,43\%$, после проведения пробы – $94,89 \pm 0,17\%$ ($p > 0,05$).

Таким образом, тест с 6-минутной ходьбой выявил более низкую толерантность к физической нагрузке у больных с сочетанным течением ИБС, СГТ и РА, о чем свидетельствовала более короткая дистанция, пройденная больными за 6 минут, при сохранённых показателях сатурации крови. Основными причинами прекращения пробы стали развитие типичного приступа стенокардии или одышка. Кроме того, полученные результаты пробы 6MWD позволили четко распределить обследованных больных по функциональному классу хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН) по классификации New York Heart Association (НУНА). При этом полученные данные подтверждают более выраженные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у больных основной группы.

По результатам проведения теста у больных основной группы реже встречался ФК I и чаще ФК III ХСН со статистически значимой разницей относительно группы сравнения ($p < 0,05$). Так, больных с ФК I в основной группе было выявлено на 37,4% ($p < 0,05$) меньше относительно группы сравнения, с ФК II и ФК III, наоборот, больше на 7,5% ($p > 0,05$) и 19,5% ($p < 0,05$) соответственно.

Иванова О.Ю., Коростелева Е.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА

Тромбогенные мутации и полиморфизмы являются этиопатогенетическим триггером синдрома потери плода и осложнений беременности.

Поиск новых подходов к диагностике, коррекции нарушений гемостаза до и во время беременности является актуальной задачей. Ее решение будет способствовать снижению частоты репродуктивных потерь.

Целью исследования была оценка распространенности и роли тромбогенных мутаций и полиморфизмов в генезе синдрома потери.

Ретроспективно проводился анализ индивидуальных карт, историй родов 152 пациенток Курской области с синдромом потери плода. Все женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 74 женщины с потерями беременности в I триместре, во вторую – 78 пациенток с репродуктивными неудачами во II, III триместрах.

Определялось наличие тромбофилических мутаций (FV: 1691 G/A; FII: 20210 G/A) и полиморфизмов: MTRR:A66G, MTHFR:677C/T, MTR:A2756G, PAI-1:6755G/4G методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Обработка результатов проводилась с использованием статистических программ.

В первой группе выявлено, что при наличии изолированного полиморфизма (9,5% (7 женщин) во всех случаях был диагностирован полиморфизм гена MTHFR в гетерозиготной форме. У большинства (57,1% /4) таких пациенток была одна репродуктивная потеря на сроках от 10 до 12 недель. Мультигенные полиморфизмы выявлены у 90,5% (67 женщин) с потерями беременности на ранних сроках. Сочетание двух полиморфизмов обнаружено у 43,4% (29 женщин). При сочетании двух полиморфизмов чаще всего встречается комбинация гена фолатного цикла и PAI-1 (75,9%/22). 1 и более потерь беременности с 10 до 12 недель гестации была в 41,4% (12), 3 потери на ранних сроках в остальных случаях 68,6% (17). При сочетании трех и более полиморфизмов (в большинстве случаев были выявлены сочетания MTHFR, MTRR, MTR и PAI-1) более чем в 90% случаев были 3 потери на ранних сроках.

Во второй группе у 2,6% (2) пациенток диагностирована мутация Лейдена в гетерозиготной форме. По данным анамнеза у этих женщин были 2 замершие беременности на сроках 12 и 16 недель у одной из женщин, у другой – антенатальная гибель плода на сроке 29 недель в связи с отслойкой плаценты. У 12,8% (10) пациенток диагностирован изолированный генетический полиморфизм гена MTHFR в гетерозиготной форме, у 2,6% (2) – в гомозиготной. Мультигенные полиморфизмы выявлены у 82,1% (64) женщин. Сочетание двух полиморфизмов обнаружено у 65,6% (42) женщин. Чаще всего встречается комбинация гена фолатного цикла и ингибитора активатора плазминогена - 1 (73,8%/31). У пациенток с 2-мя полиморфизмами потери беременности на фоне фетоплацентарной недостаточности на сроках 12-22 недели имели 42,9% (18) женщин, на сроке 22-36 недель – 50% (21), у 7,1% (3) женщин репродуктивные потери были на доношенном сроке. Сочетание трех и более полиморфизмов выявлено у 34,4% (22) пациенток (преимущественно комбинация генов фолатного цикла и PAI-1).

Таким образом, анализ структуры генетических полиморфизмов среди женщин Курской области с синдромом потери плода отражает эндемичность в регионе полиморфизмов преимущественно генов фолатного цикла (MTHFR, MTR, MTRR) и PAI-1, что диктует необходимость разработки индивидуальных подходов к тактике ведения женщин с синдромом потери плода в Курской области.

Ивашикин Ю.М.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В Санкт-Петербурге специализированные структурные подразделения медицинских организаций – центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), согласно установленной маршрутизации (распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 18.01.2022 № 18-р) предоставляют первичную специализированную онкологическую медико-санитарную помощь пациентам по территориальному принципу. Именно в указанные подразделения должны направляться пациенты при подозрении или установлении диагноза онкологического заболевания. Следует обратить внимание, что прерогатива для направления пациентов в указанные профильные подразделения медицинских организаций в соответствии с требованиями приказа Минздрава Российской Федерации № 116н возложена на врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов. Сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать трех рабочих дней, что установлено требованиями Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353).

Вместе с тем, проведенный в 2023 году анализ свидетельствует, что подозрение на онкологическое заболевание может быть установлено различными медицинскими организациями. Только половине пациентов (51,2%) подозрение на онкологическое заболевание было установлено в ЦАОП. Большинство из этих структур расположены на базе территориальных поликлиник, это является благоприятным фактором для обеспечения доступности медицинской помощи, поскольку в рамках одной медицинской организации могут быть созданы необходимые условия для последующего этапа обследования пациентов. У 2,5% пациентов подозрение на онкологическое заболевание определяется при обращении в свою территориальную поликлинику, в том числе при диспансеризации, что также следует считать благоприятным условием для обеспечения своевременного их направления на последующие этапы оказания медицинской помощи, поскольку именно в этих случаях будут соблюдены установленные принципы маршрутизации пациентов в ЦАОП.

В 46,3% случаях подозрение на онкологическое заболевание устанавливается при обращении пациентов в по иным профилям в стационары, консультативно-диагностические центры, медицинские организации негосударственных форм собственности, федеральные клиники. В таких ситуациях для соблюдения дальнейшей маршрутизации пациенты должны повторно обращаться за направлением для получения первичной специализированной онкологической медико-санитарной помощи в свою поликлинику в соответствии с требованиями установленной маршрутизации, что может увеличивать сроки ее получения.

Выявленные обстоятельства демонстрируют устоявшееся нарушение маршрутизации пациентов онкологического профиля: подозрение на наличие онкологического заболевания устанавливается не силами ЦАОП, а медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь более высокого звена, которые должны обеспечивать лечение пациентов при уже установленном диагнозе злокачественного новообразования, а не при подозрении на него.

Иващенко Д.А., Щабельская С.А., Лымарь Д.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДЕБЮТ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Актуальность: в настоящее время отмечается увеличение количества случаев постковидного синдрома, который может проявляться различными осложнениями, включая аутоиммунные заболевания, такие как язвенный колит (ЯК). Изучение данного клинического случая позволит глубже понять связь между перенесенной коронавирусной инфекцией и развитием аутоиммунных патологий.

Цель исследования: проанализировать клинический случай развития ЯК у пациентки после перенесенной COVID-19 ассоциированной пневмонии, изучить динамику заболевания и эффективность лечения.

Материалы исследования: использована медицинская документация пациентки: истории болезни, результаты исследований (КТ ОГК, ФКС, биопсия кишечника, ОАК, биохимический анализ крови), консультативные заключения профильных специалистов.

Результаты исследования: Обзор клинического случая - в октябре 2020 г. пациентка перенесла вирусную инфекцию COVID-19, осложненную двусторонней пневмонией – данные компьютерной томографии (КТ): полисегментарная пневмония по типу матового стекла предположительно вирусной этиологии, по поводу чего в течение ноября 2020 г. получала антибактериальную терапию, ГКС, НПВС. При контроле КТ - положительная динамика, пневмония разрешилась. Некоторое время чувствовала себя относительно удовлетворительно.

В 2021 году обратилась в ИНВХ с жалобами на появление примеси крови в кале, сопровождающееся выраженным послаблением стула, была обследована. На колоноскопии 12.03.21 - слизистая оболочка прямой кишки, левой половины ободочной кишки, поперечно-ободочной кишки рыхлая, ярко гиперемирована с петехиальными кровоизлияниями, контактно кровоточит, на всем протяжении мелкие поверхностные эрозии, большое к-во слизи с гнойными напластованиями. На биопсии диффузная выраженная лимфогистиоплазмочитарная инфильтрация, с примесью сегментоядерных лейкоцитов. Госпитализирована 17.06.21 в ГЭО РКБ им.Калинина с диагнозом: ЯК, острое течение, с поражением поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной и прямой кишки, выраженной степени активности. На фоне проведенного лечения самочувствие больной несколько улучшилось. Выписана с рекомендациями: салофальк 4 г/день, медрол 16 мг со снижением дозы до полной отмены.

Последняя фиброколоноскопия 06.07.23: складки, обычные, в нисходящей ободочной кишке отечные. Сосудистый рисунок сохранен, а в левой половине толстой кишки смазан. Слизистая ярко-розового цвета, а в левой половине толстой кишки гиперемирована, отечная, эрозирована, контактно ранимая. Выводы: ЯК с преимущественным поражением левых отделов толстого кишечника. Умеренной степени активности. На биопсии хронический колит с умеренной лимфоплазмочитарной инфильтрацией с примесью эозинофилов и нейтрофилов. Выставлен Дз.: ЯК, хроническое непрерывное течение, тотальная-форма, атака средней степени тяжести (7б по шкале Мейо) с наличием внекишечных проявлений (периферическая артропатия).

Учитывая прогрессирующий характер заболевания, показан постоянный прием базисной терапии (адалимумаб) 40мг подкожно 1 раз в 2 недели под контролем ОАК, билирубина, АСТ, АЛТ, креатинина 1 раз в месяц. На фоне приема биологических препаратов состояние больной улучшилось.

Выводы: последние данные позволяют обсуждать общие патогенетические механизмы аутоиммунных заболеваний и COVID-19 и предполагать, что SARS-CoV-2 может выступать в качестве пускового фактора для развития быстрой аутоиммунной и/или аутовоспалительной патологии. Данный клинический случай подтверждает гипотезу о возможности развития аутоиммунных заболеваний после COVID-19.

Игнатенко Г.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АДАПТАЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В настоящее время в здравоохранении происходит формирование новой стратегии оценки здоровья человека на основе определения показателей функциональной дееспособности организма и его резервов как критериев индивидуального здоровья в целях эффективного использования особенностей механизмов обеспечения гомеостаза в интересах здоровьесбережения и увеличения продолжительности жизни. В связи с этим актуальным видится расширение возможностей адаптационной медицины, что призвано способствовать качественному долголетию и рождению более здорового поколения людей путем повышения адаптационного резерва организма.

Адаптационная медицина предполагает использование эффективных немедикаментозных подходов к сохранению и развитию физиологических и психических функций, а также восстановлению их отклонений, путем реализации общеоздоровительной практики, превентивно-оздоровительной концепции, технологий, направленных на повышение адаптивного потенциала и нейротехнологий.

В медицинской практике для повышения адаптационного потенциала человека уже используются технологии, основанные на принципах адаптационной медицины, например: физические тренировки в различных режимах, интервальные гипоксические тренировки, протоколы естественной акклиматизации, гипертермического кондиционирования, холодной адаптации, локальной и дистантной ишемии-реперфузии, техники механо- и электро-стимуляции и ряд других.

Формирование долгосрочных механизмов адаптации к гипоксии, которая представляет собой фундаментальный стрессорный раздражитель, индуцирующий приспособление физиологических систем организма к снижению содержанию кислорода во вдыхаемом воздухе, является одним из перспективных подходов. Возможности гипоксического кондиционирования в стимуляции адаптационного потенциала человека заложили основу одного из немедикаментозных методов – интервальной гипокситерапии. При адаптации к экзогенной гипоксии помимо повышения эффективности кислород-транспортной функции крови наблюдается увеличение мощности стресс-лимитирующих систем. Так, результатом активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы является повышение плазменного уровня глюкокортикоидов, которые индуцируют внутриклеточный синтез липокортинов, последние, в свою очередь, подавляют мембранную фосфолипазу A2 и таким образом предотвращают разрушение фосфолипидов плазмолеммы и мембран лизосом, снижая повреждающее действие гипоксического фактора и препятствуя развитию гипоксического некробиоза. Результатом длительно повторяющегося воздействия гипоксии является повышение резистентности (толерантности) тканей к недостатку кислорода. При интервальной нормобарической гипоксии в адаптационные реакции на молекулярно-клеточном уровне вовлечены различные сигнальные пути (кальциевый, инозитолфосфатный) и медиаторные системы (холин-, аденозин-, глутаматергическая), препятствующие дестабилизации внутриклеточного метаболизма и структурных элементов клеток за счет индукции биосинтеза и накопления ряда специфических транскрипционных факторов.

Таким образом, формирование научного направления «Адаптационная кардиология» будет первым в мировой практике шагом в систематизации междисциплинарных знаний и опыта отечественных кардиологов, репродуктологов, неонатологов, педиатров, геронтологов, реабилитологов, а также позволит разрабатывать и повсеместно внедрять прорывные немедикаментозные технологии адаптационной медицины, исключая побочные эффекты лекарственной терапии для сохранения здоровой жизни населения и обеспечения активного долголетия.

*Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Голодников И.А., Михайличенко Е.С., Котова К.А.,
Сабельникова Я.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДОЗИРОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение. Сочетание сахарного диабета (СД) 2 типа и (ХСН) представляет собой важную проблему современной медицины. Комбинация этих двух состояний существенно ухудшает прогноз, а также взаимно отягощает течение каждого из них.

Цель исследования. Изучить влияние различных режимов дозирования блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на структуру и функцию ЛЖ у лиц с сочетанием СД 2 типа и ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материалы и методы. В рандомизированном проспективном исследовании участвовали 41 человек (23 мужчины и 18 женщин, средний возраст $66,4 \pm 12,2$ лет) с СД 2 типа в сочетании с ХСН II-III функциональных классов (ФК). Они были разделены на две подгруппы: с приемом либо низких доз блокаторов РААС (лосартан 50 мг/сут и спиронолактон 25 мг/сут) – 19 больных, либо их более высоких доз (лосартан 100-150 мг/сут и спиронолактон 50 мг/сут) – 22 больных. Затем эти же больные были разделены еще на две подгруппы: одна из них получала комбинацию дапаглифлозина в дозе 10 мг/сут с другими сахароснижающими средствами (обычно с метформином) – 25 больных; вторая – иные режимы (без дапаглифлозина) – 16 больных. Период наблюдения – $11,4 \pm 2,7$ месяца. В ходе наблюдения выполняли общеклинические и биохимические исследования, эхокардиографию. Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Блокаторы РААС переносились удовлетворительно, значимого повышения уровней креатинина и калия не отмечалось. Прирост ФВ ЛЖ составил с $33,4 \pm 4,8\%$ до $36,6 \pm 5,1\%$ в подгруппе низких доз блокаторов РААС и с $34,2 \pm 5,2\%$ до $39,6 \pm 4,7\%$ в подгруппе более высоких доз. Индекс массы миокарда ЛЖ снизился соответственно с $137,4 \pm 15,5$ г/м² до $128,5 \pm 20,3$ г/м² и с $139,6 \pm 19,2$ г/м² до $130,4 \pm 22,9$ г/м². Соотношение E/e' – с $9,91 \pm 1,28$ до $9,52 \pm 1,31$ и с $9,84 \pm 1,14$ до $8,75 \pm 0,97$ соответствующим образом. Различия показателя Δ (разница между конечным и начальным значениями) для всех этих показателей между группами были достоверны, $p < 0,05$.

Выводы. Представленные режимы дозирования блокаторов РААС у исследуемой категории пациентов переносились удовлетворительно. Применение всех указанных режимов благоприятно влияло на общее состояние пациентов, а также на структурные и функциональные параметры ЛЖ. Более выраженные благоприятные эффекты отмечались у лиц, принимающих более высокие дозы блокаторов РААС. Также следует отметить, что указанные изменения были более выражены в подгруппе с приемом дапаглифлозина.

*Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Дубовая А.В., Науменко Ю.В.,
Валигун Я.С., Христуленко А.Л.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Первичная специализированная аккредитация специалистов (далее – ПСА) проводится в отношении лиц, завершивших освоение программ подготовки кадров высшей квалификации и программ профессиональной переподготовки, а также лиц, получивших образование на территории иностранного государства. В декабре 2023г. – январе 2024г. в Аккредитационно-симуляционном центре (далее – АСЦ) ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России впервые прошла ПСА, участие в которой приняли 338 человек по 29 специальностям, из них 226 целевиков. Успешно завершили процедуру ПСА 333 (98,5%) ординатора, из которых 225 специалиста проходили обучение по целевому договору. 7 аккредитованных специалистов приступили к работе в качестве хирургов, терапевтов, анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, дерматовенерологов в рамках реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» («Земский доктор»). Не прошли ПСА 5 человек (1,5%): по специальности «Хирургия» – 1 чел. (не прошла 1 этап), по специальности «Терапия» – 2 чел. (не прошли 2 этап), по специальности «Фармацевтическая технология» – 2 чел. (не прошли 1 этап). В январе – июне 2024г. проходила ПСА 69 специалистов, завершивших профессиональную переподготовку, по следующим специальностям: «Педиатрия» (4 чел.), «Эндокринология» (1 чел.), «Гастроэнтерология» (4 чел.), «Стоматология детская» (2 чел.), «Кардиология» (7 чел.), «Профпатология» (7 чел.), «Скорая медицинская помощь» (4 чел.), «Анестезиология-реаниматология» (3 чел.), «Стоматология ортопедическая» (4 чел.), «Стоматология хирургическая» (3 чел.), «Стоматология терапевтическая» (10 чел.), «Стоматология общей практики» (1 чел.), «Функциональная диагностика» (8 чел.), «Ультразвуковая диагностика» (11 чел.). В сентябре 2024г. в АСЦ успешно прошли ПСА 11 выпускников ординатуры ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» по специальностям: «Судебно - медицинская экспертиза» – 5 чел., «Психотерапия» – 2 чел., «Ревматология» – 2 чел., «Бактериология» – 1 чел., «Общая гигиена» – 1 чел. С октября 2024г. по настоящее время успешно прошли ПСА 175 человек (96,7%) по 39 специальностям, из них 5 чел. из Запорожской области по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». По состоянию на 20.11.2024г. периодическая аккредитация проведена по 23 специальностям (91 человек): «Хирургия» – 3 чел., «Дерматовенерология» – 6 чел., «Эпидемиология» – 1 чел., «Терапия» – 6 чел., «Стоматология ортопедическая» – 9 чел., «Стоматология терапевтическая» – 19 чел., «Стоматология хирургическая» – 3 чел., «Стоматология общей практики» – 3 чел., «Стоматология детская» – 1 чел., «Эндокринология» – 1 чел., «Скорая медицинская помощь» – 1 чел., «Ортодонтия» – 2 чел., «Общая врачебная практика (семейная медицина)» – 3 чел., «Ультразвуковая диагностика» – 6 чел., «Анестезиология – реаниматология» – 3 чел., «Акушерство и гинекология» – 8 чел., «Офтальмология» – 1 чел., «Психиатрия» – 2 чел., «Психиатрия-наркология» – 1 чел., «Медицинская психология» – 1 чел., «Педиатрия» – 1 чел., «Организация здравоохранения и общественное здоровье» – 9 чел., «Управление и экономика фармации» – 3 чел.

Выводы. В декабре 2023г. – ноябре 2024г. в АСЦ ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России прошла первичная специализированная аккредитация (уровень ординатуры и профессиональной переподготовки), которую успешно завершили 578 специалистов по 48 специальностям. Основными задачами на 2024-2025 учебный год являются: организация ознакомительных занятий, способствующих повышению качества подготовки на основе новых организационных форм, методов обучения и контроля; обеспечение последовательности и преемственности в освоении практических навыков по программам последипломного и дополнительного профессионального образования; создание методического обеспечения процесса практической подготовки обучающихся, формирование алгоритмов развития ситуаций; успешное проведение первичной специализированной и периодической аккредитации.

Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Аршавская И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В НАЗНАЧЕНИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Лечение артериальной гипертензии (АГ) у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД2) представляет собой непростую задачу. Такие варианты АГ, как резистентная (РАГ) и изолированная систолическая АГ (ИСАГ), нередко встречающиеся при СД2, требуют применения дифференцированного подхода к выбору гипотензивных препаратов.

Цель. Изучить клинико-лабораторные и инструментальные особенности АГ у больных с СД2, оценить эффективность комбинированной гипотензивной терапии с использованием спиронолактона, моксонидина и дапаглифлозина у данной категории лиц.

Методы. В исследование вошли 139 больных с СД2 в сочетании с АГ (46% мужчин и 54% женщин в возрасте $73,9 \pm 11,7$ лет). РАГ диагностировали в случае недостижения целевых уровней артериального давления (АД), несмотря на прием трех классов гипотензивных средств. ИСАГ устанавливали при уровнях систолического АД >140 мм рт. ст. и диастолического АД <90 мм рт. ст. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические анализы, амбулаторное мониторирование АД (АМАД), эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и пробу с реактивной гиперемией (РГ). У части лиц оценивали эффективность 2 режимов комбинированной гипотензивной терапии: к стандартному «тройному» лечению (сартан или ингибитор ангиотензин-превращающего фермента + антагонист кальция + тиазидоподобный диуретик) добавляли либо спиронолактон (25 мг/сут, 44 больных), либо моксонидин (0,2 мг/сут, 47 человек). При отсутствии достижения целевых цифр АД на фоне длительного лечения к нему добавляли дапаглифлозин (10 мг/сут). Длительность наблюдения – $12,7 \pm 7,2$ мес. Результаты обрабатывали с использованием Microsoft Excel 2007.

Результаты. РАГ была выявлена в 41% случаев, АГ без резистентности к гипотензивному лечению – в 59%; ИСАГ имела в 58% наблюдений, систоло-диастолическая АГ – в 42%. РАГ была достоверно связана с такими факторами, как давность СД2 ≥ 10 лет; $HbA1C \geq 8\%$; $HOMA-IR \geq 4$; $HOMA-B < 60$; уровни мочевой кислоты ≥ 420 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин; категория АМАД «night-peaker». С ИСАГ оказались связаны возраст ≥ 70 лет, женский пол, $HOMA-B < 60$, категория АМАД «non-dipper», толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии $> 1,5$ мм и отсутствие вазодилатирующего ответа плечевой артерии в пробе с РГ. Использование в составе комбинированной гипотензивной терапии спиронолактона было более эффективным при РАГ и ИСАГ, а также у лиц с альбуминурией и СКФ ≥ 60 мл/мин; моксонидин оказался более эффективным при систоло-диастолической АГ, при неудовлетворительном контроле гликемии, СКФ < 60 мл/мин. Применение дапаглифлозина при РАГ позволило получить дополнительный гипотензивный эффект и улучшить суточный профиль АД.

Выводы. Результаты исследования показали, что РАГ и ИСАГ часто представлены при СД2, имеют ряд особенностей и отличаются по ответу на гипотензивное лечение. Результаты исследования позволяют говорить о возможности более широкого использования в качестве компонентов комбинированного лечения у лиц с СД 2 типа при систоло-диастолической АГ – моксонидина, при ИСАГ – спиронолактона, при РАГ – спиронолактона и дапаглифлозина. Применение дапаглифлозина у лиц с СД2 и РАГ продемонстрировало дополнительное самостоятельное гипотензивное действие данного препарата, что может существенно расширить его применение в клинической практике у больных с АГ.

Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Могилевская К.Э., Сабельникова Я.С., Беликов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ АЗИЛСАРТАНА И СПИРОНОЛАКТОНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) 2 типа часто сочетаются и взаимно усиливают неблагоприятное влияние на сосудистый и почечный прогноз. У больных с такой коморбидностью представляется важной сравнительная оценка возможностей отдельных представителей базовых классов гипотензивных препаратов, что может повысить эффективность использования лечебных программ.

Цель: проспективное изучение переносимости, гипотензивных и органопротекторных эффектов сочетания азилсартана и спиронолактона у больных с АГ и СД 2 типа.

Материал и методы исследования. Проведено рандомизированное сравнительное проспективное исследование переносимости и безопасности двух режимов гипотензивной терапии у больных с АГ и СД 2 типа продолжительностью 12 месяцев. Запланированный период наблюдения завершил 71 больной (38 мужчин и 33 женщины), средний возраст – $65,6 \pm 11,8$ лет. Продолжительность диабета составляла $9,6 \pm 1,8$ лет, средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1C) – $8,1 \pm 1,0\%$. У многих больных были представлены различные микро- и макросудистые осложнения, в том числе диабетическая ретинопатия – у 31 (43,7%), диабетическая нефропатия – у 26 (36,6%), диабетическая периферическая полинейропатия – у 36 (50,7%), проявления диабетической стопы – у 12 (16,9%), перенесенный инфаркт миокарда – у 19 (26,8%), фибрилляция предсердий – у 9 (12,7%); симптоматика ХСН имелась в 14 (19,7%) наблюдениях, 23 (32,4%) пациента ранее перенесли ишемические инсульты и/или транзиторные ишемические атаки. АГ относилась ко 2 степени в 43 (60,6%) случаях, к 3 степени – в 28 (39,4%). Рандомизация осуществлялась методом конвертов, выделяли группу А (прием азилсартана в дозах 40-80 мг/сут в сочетании со спиронолактоном 25-50 мг/сут) и группу Б (прием рамиприла 5-10 мг/сут с индапамидом 1,5-2,5 мг/сут). Диагностика АГ и СД 2 типа, как и их осложнений, базировалась на соответствующих отечественных и международных рекомендациях. На основании общепринятых подходов проводились общеклинические и биохимические исследования, оценка артериального давления (АД) в кабинете врача и с использованием амбулаторного мониторирования АД (АМАД), определяли индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) и толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТКИМ ОСА).

Результаты. Гипотензивное лечение в обеих группах ассоциировалось со статистически значимым уменьшением значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД соответственно). В группе А в сравнении с группой Б гипотензивный эффект оказался более значимым по выраженности и развивался быстрее. Степень снижения офисного САД в группе А составила за весь этот период $42,3 \pm 8,4$ мм рт.ст. ($25,0 \pm 5,0$ % от исходного значения), в группе Б – соответственно $29,3 \pm 6,2$ мм рт.ст. ($17,6 \pm 4,1$ %); для ДАД аналогичные значения составили в группе А $23,1 \pm 5,6$ мм рт.ст. ($23,5 \pm 4,3$ %), в группе Б – $12,6 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($13,0 \pm 2,4$ %), все $p < 0,05$. Более выраженный гипотензивный эффект лечения в группе А в сравнении с группой Б отмечен также по данным АМАД. В процессе лечения в обеих группах были зарегистрированы благоприятные изменения сердечно-сосудистого ремоделирования: среди больных группы А имело место снижение иММЛЖ на $-16,5 \pm 3,2$ г/м², процент снижения составил $-11,8 \pm 2,4\%$; в группе Б это снижение составило $-6,2 \pm 1,7$ г/м² и $-4,6 \pm 1,1\%$ соответственно, различия между группами статистически значимы, $p < 0,05$. Также в группе А в сравнении с группой Б более значительной оказалась и степень уменьшения ТКИМ ОСА – как в абсолютном выражении ($-0,36 \pm 0,11$ мм против $-0,22 \pm 0,09$ мм, $p < 0,05$), так и в относительном ($-24,5 \pm 5,6\%$ против $-14,8 \pm 3,5\%$, $p < 0,05$).

Закключение. У пациентов с сочетанием АГ и СД 2 типа оправдано более широкое использование азилсартана, обладающего высокой гипотензивной эффективностью и дополнительными благоприятными свойствами, в сочетании с антагонистом минералокортикоидных рецепторов спиронолактоном.

*Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Приколота О.А., Приколота А.В.,
Михайличенко Е.С., Голодников И.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭФФЕКТ КОМБИНАЦИИ ВАЛСАРТАНА/САКУБИТРИЛА НА ЭПИЗОДЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной формой аритмии, затрагивающей более 33 миллионов человек, и ее распространение, по прогнозам экспертов, будет только увеличиваться. Ингибитор рецепторов ангиотензина и неприлизина способен улучшить исходы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, таких как хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Тем не менее, его эффект на вероятность рецидива ФП остается недостаточно исследованным.

Цель исследования: оценить воздействие сочетания валсартана/сакубитрила (В/С) на частоту возникновения ФП у больных ХСН и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: В исследование были включены 65 пациентов с СД 2 типа и пароксизмальной формой ФП. Все участники имели ХСН II-III функциональных классов (ФК) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 50%. Всем испытуемым была назначена стандартная терапия согласно актуальным рекомендациям. Больные были рандомизированы на две группы: группа А, в которую вошли 23 пациента, получавших В/С в начальной дозе 100 мг в сутки с последующим увеличением до 400 мг в сутки, и группа Б, состоящая из 42 пациентов, принимавших лосартан, начиная с дозы 50 мг в сутки с титрованием до 150 мг в сутки. В ходе наблюдения всем пациентам проводились клинико-лабораторные исследования, эхокардиография с тканевым доплером (ЭхоКГ с ТД) и холтеровское мониторирование ЭКГ. Средняя продолжительность наблюдения составила 12,1 (4,2) месяца.

Результаты: Все пациенты удовлетворительно переносили лечение. В течение последних четырех месяцев наблюдения периодичность приступов ФП была значительно ниже у участников группы А по сравнению с пациентами группы Б (6 (21,1 %) в группе А против 22 (50 %) в группе Б), $p < 0,05$. У больных обеих групп наблюдалось достоверное снижение индекса объема левого предсердия, ФК ХСН, уровня гликированного гемоглобина, увеличение ФВ ЛЖ и улучшение диастолической функции ЛЖ по данным ЭхоКГ с ТД. Все положительные изменения были статистически значимо более выражены в группе А, чем в группе Б, с $p < 0,05$.

Выводы: Применение комбинации В/С у пациентов с ХСН в сочетании с СД 2 типа было связано с более низкой частотой рецидива ФП, удовлетворительно переносилось и оказывало более значимую благоприятную динамику в отношении показателей ФК ХСН, ФВ ЛЖ, индекса объема левого предсердия, отношения ранней диастолической скорости трансмитрального кровотока к ранней диастолической скорости движения кольца митрального клапана и уровней гликированного гемоглобина.

Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Ракитская И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ИНТЕГРАЛЬНОГО ДИАБЕТИЧЕСКОГО И КАРДИОРЕНАЛЬНОГО КОНТИНУУМА В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ

Во всем мире происходит увеличение распространенности сахарного диабета (СД). По данным Международной Диабетической Федерации численность пациентов с СД в возрасте 20-79 лет в мире на конец 2021 г. превысила 537 млн. В Российской Федерации (РФ) по данным Федерального регистра СД на 01.01.2022 г. состояло на диспансерном учете 4,9 млн. человек (3,34% населения).

В ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России предложена концепция интегрального диабетического и кардио-ренального континуума. этапы развития СД 2.

В преподавании вопросов сложной коморбидности СД ординаторам и врачам циклов профессиональной переподготовки, повышения квалификации велика роль полифункционального кластера «Внутренние болезни».

В основных образовательных программах ординатуры по специальностям: терапия, эндокринология, кардиология, нефрология, общая практика семейная медицина, неврология, офтальмология и другим, не менее 36 часов уделено вопросам интегрального диабетического и кардио-ренального континуума. Также большая роль уделяется вопросам сахарного диабета и его коморбидности в преподавании на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки для практикующих врачей. В дополнительных образовательных программах повышения квалификации этим вопросам уделяется не менее 18 часов, в программах профессиональной переподготовки – не менее 36-72 часов.

Вопросы интегрального континуума на последипломном образовании реализуются на 5 терапевтических кафедрах: пропедевтики внутренних болезней с лабораторией адаптационной медицины, внутренних болезней №2, №3, №4, кафедре терапии им. профессора А.И.Дядыка ФНМФО. За 2 года обучено 32 ординатора, 683 врача на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. На данный момент обучается 45 ординаторов и 35 врачей.

За 2 года использования в преподавании концепции интегрального диабетического и кардио-ренального континуума отмечено (тестирование, оценка практических навыков и умений):

- улучшение понимания вопросов СД 2 (клинические рекомендации) отмечено у 67% ординаторов и 49% практикующих врачей;
- улучшение знаний по клиническим рекомендациям в кардиологии отмечено у 52% ординаторов и 35% практикующих врачей;
- улучшение знаний по клиническим рекомендациям в нефрологии отмечено у 39% ординаторов и 24% практикующих врачей;
- увеличилась информированность об использовании новых препаратов для лечения СД;
- в журналах ВУЗа по вопросам интегрального континуума опубликованы 17 статей;
- защищены 7 кандидатских диссертаций;
- в НИР по вопросам континуума участвуют 9 ординаторов и 14 практических врачей.

Клинико-патофизиологическая концепция интегрального диабетического и кардио-ренального континуума расширяет кругозор обучающихся, повышает эффективность их практической и теоретической подготовки, улучшает знания о клинических рекомендациях и стандартах лечения. Использование ее в преподавании сложной и многогранной коморбидности способствует формированию навыков командной работы врачей разных специальностей. Гармоничное отражение интегрального континуума в работе научно-образовательного полифункционального кластера «Внутренние болезни» способствует реальному участию обучающихся на ПДО в научной работе.

Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Долженко С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Аккредитационно-симуляционный центр (далее – АСЦ) является структурным подразделением федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России), создан по Приказу МЗ ДНР № 2-О от 28.01.2022 с целью симуляционного обучения и организации процедуры аккредитации и сертификации специалистов медицинского и фармацевтического профиля в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами Российской Федерации. Первичная аккредитация (далее – ПА) специалистов проводится в отношении лиц, завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского образования, высшего фармацевтического образования, среднего медицинского образования, среднего фармацевтического образования, иного образования, претендующих на осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности. Впервые в Донецкой Народной Республике в июле 2023 года прошла ПА, участие в которой приняли 686 выпускников университета по следующим специальностям: «Лечебное дело» – 435 чел., «Педиатрия» – 59 чел., «Стоматология» – 79 чел., «Медико-профилактическое дело» – 23 чел., «Фармация» – 90 чел. Успешно завершили процедуру ПА 653 чел. (95,2%). Не прошли ПА 33 чел. (4,8%): по специальности «Лечебное дело» – 24 чел., «Стоматология» – 2 чел., «Фармация» – 3 чел., «Медико-профилактическое дело» – 1 чел. В июле-августе 2024г. в АСЦ прошла ПА специалистов высшего образования, участие в которой приняли 569 выпускников университета по следующим специальностям: «Лечебное дело» – 386 чел., «Педиатрия» – 60 чел., «Стоматология» – 69 чел., «Медико-профилактическое дело» – 28 чел., «Фармация» – 26 чел. В процедуре ПА специалистов среднего профессионального образования приняли участие 13 выпускников колледжа по специальности «Лечебное дело» (31.02.01). Успешно завершили процедуру ПА все выпускники колледжа (100%) и 514 (90,3%) выпускников университета, из них по специальности «Лечебное дело» – 355 чел., «Стоматология» – 59 чел., «Педиатрия» – 55 чел., «Медико-профилактическое дело» – 27 чел., «Фармация» – 18 чел. Успешно завершили ПА 1 специалист, окончивший Харьковский национальный медицинский университет и 1 специалист, окончивший Запорожский государственный медицинский университет, которые были допущены к участию в ПА, получив положительное решение Росздравнадзора и Рособнадзора о соответствии уровня образования и квалификации. Не прошли ПА 55 человек (9,7%): по специальности «Лечебное дело» – 31 чел., «Стоматология» – 10 чел., «Фармация» – 8 чел., «Педиатрия» – 5 чел., «Медико-профилактическое дело» – 1 чел. В сентябре 2024г. прошла ПА специалистов среднего образования из Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Горловский медицинский колледж», участие в которой приняли 10 выпускников по специальности «Фармация». Успешно завершили процедуру первичной аккредитации 80,0% выпускников колледжа. В ноябре 2024 года прошла ПА, участие в которой приняли 35 человек по следующим специальностям: «Лечебное дело» – 15 чел., «Педиатрия» – 3 чел., «Стоматология» – 9 чел., «Медико-профилактическое дело» – 1 чел., «Фармация» – 7 чел. Успешно завершили ПА 16 чел.

Выводы. В июле и ноябре 2024г. состоялась ПА специалистов высшего образования, участие в которой приняли 604 чел. по 5 специальностям, из них 530 чел. успешно прошли ПА В июле-сентябре 2024г. успешно прошли ПА 23 специалиста среднего профессионального образования, из них 13 чел. по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» (квалификация фельдшер), 10 чел. по специальности 33.02.01 «Фармация». Основными задачами в 2024-2025 учебном году являются: организация ознакомительных занятий, способствующих повышению качества подготовки на основе новых организационных форм, методов обучения и контроля; обеспечение последовательности и преемственности в освоении практических навыков по программам высшего образования; успешное проведение первичной аккредитации.

Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Первак М.Б., Игнатъева В.В., Долженко С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДОНЕЦКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Основным направлением функционирования образовательного учреждения медицинского высшего образования (ВО) является подготовка квалифицированных врачей и фармацевтов. Особую значимость эта деятельность имеет в Донецкой Народной Республике в связи с продолжающимся многолетним военным конфликтом, значительно возросшей нагрузкой на систему здравоохранения и существенным дефицитом врачебных и фармацевтических кадров.

Важным условием обеспечения должного качества медицинского и фармацевтического образования является реализация компетентностного подхода. Для того, чтобы студенты смогли овладеть всеми компетенциями, требуемыми для их будущей профессиональной деятельности, необходимо четко прописать весь комплекс компетенций по каждой специальности и обеспечить их достижимость и диагностичность (проверяемость).

Основная часть. Разработчики действующих государственных образовательных стандартов ВО сформулировали только универсальные и общепрофессиональные компетенции, предусмотрев необходимость каждой образовательной организации самостоятельно определить профессиональные компетенции на основе профессиональных стандартов, соответствующих профессиональной деятельности выпускников.

В Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации приказом ректора из специалистов соответствующих профилей были созданы рабочие группы по формированию компетенций по специальностям направления «Клиническая медицина» (специальности Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология), «Науки о здоровье и профилактическая медицина» (специальность Медико-профилактическое дело) и «Фармация» (специальность Фармация).

После формулирования перечня обязательных компетенций для каждой из них были определены индикаторы их достижения в обобщенных категориях «знать», «уметь», «владеть». Однако в связи с тем, что значительное большинство компетенций являются многосоставными, междисциплинарными и процесс их формирования проходит на различных кафедрах, для обеспечения их диагностичности (проверяемости) учебно-методическим отделом и кафедрами были установлены результаты обучения (конкретные знания, умения, навыки) в соответствии с целями конкретных дисциплин и практик. Далее была проведена соответствующая коррекция информационно-методического и материально-технического обеспечения учебного процесса для создания всех условий, способствующих достижению компетенции.

Для обеспечения эффективного контроля процесса формирования компетенций у студентов были внесены коррективы в структуры фондов оценочных средств (ФОС) по дисциплине и практике, а для проверки уровня достижения компетенций у выпускников - в структуры ФОС государственной итоговой аттестации (ГИА). Далее кафедрами при координации учебно-методического отдела созданы новые блоки ФОС по дисциплинам, практикам и ГИА по всем специальностям.

Помимо некоторых изменений структуры актуальные ФОС отличаются от предыдущих форматом тестовых заданий. Тестовое задание формулируется кратко, в форме утверждения, без повелительного наклонения и вопроса. Предлагаемые варианты ответов дополняют его до полного предложения. К каждому из заданий с выбором ответа предлагаются 4 варианта ответа, среди которых только один верный. Ни один из дистракторов не должен быть ча-

стично правильным ответом. Из ответов обязательно исключаются все повторяющиеся слова путем ввода их в основной текст тестовых заданий. Все ответы должны быть параллельными по конструкции и грамматически согласованными с основной частью задания теста.

Переход на такой формат тестов обусловлен необходимостью адаптации студентов к процедуре первичной аккредитации, следующей за ГИА и обеспечивающей контроль готовности молодых врачей и провизоров к самостоятельной профессиональной деятельности.

Заключение. Создание всех условий, необходимых для формирования у студентов обязательных для их будущей профессиональной деятельности компетенций, зависит от кадрового, финансового, материально-технического обеспечения учебного процесса, но прежде всего - от целенаправленной деятельности кафедральных коллективов по поддержанию качества обучения в тесной координации со службой проректора по учебной работе.

Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ОСВОЕНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ ОРДИНАТОРАМИ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 3

В настоящее время в связи с интеграцией высшего медицинского образования Донецкой Народной Республики в образовательное пространство Российской Федерации и внедрением новых федеральных государственных образовательных стандартов широко внедряется компетентный подход. Целью компетентного подхода является формирование эффективного компетентного специалиста высокого профессионального уровня. Программа обучения в ординатуре включает формирование у выпускника 5 универсальных и 10 общепрофессиональных компетенций в сфере информационных технологий, организационно-управленческой, педагогической и медицинской деятельности. А также 6 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. Компетентный подход в обучении не отрицает академический, а углубляет, расширяет и дополняет его. Этому в большей степени способствует информационно-образовательная среда ФГБОУ ВО «Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького» Минздрава России.

Преподавателями кафедры педиатрии № 3 на сайте «Дистанционное сопровождение последипломного образования» созданы курсы самостоятельного обучения для ординаторов – педиатров, детских кардиологов и детских эндокринологов. Данные курсы включают изучение базовых дисциплин: педиатрии, детской кардиологии или детской эндокринологии, педагогики, общественного здоровья и здравоохранения др. Также представлены вариативные дисциплины: функциональная диагностика в педиатрии, в детской кардиологии, фтизиатрия, наследственные эндокринопатии 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, 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 ситуационные задания. 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.

Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Развитие дистанционного обучения совершенствует образовательный процесс, улучшает обеспечение информационными ресурсами обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В настоящее время информационные технологии и технические средства стремительно развиваются в России и во всем мире. Эти достижения позволяют повысить доступность высшего образования для людей с ОВЗ.

Цель. Определить особенности дистанционного обучения для лиц с ограниченными возможностями здоровья в рамках высшего медицинского образования.

Основная часть. По состоянию на 01.11.2024 в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Университет) обучается 132 человека с ОВЗ и инвалидностью. Выделяют основные принципы разработки онлайн-платформы для дистанционного образования: 1. Создание текстовой версии любого нетекстового контента для последующего преобразования в альтернативные форматы, подходящие для разных пользователей (например, увеличенный шрифт, шрифт Брайля, закадровый текст, специальные символы или упрощенный язык). 2. Альтернативное воспроизведение мультимедийного контента (аудио- и видеофайлов), подписи для воспроизведения аудиоконтента. 3. Создание контента, который может быть представлен в нескольких видах без потери данных или структуры. 4. Если веб-страница содержит автоматически воспроизводимую аудиозапись, которая длится более трех секунд, пользователям должна быть предоставлена возможность приостановить или остановить воспроизведение звука, а также регулировать громкость звука. 5. Размер шрифта текста должен регулироваться пользователем до 200% без использования вспомогательных технологий. 6. Соотношение контрастности визуального текста и текста на изображениях должно быть не менее 7:1. 7. Текст на изображениях следует использовать только в дизайнерских целях или в тех случаях, когда конкретное отображение текста является ключевым для передачи информации. Основные принципы разработки онлайн-платформы для дистанционного обучения студентов с ОВЗ были учтены в нашем университете. В настоящее время все кафедры и факультеты Университета предоставляют своим студентам учебные курсы на платформе Moodle. Это применимо ко всем дисциплинам. Курсы включают в себя учебные материалы, методические материалы, а также ресурсы для самостоятельного обучения. На данный момент предпринимаются усилия по подбору и созданию образовательных материалов в различных форматах для людей с ОВЗ и инвалидностью. Это позволяет людям с нарушениями слуха получать информацию визуально, а людям с нарушениями зрения – на слух. Образовательные ресурсы для учащихся с ОВЗ доступны в печатном и электронном виде, адаптированном к их конкретным физическим ограничениям. Педагогическое взаимодействие в дистанционном обучении – это общение между преподавателем и студентом в ходе учебного процесса, осуществляемое дистанционно и обеспечиваемое с помощью информационно-коммуникационных технологий.

Выводы. Таким образом, полноценное внедрение концепции электронного дистанционного обучения в повседневную практику студентов и преподавателей Университета вывело подготовку специалистов на новый уровень. Платформа Moodle предоставляет возможность не только облегчить дистанционное взаимодействие со студентами с ОВЗ, но и повысить эффективность процесса обучения за счет использования интерактивных технологий.

Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Каменева Ю.В., Чулкова Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Учитывая рост распространенности повышенного артериального давления среди детей и подростков во всем мире, изучение методов немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии (АГ), к которым относится прерывистая (интервальная) нормобарическая гипокситерапия (ИНГТ), является первостепенным, своевременным и актуальным

Цель: оценка безопасности и эффективности интервальной нормобарической гипокситерапии как немедикаментозного метода лечения детей и подростков с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента (17 мальчиков и 15 девочек) в возрасте от 12 до 17 лет с диагнозом эссенциальная лабильная артериальная гипертензия. У подростков, находившихся под нашим наблюдением, был исключен вторичный генез АГ, а также поражение органов-мишеней по совокупности клинико-лабораторных данных. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: подгруппа 1 (n = 15) и подгруппа 2 (n = 17). Подгруппа 1 получала курс 10-дневной ИНГТ наряду с другим немедикаментозным комплексом лечения. Подгруппа 2 (n = 17) получала только немедикаментозную коррекцию АГ, без проведения курса ИНГТ.

Для проведения сеанса нормобарической гипокситерапии использовали установку «Био-Нова-204». Для подбора оптимального режима дыхания с учетом индивидуальных компенсаторных и адаптационных возможностей пациентов использовалась проба Штанге. Сеансы ИНГТ проводили в циклически-фракционном режиме с использованием масочного типа дыхания: дыхание гипоксической газовой смесью по установленной стандартной программе длилось 2-5 минут, затем следовал интервал в 5 минут, в течение которого пациент дышит атмосферным воздухом (1 цикл). Концентрация O₂ во вдыхаемой смеси подбиралось каждому больному с учетом результатов гипоксического теста. При показателях SpO₂ ниже 85% – смесь с 12% O₂. При показателях SpO₂ выше 85% – смесь с 10% O₂. Общая продолжительность сеанса – 60 минут.

Результаты. Повышение артериального давления (АД) перед курсом ИНГТ наблюдалось у всех подростков, индекс времени гипертензии систолического артериального давления (САД) до начала курса – 38,0%, диастолического артериального давления (ДАД) – 27,0%. После 10 дневного курса ИНГТ по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) средние показатели САД за сутки составили 121±1,3 мм.рт.ст., средние показатели ДАД в течение суток – 81±2,1 мм.рт.ст. Индекс времени АГ САД – 26,0%, ДАД – 18,0%.

Непосредственно во время проведения сеанса ИНГТ 2 (6,25%) пациентам с АГ проводилось СМАД. У 1 ребенка с эссенциальной лабильной АГ во время 3 сеанса ИНГТ зафиксированы следующие данные: в начале сеанса (12:00) САД составило 137 мм.рт.ст., ДАД – 80 мм.рт.ст., ЧСС – 69 уд/мин. После завершения сеанса (13:00) цифры АД нормализовались: САД – 113 мм.р.ст., ДАД – 84 мм.рт.ст. У пациента с эссенциальной лабильной АГ во время проведения СМАД отпущался 5 сеанс ИНГТ, где зафиксированы следующие изменения: в начале сеанса (11:00) САД составило 136 мм.рт.ст., ДАД – 60 мм.рт.ст., ЧСС – 89 уд/мин. После завершения сеанса (12:00) АД нормализовались: САД – 125 мм.р.ст., ДАД – 65 мм.рт.ст., ЧСС – 77 уд/мин. Все подростки после проведения 10 сеансов ИНГТ отмечали нормализацию эмоционального фона в виде снижения уровня тревожности, улучшения сна, настроения, увеличения двигательной активности. Всем пациентам было рекомендовано пройти повторный курс ИНГТ через 3-6 месяцев.

Выводы: Суточное мониторирование артериального давления до, после и непосредственно во время проведения сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии позволяет оценить ее антигипертензивный эффект. Показана эффективность применения интервальной нормобарической гипокситерапии у детей и подростков с первичной лабильной артериальной гипертензией. Отмечено снижение среднесуточных показателей и индексов времени артериального давления, а также нормализация эмоционального фона и увеличение двигательной активности после проведения 10 сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии.

Игнатенко Г.А., Федуличев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского», Симферополь

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИСФАТИНА У ЖЕНЩИН С ГОНАРТРИТОМ

Висфатин относится к группе адипокинов, основным продуцентом которых является висцеральный жир. Поэтому нарастание системной продукции висфатина отмечается при ожирении. Среди биологических эффектов висфатина выделяют его свойство повышать синтез и секрецию провоспалительных цитокинов, в частности IL-1 β , IL-6, TNF- α . Предполагается, что висфатин может быть одним из патогенетических факторов остеоартрита благодаря способности стимулировать деградацию хряща, вызывать морфологические изменения в тканях сустава через индукцию провоспалительных медиаторов и поддержания системного воспаления низкой степени выраженности.

Цель работы: Изучить системную продукцию висфатина у женщин постменопаузального возраста при остеоартрите коленных суставов (гонартрите).

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели обследовали 439 женщин в постменопаузе. Из них 169 вошли в основную группу. На основании клинических и инструментальных данных обследования им был поставлен диагноз остеоартрита коленного сустава. Остальные 270 женщин были включены в контрольную группу. Они характеризовались отсутствием признаков заболевания суставов. Концентрации в сыворотке крови висфатина определяли методом иммуноферментного анализа. При описательной статистике рассчитывали медиану и квартили (Me [Q1; Q3]), а полученные результаты в группах сравнивали с помощью U-теста Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: Выполненные исследования показали существенное отличие двух групп женщин по сывороточному уровню висфатина. По сравнению с представителями контрольной группы женщины с гонартритом показали нарастание системной продукции вышеуказанного адипокина ($p < 0,001$). У здоровых женщин значение висфатина составило 6,8 [4,6; 9,1] нг/мл, а у лиц основной группы аналогичный показатель был в 2,9 раза выше, составив 19,6 [14,2; 25,5] нг/мл.

Многочисленными исследованиями доказана экспрессия висфатина не только жировой тканью, особенно висцеральной, но и другими тканями организма. Получены убедительные данные о продукции висфатина в тканях опорно-двигательного аппарата – мышцах, суставах, костях. При остеоартрите установлена повышенная продукция висфатина инфрапателлярной жировой подушечкой, остеофитами, синовиальной оболочкой.

Поэтому считается, что висфатин может как поступать извне в сустав, так и образовываться в нем локально. А его биологические эффекты обуславливают воспалительный процесс в суставе и деградацию хрящевой ткани. Эти эффекты, как показывают результаты исследований, обусловлены способностью блокировать анаболическое действие инсулиноподобного фактора роста 1 и индуцировать синтез медиаторов с продегенеративным действием – TNF- α , IL-1 β , IL-6, простагландин E2, ADAMTS-4, ADAMTS-5, матриксных металлопротеиназ 3 и 13 и др. Причем между висфатином и этими цитокинами формируется петля положительной обратной связи, которая способствует поддержанию длительного хронического воспаления.

Заключение: Результаты исследования свидетельствуют о существенном повышении системной продукции висфатина у женщин постменопаузального возраста при гонартрите. Висфатин может выступать в качестве биомаркера для ранней диагностики ОА, классификации тяжести заболевания и мониторинга его прогрессирования, тестирования эффективности лечения.

Игнатенко Г.А., Федулчев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского», Симферополь

УРОВНИ 25(OH)D ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Остеоартрит (ОА) представляет собой дегенеративное заболевание суставов, возникающее в результате прогрессирующего повреждения суставного хряща и, впоследствии, субхондральной кости и окружающих синовиальных структур. Этиология первичного остеоартрита предполагает участие эндогенных и экзогенных факторов, локальных изменений в области суставов. Основными из них являются генетические факторы, возраст, женский пол, травмы сустава, ожирение, метаболический синдром. В последние годы пристальное внимание уделяется изучению роли витамина D как в инициации патологического процесса, так и в прогрессировании остеоартрита.

Цель работы: исследовать сывороточные показатели 25(OH)D у женщин постменопаузального возраста с остеоартритом коленных суставов.

Материалы и методы: В исследование отобрали 169 женщин постменопаузального возраста с остеоартритом коленных суставов, из которых сформировали основную группу. 270 женщин, не имевшие патологии суставов, вошли в контрольную группу. Обе группы были сопоставимы по возрасту и длительности постменопаузы. Всех женщин обследовали на насыщенность организма витамином D, для чего образцы сывороток исследовали методом иммуноферментного анализа на концентрации 25(OH)D. При описательной статистике рассчитывали медиану и квартили (Me [Q1; Q3]), а полученные результаты в группах сравнивали с помощью U-теста Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: Проведенными исследованиями установлено снижение показателей насыщенности витамином D в группе женщин постменопаузального возраста, имеющих остеоартрит коленных суставов. В основной группе показатели медианы и межквартильного размаха 25(OH)D составили 18,4 [12,1; 24,8] нг/мл. В контрольной же группе аналогичный показатель был достоверно выше и определялся на уровне 20,6 [14,1; 26,0] нг/мл ($p=0,039$).

Необходимо отметить, что в большинстве выполненных к настоящему времени исследований, посвященных изучению патогенетической значимости витамина D при ОА, получены аналогичные результаты, которые согласуются с нашими данными. В этих работах констатируется, что дефицит витамина D может быть фактором риска развития заболевания суставов, а низкие показатели витамина связаны с уменьшенной толщиной хряща, его дистрофическими изменениями и увеличением тяжести поражения коленного сустава. На основании этих результатов уже сейчас активно обсуждается перспектива применения в качестве средства для терапии остеоартрита препаратов витамина D, особенно при дефиците этого витамина. Вместе с тем есть работы, в которых отрицается возможная роль витамина D в патогенезе ОА и предполагается, что снижение 25(OH)D при ОА может быть не причиной, а следствием развития заболевания.

Исходя из вышеизложенного, представляется необходимым проведение дополнительных как экспериментальных, так и клинических масштабных исследований с целью изучения ассоциаций 25(OH)D с риском развития ОА, тяжестью заболевания, степенью его прогрессирования и т.д.

Заключение: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о снижении насыщенности витамином D организма женщин постменопаузального возраста, имеющих остеоартрит коленных суставов. Необходимы дальнейшие исследования роли витамина D в инициации заболевания, его прогрессировании. Также необходим анализ клинических и патогенетических эффектов витамина D при использовании его препаратов в комплексной терапии остеоартрита.

Игнатенко Г.А., Федуличев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского», Симферополь

ЭКСПРЕССИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ -1 β И -10 У ЖЕНЩИН С ГОНАРТРИТОМ

В настоящее время остеоартрит (ОА) рассматривается как хроническое дегенеративное заболевание суставов, которое сопровождается деструктивными изменениями суставного хряща и субхондральной кости. Нарушение функции сустава при ОА неизбежно приводит к снижению качества жизни и инвалидности. Исходя из крайне высоких показателей распространенности ОА, а также отсутствия терапии, обеспечивающей структурно-функциональное восстановление суставов, в настоящее время востребованы новые инновационные подходы в лечении, которые должны основываться на глубоком понимании патогенеза заболевания. При этом необходимо учитывать, что ОА относится к группе заболеваний, в основе которых лежит воспаление низкой степени выраженности, обусловленное реакцией иммунной системы с развитием дисбаланса про- и противовоспалительных медиаторов. Поэтому при вышеуказанных патологических состояниях, в том числе и при остеоартрите, актуальным является изучение молекулярных особенностей иммунных нарушений.

Цель работы: Исследовать уровни интерлейкинов (IL) -1 β и -10 в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста с ОА коленных суставов.

Материалы и методы: В работу были отобраны 155 женщин постменопаузального возраста с клинико-инструментальным подтвержденным первичным остеоартритом коленных суставов. Они вошли в основную группу. 250 женщин без заболеваний опорно-двигательного аппарата составили контрольную группу. Группы женщин были сопоставимы по возрасту и длительности постменопаузы. У всех женщин определяли в сыворотке крови концентрации провоспалительного цитокина IL-1 β и противовоспалительного цитокина IL-10. Для этого использовали метод иммуноферментного анализа. Для описания изученных показателей применяли медиану и квартили (Me [Q1; Q3]). Для оценки различий между группами использовали U-теста Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: Результаты выполненного исследования цитокинов свидетельствуют об отсутствии изменений системной продукции противовоспалительного цитокина IL-10 при гонартрите у женщин постменопаузального возраста. В контрольной группе значения данного цитокина составили 4,2 [2,0; 8,5] пг/мл, а в основной группе – 4,9 [2,6; 10,7] пг/мл ($p=0,117$). Между тем, больные с ОА коленных суставов отличались от представителей контрольной группы показателями в сыворотке крови провоспалительного цитокина IL-1 β . Так, наличие гонаррита у женщин характеризовалось увеличением в 1,7 раза секреции IL-1 β – 4,3 [1,8; 10,1] пг/мл против 2,6 [1,5; 4,1] пг/мл в контроле ($p<0,001$).

Полученные нами результаты согласуются с большинством литературных данных, которые свидетельствуют о том, что у больных с ОА наряду с развитием локального воспаления может отмечаться и системный хронический воспалительный процесс, который сопровождается нарастанием сывороточных концентраций воспалительных цитокинов. Воспаление низкой степени выраженности, обусловленное IL-1 β и другими воспалительными медиаторами, приводит к дисбалансу между анаболическими и катаболическими процессами, происходящими в суставе. По всей видимости, нарушение баланса между про- и противовоспалительными медиаторами в сложной сети цитокинов, регулирующих эти процессы и клеточную коммуникацию, играет центральную роль в развитии и прогрессировании остеоартрита.

Заключение: Женщины постменопаузального возраста с гонарритом характеризуются увеличением системной продукции IL-1 β ($p<0,001$), а выработка IL-10 остается на уровне контрольных значений ($p>0,05$).

Игнатьева В.В., Одарюк В.В., Романова Л.А., Лаврова А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА ПО ХИМИИ В 2024 ГОДУ

В 2024 году зачисление абитуриентов в Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществлялось преимущественно по результатам внутренних вступительных испытаний. Абитуриенты сдавали вступительные экзамены по трем предметам – химии, биологии и русскому языку. Формат вступительных испытаний был определен как смешанный – поступающие могли сдавать экзамены очно или дистанционно. 24% от общего количества абитуриентов выбрали очный формат испытаний. Для проведения вступительных экзаменов в дистанционном формате была использована электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС) университета на базе электронной системы управления обучением Moodle. Контроль за экзаменуемым осуществлялся путем видеоидентификации абитуриентов в начале экзамена и дальнейшего видеонаблюдения за ходом его прохождения.

Задания для вступительного испытания по химии были разработаны преподавателями кафедры фармацевтической и медицинской химии. За основу экзаменационного билета была взята структура единого государственного экзамена по химии. Задания вступительного экзамена были составлены в соответствии с Примерной рабочей программой среднего общего образования по химии (базовый уровень), требованиями к результатам освоения основной образовательной программы среднего общего образования, и «Концепцией преподавания учебного предмета «Химия» в образовательных организациях Российской Федерации, реализующих основные общеобразовательные программы». При составлении текстов заданий и дескрипторов были учтены результаты статистического анализа вопросов вступительного экзамена по химии предыдущего года. Преподавателями кафедры было подготовлено шесть уникальных вариантов, содержащих 34 задания разного уровня сложности. Максимальное количество баллов, которое мог набрать абитуриент в ходе экзамена равнялось 100 баллов, для участия в конкурсе необходимо было набрать не менее 36 или 40 баллов (в зависимости от направления).

Определенные сложности вызвала необходимость приведения формы экзаменационных заданий в форму, соответствующую с техническими возможностями ЭИОС. При этом стояла цель обеспечить одинаковый формат вопросов и ответов как на дистанционном, так и на очном экзамене. Из возможных типов тестовых вопросов использовались три: множественный выбор, на соответствие, ввод числового ответа. Формат «Эссе», требующий ручной проверки, было решено не применять для обеспечения полной объективности проверки. Задания, решение которых подразумевает выполнение нескольких последовательных шагов, были разбиты на отдельные вопросы с общим условием, выполнение каждого элемента оценивалось отдельно. Задания, предполагающие развернутый ответ, были сформулированы таким образом, чтобы правильность решения можно было оценить по выбору краткого ответа или введения числового значения. Например, в задании на окислительно-восстановительные реакции нужно правильно выбрать окислитель и восстановитель из перечисленных реагентов, расставить коэффициенты в уравнение реакции, но в форму краткого ответа вписать только полученную сумму коэффициентов в этом уравнении реакции.

Сравнение среднего экзаменационного балла для групп испытуемых, сдававших экзамен очно и дистанционно, показал незначительные отличия. Это указывает на то, что выбранный формат вступительного экзамена по химии обеспечил равные возможности для всех поступающих.

Ильина В.Г., Крутиков А.Н., Гудкова А.Я.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» МЗ РФ,
Санкт-Петербург
ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА

Введение. Стратегии предупреждения внезапной сердечной смерти (ВСС) у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) исторически строго рекомендовали воздерживаться от физических нагрузок, кроме физической активности низкой интенсивности, из-за страха спровоцировать желудочковую аритмию. Последующие исследования констатировали факты негативных психологических и долгосрочных соматических последствий, к которым могут быть предрасположены пациенты с ГКМП из-за ограничения уровня физических нагрузок.

Цель. Изучить уровень физической активности и частоту выявления факторов кардио-метаболического риска - избыточной массы тела, ожирения, артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии в когорте молодых пациентов с ГКМП и показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД).

Методы. В течение 8 лет наблюдались 270 пациентов с ГКМП. В анализируемую группу включено 18 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет ($28,8 \pm 2,2$ лет), 50 % женщин и 50% мужчин, которым по результатам обследования и стратификации риска ВСС определены показания к ИКД. Расчетный риск ВСС согласно HCM Risk-SCD (ESC 2014) и ANA HCM SCD Calculator (2020) составил $6,15 [4,67;7,32]$ %.

Проведен ретроспективный анализ сведений медицинской документации пациентов и их родственников, проспективное наблюдение в среднем длилось $4,9 \pm 1,7$ лет. Диагноз ГКМП в 3 случаях (16,7%) был установлен в детском возрасте, в 44,4% (n=8) - в подростковом возрасте, в 38,9% (n=7) - в молодом возрасте.

Для статистической обработки результатов использовался пакет Microsoft Excel 2010, Jamovi 1.8.4.

Результаты. Факторы кардиометаболического риска обнаружены у 55,6% пациентов (n=10), от 1 до 3-х факторов риска: дислипидемия - 27,8% (n=5), ожирение 1 степени - 22,2% (n=4), избыточная масса тела - 22,2% (n=4), АГ - 11,1% (n=2).

Обструктивная форма ГКМП встретилась в 44,4% случаев (n=8), при этом наиболее высокие значения градиента в выходном тракте левого желудочка зарегистрированы у пациентов с сочетанием нескольких факторов кардиометаболического риска.

Среди пациентов молодого возраста с ГКМП и показаниями к ИКД доля лиц с низким уровнем физической активности составила 50 % (n=9), из них в 55,6 % случаев (n=5) была диагностирована избыточная масса тела/ожирение 1 степени, в 2-х случаях в сочетании с АГ и дислипидемией.

После установления диагноза ГКМП в подростковом возрасте у 3-х пациентов отмечена ненадлежащая приверженность к исполнению рекомендаций по уровню физической активности и продолжение занятий спортом высоких достижений. У одного пациента первым и единственным симптомом была ВСС на высоте физической нагрузки при низком расчетном риске (3,11%) и отсутствии показаний к ИКД, в 2-х других случаях определены показания к ИКД с целью первичной профилактики ВСС.

Вывод. Молодые пациенты с ГКМП и показаниями к ИКД имеют высокую частоту ожирения и избыточной массы тела, в том числе в сочетании с дислипидемией и АГ. Результаты нашей работы подчеркивают актуальность разработки рекомендаций поддержания индивидуально адаптированного оптимального уровня физической активности и стратегий коррекции метаболического профиля при ГКМП, начиная с детского и подросткового возраста.

Ильина В.Г., Крутиков А.Н., Гудкова А.Я.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, ОБНАРУЖЕННЫХ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — генетически обусловленное заболевание, связанное с риском развития внезапной сердечной смерти (ВСС). В ряде научных работ сообщено, что пациенты с патогенными или вероятно патогенными мутациями саркомера имеют более высокий риск возникновения желудочковых аритмий и неблагоприятных исходов. Необходимость учитывать потенциальный аритмический риск носительства генетических вариантов с патогенной значимостью в генах, кодирующих белки саркомера, отмечена в актуальных руководствах по ведению пациентов с ГКМП (ESC 2023, АНА/АСС 2024).

Цель. Изучить генетический профиль пациентов молодого возраста с ГКМП, которым показана имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД).

Методы. В течение 8 лет обследовано 270 пациентов с ГКМП. Для генетического тестирования отобрано 9 пациентов с семейной формой ГКМП (пробандов) в возрасте от 19 до 44 лет ($30 \pm 8,6$ лет), которым при стратификации риска ВСС определены показания к ИКД.

Генетическое исследование проведено на анализаторе Illumina HiSeq 2000 с применением целевой панели, включающей 108 генов, ассоциированных с развитием кардиомиопатий. Классы патогенности генетических вариантов определены в соответствии с рекомендациями Американской коллегии медицинской генетики (ACMG). В анализ включены патогенные (V класс), вероятно патогенные (IV класс) генетические варианты, а также варианты с неопределенной клинической значимостью (III класс).

Для статистической обработки результатов использовался пакет Microsoft Excel 2010, Jamovi 1.8.4.

Результаты. В результате генетического исследования у 9 пробандов молодого возраста с показаниями к ИКД было обнаружено 18 генетических вариантов.

Девять генетических вариантов, имеющих патогенную значимость (IV и V класс) обнаружены в генах, кодирующих белки саркомера, при этом 77,8 % (n=7) было обнаружено в гене сердечного миозин-связывающего белка C (MYBPC3), 11,1 % (n=1) - в гене тяжелой цепи сердечного бета-миозина (MYH7), 11,1 % (n=1) - в гене тяжелой цепи альфа-миозина (MYH6).

Среди девяти генетических вариантов, имеющих неопределенную клиническую значимость (III класс) 22,2 % (n=2) обнаружено в гене тяжелой цепи альфа-миозина (MYH6), 22,2% (n=2) - в гене TTN, кодирующем выработку белка тайтина, придающего саркомеру пассивную жесткость, а также выполняющего ряд других функций. Другие генетические варианты с неопределенной значимостью (НЗ) (56,6 %, n=5) были обнаружены в генах: дистробревина (DTNA) - 1, каркасного белка с высоким содержанием лейцина (SHOC2) - 1, плектина (PLEC) - 1, альфа-киназы 3 (ALPK3) - 1, а также в гене SCN5A, кодирующем альфа-субъединицу натриевого канала 5 типа - 1.

Генетические варианты, с категорией патогенных (V класс) и вероятно патогенных (IV класс), кодирующие выработку белков саркомера, обнаружены у 6 из 9 пробандов (66,7 %).

При этом, во всех 6 случаях обнаружены варианты с патогенной значимостью (V и IV классы) в гене MYBR3.

В одном случае у пациентки 19 лет с ВСС (фибрилляция желудочков, успешные реанимационные мероприятия) выявлено два варианта с патогенной значимостью (V и IV классы) в гене MYBR3. В двух других случаях обнаружено сочетание вероятно патогенного варианта (IV класс) в гене MYBR3 с вероятно патогенным вариантом в другом гене, кодирующем белок саркомера: в одном случае - в гене MYH6, во втором случае - в гене MYH7.

Вывод. У большинства пациентов молодого возраста с ГКМП, имеющих показания к ИКД, обнаружено от 1 до 2 патогенных/вероятно патогенных вариантов в генах, кодирующих выработку белков саркомера.

Ильканич А.Я., Курбанов С.С.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут
БУ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Актуальность темы: дивертикулярная болезнь – это морфофункциональный патологический процесс, характеризующийся наличием как минимум одного ложного дивертикула толстой кишки. Клинические проявления дивертикулярной болезни развиваются в 20-25% наблюдений среди пациентов, у которых при обследовании выявляются дивертикулы ободочной кишки. Острые воспалительные осложнения, включая острый дивертикулит, воспалительный паракишечный инфильтрат, перфорацию дивертикула с развитием перитонита - возникают у 10-25% пациентов, страдающих дивертикулярной болезнью. За последние 20 лет отмечается рост числа пациентов с осложнёнными формами заболевания в 40-45% наблюдений.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки путем совершенствования методов лечения и хирургической реабилитации.

Материал и методы исследования: проведен анализ лечения 237 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, пролеченных в хирургическом и колопроктологическом отделениях Сургутской окружной клинической больницы за период с 2019 - 23 гг. В анализируемой группе: мужчин 130 (55%), женщин 107 (45%). Пациентов молодого возраста - 6 (2,5%); среднего - 94 (39,7%), пожилого - 112 (47,3%), старческого - 25 (10,5%) больных. Неосложненная форма дивертикулярной болезни отмечена - у 201 (85%), осложненная форма - у 36 (15%) пациентов. Среди пациентов с осложненной формой хронические осложнения выявлены - у 5 (2%), острые осложнения – у 31 (13%). Ведение больных соответствовало клиническим рекомендациям Ассоциации колопроктологов Российской Федерации. Проведен анализ методов лечения, вида хирургического вмешательства и исходов заболевания на этапе оказания помощи в круглосуточном хирургическом стационаре.

Результаты:

Консервативная терапия проведена - у 202 (85%) пациентов. Оперативные вмешательства выполнены - у 35 (14,7%) пациентов. Структура проведенных в экстренном порядке операций: резекция сигмовидной кишки (Гартмана или Микулича) – у 20 (57%); вскрытие и дренирование параколического абсцесса – у 9 (25,6%); устранение острой кишечной непроходимости - у 1 (3%); резекция восходящей ободочной кишки – у 1 (3%); гемиколэктомия с резекцией соседних органов – у 1 (3%). Операции выполненные в плановом порядке по поводу хронических осложнений дивертикулярной болезни отмечены в 3 (1,3%) наблюдениях: резекция сигмовидной кишки с ликвидацией пузырно-кишечного свища - у 2(5,4%); резекция сигмовидной кишки с ликвидацией кишечно-влагалищного свища – у 1(3%). Среди оперированных в экстренном порядке 1 (0,4%) летальный исход, связанный с сопутствующей сердечной патологией.

Выводы: выбор тактики лечения осложнений дивертикулярной болезни - основа достижения хороших результатов лечения.

*Ингель Ф.И., Охрименко С.Е., Ахальцева Л.В., Юрцева Н.А., Кривцова Е.К.,
Никитина Т.А., Коняшкина М.А., Рыжкин С.А.*

ФГБУ «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью»
ФМБА России, Москва

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический
центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ, Москва

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА К ОБЛУЧЕНИЮ В НИЗКОДОЗОВЫХ ПРОТОКОЛАХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРЕССА У ДОНОРОВ КРОВИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Введение. Связь между действием малых доз ионизирующего излучения и рисками для здоровья пациентов до сих пор является предметом научной дискуссии из-за малого количества прямых исследований на людях и существенного разброса полученных данных. Однако высокая вариабельность эффектов компьютерной томографии (КТ) может определяться состоянием адаптационных систем организма человека, аналогично эффектам нестабильности генома, обнаруженным у детей и взрослых, экспонированных к комплексу химических и радиационных факторов. Для верификации этой гипотезы мы проанализировали собственные данные пилотного эксперимента *ex vivo* по изучению влияния различных протоколов КТ на выход эффектов нестабильности генома *ex vivo*. Основным принципом формирования групп доноров стала степень выраженности стресса, поскольку, по разным данным, более 50% населения России находится в состоянии неадаптивного стресса.

Материалы и методы. 9 практически здоровых мужчин и женщин 25-70 лет, подписавших информированное согласие на участие в исследовании и ответивших на вопросы стандартных психологических тестов для оценки степени выраженности стресса, сдали венозную кровь для ее облучения с использованием фантома грудной клетки человека на разных режимах КТ (0,82-11,8 мЗв). Затем кровь культивировали в условиях блока цитотомии с цитохалазином В (ЦХВ), фиксировали, цитогенетические препараты шифровали и анализировали в микроядерном тесте по расширенному протоколу [3]. Результаты расшифровывали только после окончания анализа всех стекол.

Результаты. 1. По результатам психологического тестирования состояние адаптивного стресса обнаружено у 4 участников обследования, а неадаптивного – у 5, причем достоверные корреляционные связи между возрастом донора и степенью выраженности стресса выявлены не были, вероятнее всего, из-за малочисленности группы. 2. Облучение цельной крови индуцировало в лимфоцитах группы разновозрастных доноров нелинейные эффекты пролиферации с пиком на минимальной дозе как суммарно во всей фракции ускоренно делящихся клеток, так и в ее субфракциях, прошедших два и более циклов деления за время культивирования в присутствии ЦХВ. 3. Только при облучении в дозе 0,82 мЗв и только во фракциях клеток, прошедших более 2 митотических циклов за время культивирования ЦХВ, выявлено достоверное повышение частоты клеток с генетическими повреждениями. 4. При облучении крови в дозе 0,82 мЗв частота апоптотических клеток была достоверно ниже суммарной частоты клеток с генетическими повреждениями. 5. Генотоксические эффекты облучения не зависели от пола и возраста доноров крови. 6. Модифицирующее влияние неадаптивного стресса проявилось в торможении пролиферации и повышении частоты анеуплоидных 3-ядерных клеток с генетическими повреждениями и только при облучении крови в дозе 0,82 мЗв. 7. В культурах крови доноров, находившихся в состоянии неадаптивного стресса, в отличие от живших в состоянии стресса адаптивного, наблюдалось торможение пролиферации клеток: увеличение доли неделящихся клеток и уменьшение численности не только

фракции ускоренно делящихся клеток, но и всего пула делящихся клеток, присутствующих в спектре клеточных популяций; при этом митотическая активность и частота апоптотических клеток между подгруппами людей с разной выраженностью стресса не различались. 8. Поскольку известно, что в первичной культуре крови пул делящихся клеток на 95% состоит из Т-лимфоцитов, для нашей группы доноров эффекты нестабильности генома, проявившиеся при действии редкоизирующего облучения только в дозе 0,82 мЗв и только для доноров в состоянии неадаптивного стресса, могут быть ассоциированы с иммуотропным действием КТ.

Заключение. Биологической основой чувствительности генома человека к облучению очень малыми дозами может являться модифицированное степенью выраженности стресса состояние адаптационных систем организма. Эффекты нестабильности генома, наряду со степенью выраженности стресса, являются интегральными индикаторами затрагивающих геном адаптационных процессов, которые развиваются в ответ на воздействие редкоизирующего облучения. Предлагается провести дополнительные исследования, учитывающие степень выраженности эмоционального стресса у пациентов, проходящих диагностическое КТ-сканирование.

Иноятова Ф.Х., Исмоилов Б.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Актуальность. В статье рассматриваются основные современные актуальные проблемы внутренних болезней, включая рост хронических заболеваний, антибиотикорезистентность и психосоматические расстройства. Обсуждаются также инновационные технологии и доступ к медицинской помощи.

Цель исследования – выявить и проанализировать актуальные проблемы в области внутренних болезней, включая рост хронических заболеваний, антибиотикорезистентность, психосоматические расстройства и неравномерный доступ к медицинской помощи. Также исследование направлено на поиск решений, способствующих улучшению качества медицинской помощи, включая внедрение инновационных технологий и разработку стратегий для интеграции психического и физического здоровья в клинической практике.

Материалы и методы. Внутренние болезни представляют собой широкий спектр заболеваний, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению. Среди актуальных проблем можно выделить:

1. Рост хронических заболеваний: Увеличение числа пациентов с диабетом, гипертонией и сердечно-сосудистыми заболеваниями требует новых стратегий управления и профилактики.

2. Антибиотикорезистентность: Устойчивость бактерий к антибиотикам становится серьезной угрозой для здоровья, что требует пересмотра подходов к лечению инфекционных заболеваний.

3. Психосоматические расстройства: Увеличение случаев психосоматических заболеваний подчеркивает необходимость интеграции психического и физического здоровья в клинической практике.

4. Доступ к медицинской помощи: Неравномерное распределение медицинских ресурсов и доступ к качественной помощи остаются важными проблемами, особенно в удаленных и социально неблагополучных регионах.

5. Инновационные технологии: Внедрение новых технологий в диагностику и лечение внутренних болезней открывает новые горизонты, но также требует обучения и адаптации медицинского персонала.

Результаты

Проведенное исследование позволило выявить ключевые направления, способные содействовать решению актуальных проблем внутренних болезней:

1. Улучшение управления хроническими заболеваниями: Разработка и внедрение персонализированных программ профилактики и лечения хронических заболеваний, таких как диабет, гипертония и сердечно-сосудистые заболевания, позволит снизить бремя на систему здравоохранения и улучшить качество жизни пациентов.

2. Контроль антибиотикорезистентности. На основании исследования подтверждена необходимость внедрения более строгих протоколов применения антибиотиков, а также создания систем мониторинга устойчивости патогенов. Это также включает информирование пациентов о правильном использовании антибиотиков, что может сократить развитие устойчивых штаммов.

3. Интеграция психосоматических подходов: Введение комплексных программ, включающих работу с психическим состоянием пациентов, признано важным для лечения психосоматических расстройств. Такие программы помогают учитывать как физические, так и психологические факторы, что улучшает общие клинические результаты.

4. Повышение доступности медицинской помощи: Анализ показал, что неравномерное распределение медицинских ресурсов остается важной проблемой. Увеличение финансирования и улучшение логистики медицинских услуг, особенно в отдаленных и социально неблагополучных районах, позволит улучшить доступ населения к качественному лечению.

5. Внедрение и адаптация инновационных технологий: Использование современных технологий, таких как телемедицина, искусственный интеллект и персонализированная медицина, открывает новые возможности для диагностики и лечения. Обучение медицинских работников использованию этих технологий способствует повышению эффективности медицинской помощи и позволяет сократить время на постановку диагноза и выбор лечения.

Выводы. Эти направления могут стать основой для стратегий улучшения качества и доступности медицинской помощи при внутренних болезнях, что, в свою очередь, позволит повысить эффективность здравоохранения и улучшить состояние здоровья пациентов. Эти проблемы требуют внимания со стороны медицинского сообщества и разработки эффективных решений для улучшения качества медицинской помощи.

Исупов И.Б., Кудрин Р.А., Антропова А.Г., Хусаинова Г.Х.

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

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОНУСА РЕЗИСТИВНЫХ АРТЕРИЙ КИСТИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ВО ВРЕМЯ УЧЕБНЫХ НАГРУЗОК

Образовательный процесс в современной высшей школе характеризуется действием достаточно большой учебной нагрузки на студентов, что зачастую вызывает у них значительное психоэмоциональное напряжение. Оно оказывает негативное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы и опосредованно снижает качество усвоения учебного материала молодым человеком. Математический анализ ритма сердца позволил выработать количественные критерии оценки адекватности регуляции хронотропной функции сердца метаболическим потребностям организма человека в различных условиях жизнедеятельности. Одним из инструментов математического исследования сердечного ритма является спектральный анализ массивов кардиоинтервалов, позволяющий изучить активность автономного (парасимпатического) и центрального (симпатического и подкоркового) контуров регуляции частоты сердечных сокращений. Однако эффекты, создаваемые эмоциональным напряжением, негативно влияют и на регионарное кровообращение, что может приводить к развитию артериальных гипертензий сосудистого генеза. В настоящем исследовании предпринята попытка спектрального анализа важнейшего показателя пальцевой фотоплетизмографии (ФПГ) – индекса дикротической волны, характеризующего тонус резистивных артерий указательного пальца непосредственно во время учебного процесса.

Целью данной работы являлось расширение диагностических возможностей ФПГ для оценки эффективности регуляции регионарного артериального тонуса человека.

Методом фотоплетизмографии указательного пальца кисти обследовано 20 юношей ($19,8 \pm 1,2$ лет), студентов ВолгГМУ. Регистрация ФПГ осуществлялась в два этапа, продолжительность каждого из которых составляла 300 с. Первый этап: обследование утром до начала занятий (8:00-8:30); второй этап: обследование в середине дня после завершения 4-х академических часов занятий (12:00-12:30). В каждом пульсовом цикле ФПГ определяли индекс дикротической волны (ИДВ, %). Далее значения ИДВ подвергали спектральному анализу с определением амплитуд следующих гармоник: высокочастотной парасимпатической (HF, у. е.), низкочастотной симпатической (LF, у. е.), очень низкочастотной (VLF, у. е.). Амплитуды гармоник ФПГ, записанных до начала занятий и после завершения 4-х академических часов, подвергали статистическим сравнениям с помощью программных пакетов «Excel 2013» и «Past 3».

На первом этапе наблюдений до начала учебных занятий у молодых людей в спектре ИДВ фотоплетизмограммы кисти доминировала парасимпатическая (респираторная) гармоника (HF), амплитуда которой достигала $250 \pm 14,0$ у. е. Амплитуда симпатической гармоника Майера (LF) до начала занятий составляла $127 \pm 13,0$ у. е. При этом очень низкочастотная гармоника отсутствовала. На втором этапе наблюдений после завершения 4-х академических часов занятий амплитуда гармоника HF достоверно снижалась (до $80 \pm 10,0$ у. е., $p < 0,001$), а амплитуда симпатической гармоника существенно не менялась. Кроме того, в спектре тонуса резистивных артерий появлялась выраженная гармоника VLF с амплитудой $70 \pm 9,0$ у. е.

Таким образом, во время образовательного процесса в университете действие учебной нагрузки вызывает у студентов уменьшение опосредованных парасимпатических влияний на гемодинамику верхних конечностей и одновременное увеличение симпатических и подкорковых (центральных) влияний. Это свидетельствует о негативных перестройках в системе регуляции регионарного сосудистого тонуса у обследуемых лиц.

Спектральный анализ фотоплетизмографических показателей тонуса артерий малого диаметра является ценным методическим приёмом для раннего обнаружения нейроциркуляторных дистоний, а также регуляторных нарушений регионарной гемодинамики по гипертоническому типу.

Калинин М.А., Камка Н.Н.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

СЛУЧАЙ СТРОНГИЛОИДОЗА В ХМАО-ЮГРЕ

Введение:

Стронгилоидоз- паразитарная инвазия, вызванная нематодами *Strongyloides stercoralis*, передающаяся через почву фекально-оральным и чрезкожным путем. Несмотря на то, что Всемирная организация здравоохранения признает данную инфекцию одной из забытых болезней, проблема является актуальной, затрагивая миллионы людей в тропических и субтропических регионах. В странах с умеренным климатом случаи заболевания достаточно редки. Сложность в диагностике данного заболевания возникает в связи с его неспецифической клинической картиной и отсутствием патогномичных признаков.

Жизненный цикл *Strongyloides stercoralis* интересен и сложен. Заражение в основном происходит при контакте кожи с почвой, содержащей нитевидные (инфекционные) личинки. В организме человека личинки проходят сложный путь через дыхательную систему, прежде чем достигнуть проксимального отдела тонкого кишечника, где происходит их дальнейшее размножение и персистенция. Личинки обычно выводятся с фекалиями в окружающую среду, но некоторые могут дорасти до филляриформной стадии и реинфицировать хозяина, пенистрируя в нижних отделах кишечника или в кожу перианальной области (аутоинфекционный цикл). Особую опасность стронгилоидоз представляет для лиц с иммуносупрессией- у данной группы пациентов описаны случаи гиперинфекции с поражением внутренних органов и летальными исходами.

Материалы и методы:

Проанализирован случай стронгилоидоза у 34-летнего мужчины, жителя г. Сургут.

Результаты:

Пациент обратился на амбулаторный прием к врачу-инфекционисту с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, боли в животе, неустойчивый стул и зуд в анальной области в течении трех недель. Из анамнеза известно, что пациент имеет длительный контакт с почвой на своём дачном участке. Хронические заболевания отрицает.

При проведении лабораторных методов исследования: в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз ($21.3 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилия ($11.2 \times 10^9/\text{л}$), повышение ферментов печени (АЛТ 120 Ед/л, АСТ 89 Ед/л, ГГТ 270 Ед/л, ЩФ 757 Ед/л). Серологический анализ (ИФА): обнаружены антитела к *S. stercoralis* IgG. Проведено трёхкратное исследование кала на яйца глистов и цисты простейших методом PARASEP – получен отрицательный результат. С целью дифференциальной диагностики проведены исследования на антитела к ВИЧ, вирусным гепатитам В и С, сифилис, кишечные инфекции и другие глистные инвазии- результаты отрицательные.

Пациенту проведено лечение противогельминтным препаратом ивермектин (12 мг 1 раз в день в течение 2 дней). Через 5 дней после лечения отмечено полное исчезновение симптомов. Через месяц – нормализация лабораторных показателей. Через 6 месяцев серологический контроль подтвердил отсутствие антител к *Strongyloides stercoralis*, в кале личинки паразита не выявлены.

Заключение:

Клинический случай представляет интерес для врачей-инфекционистов, паразитологов и подчеркивает возможность инфицирования *Strongyloides stercoralis* в регионах с умеренным климатом. Комплексная диагностика и своевременная терапия ивермектином обеспечивают успешное лечение и полное выздоровление. Результаты подтверждают необходимость настойчивости к стронгилоидозу среди врачей даже в неэндемичных регионах.

Калиновская Т.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Аннотация. Ограничение двигательной активности связано с вынужденным дистанционным обучением студентов снижает физиологические возможности организма, следовательно, и умственную работоспособность. Это неблагоприятно отражается на качестве обучения и на соматическом состоянии здоровья, также все больше дают о себе знать проблемы интеллектуального и эмоционального напряжения студентов.

Актуальность. Отвечая требованиям развивающейся экономики, государство на законодательном уровне закрепляет потребность современной экономики на подготовку преподавателей нового уровня в рамках разработанной целевой модели цифровой образовательной среды. Важная роль отводится также преподавателям физического воспитания.

Внедрение цифровой информационно-образовательной среды в образовательный процесс закреплено в статье 16 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» (от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ) стало наиболее эффективным благодаря технологиям интернета и его возможностям взаимодействия работы с информацией. Современные цифровые информационно-образовательные технологии требуют от высшего образовательного учреждения и каждого научно-преподавательского сотрудника пересмотра приемов и методов обучения, в соответствии с новыми нормами и стандартами.

Результаты исследования. Занятия проводились на информационно-образовательной платформе интернета по типу вебинаров, промежуточных и итоговых тестовых заданий, учебных пособий, учебно-методических и видеоинформационных материалах. Чем больше информации получают студенты, тем больше они проявляют интерес к занятиям физической культурой.

В начальном этапе, на кафедрах физического воспитания рассматривались специфические задачи ЭИОС в сфере физической культуры и спорта, включающие в себя необходимость:

- организацию планов обучения студентов с учетом их физиологических возможностей;
- повышении цифровой компетентности и уровня владения сетевым этикетом взаимодействия педагога и студента;
- создание сервисов для поиска, сбора анализа, обработки, хранения и демонстрации информации об учебных материалах;
- создать цифровой образовательный контент по основным образовательным программам.

Также результатом исследования стало уточнение и дополнение предмета: определены цели, задачи, структура, содержание, критерии оценки эффективности и пути развития цифровой информационно-образовательной среды в физкультурном воспитании.

Выводы. Успешное создание цифрового образовательного контента с учетом использования цифровых информационных методов должно начинаться с глубокого анализа целей и задач обучения, дидактических возможностей новой методологии передачи учебной информации, требований к технологическим процессам дистанционного обучения с точки зрения обучения физической культуре и спорту, а также корректировки критериев алгоритма оценки полученных знаний, умений и навыков.

Калуга А.А., Хоменко М.В., Цыба И.Н., Яровая Н.Ф., Бондарева Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Как фибрилляция предсердий (ФП), так и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются важными факторами, влияющими на состояние системы здравоохранения во всем мире, и они часто сосуществуют, так как имеют общие патофизиологические механизмы. Исследование, проведенное в Испании с использованием национальной базы данных выписных эпикризов из больниц, показало, что ХОБЛ является частым сопутствующим заболеванием у пациентов, госпитализированных по поводу ФП. В рамках когортного исследования ARIC (Atherosclerosis Risk in Community) было доказано, что у многих пациентов с ХОБЛ имеются сопутствующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (например, курение), которые могут выступать в качестве самостоятельных сопутствующих факторов, но наличие ХОБЛ и снижение функции легких также были независимо связаны с развитием ФП. Кроме того, было показано, что у пациентов с ФП обострение ХОБЛ связано с более высоким риском госпитализации в течение первых 90 дней после развития обострения. Следует отметить, что наличие и степень легочной дисфункции в значительной степени коррелирует с риском возникновения ФП, а клинические исходы обострений ХОБЛ, у лиц с ФП, хуже по сравнению с таковыми без ФП. Кроме того, многие препараты, применяемые для лечения ХОБЛ, включая агонисты β -адренорецепторов и теофиллин, могут вызывать тахикардию.

В одном из исследований с использованием общенациональной базы данных США о пациентах с терминальной стадией ХОБЛ, получающих респираторную поддержку на дому была проанализирована распространенность и динамика развития ФП с течением времени. Общая распространенность ФП в течение периода исследования увеличилась с 12,9% до 21,3%, и ФП была в значительной степени связана с более высокой смертностью в стационаре, с более частой необходимостью в искусственной вентиляции легких, и более длительным пребыванием в стационаре. Развитие ФП во время обострений у пациентов с ХОБЛ является не только тревожным сигналом неблагоприятных исходов, но и может быть важным модифицируемым фактором. Особенно это касается пожилых мужчин (>75 лет), имеющих сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и более высокую оценку при использовании шкалы CHA₂DS₂-VASc.

Большинство пациентов с ХОБЛ, получающих кислородную терапию в домашних условиях, могут быть ограничены в доступе к стационару, и, следовательно, поздняя диагностика и отсроченное начало лечения ФП могут ухудшить исходы у этих пациентов.

После подтверждения диагноза ФП может быть применен упрощенный подход к комплексному лечению ФП (ABC, Atrial fibrillation Better Care, «А» Антикоагуляция/Профилактика инсульта (Anticoagulation/ Avoid stroke), «В» Эффективный контроль симптомов (Better symptom management), «С» Сердечно-сосудистые факторы риска и сопутствующие заболевания — оптимизация лечения (Cardiovascular and Comorbidity optimization).

Необходим комплексный и целостный подход к лечению ФП и ХОБЛ, учитывая, что большая часть смертей связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, следовательно, оптимизация лечения ХОБЛ была бы частью критерия «С» этого подхода ABC, согласно которому сопутствующие заболевания должны быть устранены. Следует пересмотреть принимаемые лекарства, рассмотреть возможность возникновения апноэ во сне и возможность изменения образа жизни, например, отказа от курения. Необходимы хорошо спланированные будущие исследования для оптимизации наилучшего подхода к скринингу, выявлению и комплексному лечению пациентов с крайне тяжелой стадией ХОБЛ и ФП.

Каменский А.Д., Паршиков М.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

ГЕНЕТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Роль генетики в персонализированной медицине, особенно в ортопедии и травматологии, значительно возросла в последние годы. Генетические исследования не только позволяют выявлять предрасположенность к определённым заболеваниям, но и открывают возможности прогнозирования осложнений после хирургических вмешательств. Известно, что генетические факторы играют важную роль в развитии таких заболеваний, как асептический некроз головки бедра, остеоартрит, остеопороз и других состояний, влияющих на костно-суставную систему. Это знание уже находит практическое применение, и в настоящее время ведутся исследования по созданию прогностических моделей для оценки рисков осложнений эндопротезирования с учётом данных генотипирования пациентов. Такие модели могут стать важным инструментом для разработки индивидуальных подходов в хирургии и послеоперационном наблюдении, что особенно актуально в условиях высокой потребности в ревизионных операциях из-за асептической нестабильности.

Авторами проанализированы работы, посвящённые влиянию генетических факторов на асептическое расшатывание эндопротезов суставов. Оценка влияния генетики на результаты эндопротезирования сталкивается с рядом методологических трудностей. Наибольшей проблемой является необходимость длительного наблюдения за пациентами, которое может занимать от 10 до 15 лет, для точного отслеживания таких осложнений, как асептический остеолит и нестабильность. Кроме того, результаты эндопротезирования зависят от множества факторов, включая возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний, тип используемого протеза и квалификацию хирурга. Это делает крайне важным учёт всех этих параметров при разработке прогностических моделей.

Для первичной оценки риска генетически детерминированных осложнений наиболее подходящим методом является исследование по типу «случай-контроль», который позволяет выявить ассоциации между генетическими маркерами и исходами эндопротезирования. Однако для повышения надёжности и клинической применимости результатов требуется проведение более масштабных и продуманных исследований, которые могут быть реализованы только на базе крупных, национальных регистров эндопротезирования. Такие регистры позволят собрать данные о тысячах операций, объединяя информацию о пациентах с разными протезами, что обеспечит основу для всестороннего анализа факторов, влияющих на долговечность эндопротезов и развитие осложнений.

Канана Н.Н., Баешко Г.И., Варущик Д.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

ПОСТКОВИД-19 КАК ТРИГГЕР НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В декабре 2019 г. мир столкнулся с новой пандемической ситуацией, тяжелым острым респираторным синдромом, вызванным коронавирусом (SARS-CoV-2), который патологически влиял на сердечно-сосудистую систему (ССС). Наиболее частыми осложнениями являются нарушения ритма сердца (НРС), возникающие у пациентов во время и после перенесенной вирусной инфекции COVID-19. Коморбидная патология является дополнительным фактором риска развития различных аритмий. Изучение влияния перенесенной ковидной инфекции и возникновение различных НРС у лиц молодого возраста является актуальной. Цель: анализ НРС и выявления связи с перенесенной ранее коронавирусной инфекцией у пациентов молодого возраста, страдающих бронхиальной астмой (БА). Материал и методы: Обследовано 20 пациентов от 19 до 23 лет. Девушек - 12. Диагноз БА всем был выставлен в детском возрасте, наблюдались у педиатра и врача-пульмонолога. Раз в год выполнялись стандартная ЭКГ, ЭХО КГ и холтеровское мониторирование (ХМ). Ранее значимых НРС зафиксировано не было. После 2019 г. все пациенты перенесли Covid-19 в легкой или средне-тяжелой форме. Получали терапию согласно клиническим рекомендациям, по лечению Covid-19, на фоне базисной терапии по лечению БА. Длительность наблюдения составила 1 год (через 1мес., 6 мес. и 12 мес. после перенесенной инфекции). Результаты. Через 1месяц: у 5 чел. (25%) по данным ЭХО- КГ имелся пролапс митрального клапана (ПМК) и дополнительные трабекулы в левом желудочке. У 2-х пациентов (10%) диагностировали незначительное снижение сократительной способности миокарда. На ЭКГ чаще всего регистрировались: снижение вольтажа, тахикардия и признаки нарушения реполяризации миокарда желудочков. При ХМ у 16 чел. (80%) выявили различные нарушения ритма, чаще наджелудочковые экстрасистолы (э/с): одиночные -75%, парные- 20% и групповые- 5% ; небольшое количество одиночных желудочковых э/с, синусовая бради- и тахикардия. Наличие ранних и парных желудочковых э/с расценивалось как высокий риск развития жизнеугрожающих аритмий. Через 6 месяцев: у 6 чел.(30%) НРС были представлены в основном наджелудочковыми э/с (одиночные- 93%, - парные и групповые до 7% от общего числа); желудочковые ЭС до 5%: в виде одиночных мономорфных желудочковых комплексов. Эпизоды синусовой тахикардии, не связанные с физической нагрузкой, регистрировались более чем у половины пациентов. У 2(10%) пациентов были нарушения АВ проводимости(АВ блокады 1 и 2 ст.) и брадикардия. Через 12 месяцев: У 8(40%) пациентов - эпизоды синусовой тахикардии в покое и у 1(5%)- нарушения АВ проводимости. Впервые у 1пациента регистрировались трижды эпизоды пароксизмальной тахикардии с ЧСС до 200 в мин., сопровождающиеся синкопальными состояниями и падением гемодинамики, что потребовало консультации аритмолога на предмет хирургического лечения тахикардии – радиочастотной аблации (РЧА).

Выводы. Прослеживается связь возникновения различных НРС и перенесенной коронавирусной инфекцией у лиц молодого возраста, страдающих бронхиальной астмой. Данная проблема является актуальной и требует дальнейшего детального изучения.

Кандалова О.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

СОСТОЯНИЕ ВОЛОС ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Атопический дерматит (АД) представляет серьезную проблему для развитых стран, так как затрагивает до 10% трудоспособного населения. Одной из причин обострения АД является стресс, который также негативно влияет на состоянии волос при АД, от 30% до 40% пациентов с АД страдают гнездной алопецией. У алопеции, как и у АД, существуют общие этиологические причины – это загрязнение окружающей среды, ухудшение качества питьевой воды, изменение характера питания, изменения микробиома кожи, а также стресс. В настоящее время именно стресс рассматривается как основная причина обострения АД и усиления алопеции. Неблагоприятное воздействие стресса на кожу включает нарушение структурных белков кератиноцитов, потерю белков базальной мембраны и деградацию коллагена.

Молекулярной основой развития стресса являются сигнальные пути стресс-зависимых белков, в том числе, белков теплового шока (HSP). Было показано, что активация HSP90 и HSP40 сопряжена с обострением АД (Елистратова ИВ и др.). В нашей работе мы также установили, что в клетках волосяных фолликулов регистрируется повышение экспрессии белков теплового шока при обострении АД. Патогенетической основой для повреждения волос при обострении АД является накопление кортизола в волосах, что показано многими работами. Уровень кортизола отражает реакцию гипоталамо-питуитарной системы на стресс. Концентрация кортикостероидов повышается в коже головы и в клетках волосяных фолликулов. При этом на поверхности кератиноцитов и фибробластов кожи головы повышается экспрессия рецепторов сигнальных пептидов гипоталамуса и гипофиза, а также повышается экспрессия рецепторов для адреналина, норадреналина, дофамина, гистамина, ацетилхолина. Под воздействием острого или хронического стресса кортикостероиды активируют сигнальные пути цитокинов, таких, как интерлейкины (IL) 1, 4, 6, 8 и 13, фактора некроза опухолей альфа, интерферона гамма и др. в клетках вокруг волосяных фолликулов. Также происходит активация сигнального пути STAT3 (Signal Transducer and Activator of Transcription 3) в клетках эпителия кожи головы, что приводит к снижению экспрессии генов кератинов, снижения уровня белка кератинов в волосяных фолликулах. Нарушается регуляция фазовых переходов анагена и телогена. Одновременно регистрируется усиление активности интерлейкинов -4 и -13, а также других цитокинов, сопряженных с Т-хелперами второго порядка. То есть, характер изменения иммунитета при обострении АД также оказывает негативное влияние на клетки волосяных фолликулов и, соответственно, на состояние волос. Поэтому гнездная алопеция является сопутствующим заболеванием в половине случаев АД.

С другой стороны, именно то обстоятельство, что АД и алопеция имеют общие моменты этиологии, позволяет использовать препараты для лечения АД также для лечения алопеции. Например, антитела к IL-4 и IL-13 в 50% случаев достоверно улучшают состояние волос при сочетании АД и алопеции. Однако, в ряде случаев, имеется негативный результат.

Таким образом, в настоящее время возможны патогенетические подходы к восстановлению структуры волос и лечению алопеции у пациентов с атопическим дерматитом.

Капланец И.В., Аносова Л.С., Суворова А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Институт физической культуры и спорта, Донецк

МЕТОДИКА ВКЛЮЧЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ЙОГИ В ПРОЦЕСС КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН 45-50 ЛЕТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Вопрос организации процессов профилактики, лечения и реабилитации лиц среднего возраста с остеохондрозом позвоночного столба в современном обществе очень актуальна, ввиду значительного прироста показателей распространенности этой дегенеративно-дистрофической дисфункции в возрастной группе 40-60 лет, на фоне существенного снижения объема и общей физической активности трудоспособного населения. Существующие подходы к оздоровлению женщин 45-50 лет в процессе комплексной реабилитации при остеохондрозе ориентированы на расширение их двигательного режима путем использования программ ЛФК, лечебного плавания, а также занятий популярными циклическими видами ДА (ходьба, бег), что базируются на комплексном воздействии их элементов на ведущие системы организма (кардиореспираторная система, система опорно-двигательного аппарата (ОДА)) занимающихся. Считается целесообразным использование в процессе комплексной реабилитации женщин с остеохондрозом нетрадиционных методик, к которым относятся оздоровительные занятия по системе йоги. Научно доказано: элементы йоги позволяют занимающимся: правильно распределять осевую нагрузку на позвоночный столб; разгружать суставы пояса нижних конечностей; вовлекать в процесс движения костно-мышечные структуры плечевого пояса, что способствует улучшению функции вдох-выдох и, в совокупности имеет выраженный реабилитационно-профилактический эффект. Однако, согласно научному мнению, систематические, специфичные для йоги, статические и динамические нагрузки, должны сочетаться с корригирующими упражнениями специально-оздоровительной направленности, которые доступны для данного возраста, что существенно влияет на эффективность оздоровительно-реабилитационной работы с женщинами 45-50 лет, которые страдают от распространенного остеохондроза позвоночного столба.

Обоснование комплексной методики оздоровительно-тренировочных занятий (ОЗТЗ) йогой с женщинами 45-50 лет с диагностированным остеохондрозом позвоночного столба, которая была рационально интегрирована в комплексную программу их реабилитации включала в себя базовые, групповые занятия с элементами йоги в спортивном зале и бассейне (в допустимых режимах работы), а также ряд специальных упражнений (СУ) для суставов (суставная гимнастика), корригирующих и дыхательных упражнений (ДУ). Методика ОЗТЗ йогой базировалась на данных комплексного медицинского обследования и результатах тестирования функционального состояния позвоночного столба участниц педагогического эксперимента.

Предложенная нами методика ОЗТЗ йогой с женщинами 45-50 лет, полностью отвечала задачам периодов реализации программы комплексной реабилитации, гармонично сочетаясь с другими реабилитационными средствами. Структура методики ОЗТЗ йогой включала в себя базовые и дополнительные формы проведения занятий. К группе базовых форм относились групповые оздоровительные занятия с элементами йоги, проводимые в спортивном зале и бассейне. Из дополнительных средств в структуру методики ОЗТЗ йогой с женщинами 45-50 лет входили блоки, выполняемые в домашних условиях:

- комплексы йоги + специально-оздоровительные упражнения (стретчинг, упражнения на гибкость, упражнения в расслаблении, на поддержание осанки);
- комплекс йоги + дыхательных упражнений динамического характера;
- суставная гимнастика по системе йоги.

Оздоровительные блоки упражнений и асан по системе йоги в разных сочетаниях использовались женщинами, во время выполнения утренней гигиенической гимнастики (25 минут) и домашних комплексах оздоровительных занятий (в вечернее время).

Как основные, так и дополнительные формы организации ОЗТЗ йогой в программе комплексной реабилитации женщин 45-50, которые страдают от распространенного остеохондроза позвоночного столба, были направлены на предупреждение прогрессирования дисфункций позвоночного столба, укрепление мышечного корсета, улучшение функционального состояния респираторной и сердечно-сосудистой систем у женщин ОГ, а так же формирование у них навыков физиологической осанки и биомеханики движений. Их рациональная дозировка в структуре методики ОЗТЗ йогой зависела от периода ее реализации, в рациональном сочетании с другими реабилитационными средствами и методами и компонентами аромо-, музыка- и диетотерапии, которые женщины использовали в режиме дня по назначению реабилитолога. В процессе реализации комплексной методики ОЗТЗ йогой с женщинами 45-50 лет отмечено достоверное восстановление функциональной подвижности позвоночного столба.

Капланец И.В., Фомин А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Институт физической культуры и спорта, Донецк

АЛГОРИТМ ВКЛЮЧЕНИЯ БЛОКОВ КОРРЕКЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ПРОГРАММУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН 60-65 ЛЕТ

Проблема организации процессов профилактики, лечения и реабилитации людей пожилого возраста (в том числе женщин) в современном обществе очень актуальна, ввиду значительно-го прироста показателей заболеваемости различных нозологических групп у данного контингента, на фоне существенного снижения объема их общей физической активности. Существующие подходы к оздоровлению женщин пожилого возраста в процессе занятий популярными циклическими видами двигательной активности (ДА) (ходьба, бег, плавание) базируются на комплексном воздействии их элементов на ведущие системы организма (кардиореспираторная система, система ОДА), которые наиболее функционально подвержены процессам старения. Использование в процессе оздоровления циклических физических нагрузок позволяет занимающимся: правильно распределять осевую нагрузку; разгружать суставы пояса нижних конечностей; вовлекать в процесс движения костно-мышечные структуры плечевого пояса, что способствует улучшению функции «вдох-выдох» и, в совокупности, имеет выраженный профилактический эффект. Однако, согласно научному мнению, систематические аэробные нагрузки должны сочетаться с физической работой в анаэробном режиме, что способствует активации гормональной системы, повышая, тем самым мышечный тонус и силу, а также существенно влияет на эффективность оздоровительно-тренировочной работы с женщинами пенсионного возраста. В настоящий момент научный интерес представляют данные об онтогенетически обусловленном, прогрессирующем сердечно-сосудистых дисфункций и системы ОДА женщин пожилого возраста, даже в условиях оздоровительно-тренировочного процесса, что актуализирует поиск новых методик оздоровительной тренировки, обоснования рациональных режимов комбинированных занятий, которые соответствуют функциональным возможностям занимающихся, а так же дополнительного использования в процессе оздоровительной тренировки блоков коррекционно-оздоровительных упражнений (дыхательных (ДУ), корригирующих, релаксационных и стрейчинговых упражнений специально-оздоровительной направленности), которые доступны для данной возрастной группы.

Предложенная нами комплексная программа оздоровительно-тренировочных занятий (ОЗТЗ) с женщинами 60-65 лет включала в себя базовые и дополнительные кинезиологические средства. К группе базовых средств относился рациональный двигательный режим, осуществляемый в чередовании аэробных и анаэробных энергетических зон, по программ тренировки оздоровительной ходьбой и силовой подготовки по системе «Изотон». Из дополнительных коррекционно-оздоровительных средств в структуру комплексной программы ОЗТЗ с женщинами 60-65 лет входили блоки коррекционных упражнений:

- 1) специально-оздоровительные упражнения (стретчинг, упражнения на гибкость, упражнения в расслаблении, на поддержание осанки);
- 2) дыхательных упражнений динамического характера;
- 3) элементы хатха-йоги. Которые имели собственный алгоритм включения в структуру программы ОЗТЗ с женщинами 60-65 лет, в разных сочетаниях использовались ими. как во время ОЗТЗ (в его различных частях), так и в домашних условиях (во время выполнения утренней гигиенической гимнастики и домашних заданий (в вечернее время)). Дополнительные кинезиологические формы коррекционных упражнений были направлены на предупреждение прогрессирования дисфункций позвоночного столба, укрепление мышечного корсета, улучшение функционального состояния респираторной и сердечно-сосудистой систем у женщин 60-65 лет, а так же формирование у них навыков физиологической осанки. Их рациональная дозировка в структуре комплексной программы ОЗТЗ зависела от периода ее реализации. Они рационально сочетались с компонентами аромо-, музыка- и диетотерапии в режиме дня.

Авторская комплексная программа ОЗТЗ с женщинами 60-65 лет, в которую был включен алгоритмом коррекционных упражнений, доказала свою эффективность, в сравнении с общепринятой моделью организации занятий оздоровительной ходьбой.

Карасев А.А., Носачева А.В., Петрова А.Г., Пехтелева А.В., Елисеева Ю.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКА ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ОСВЕЩЁННОСТИ И МИКРОКЛИМАТА ЭНГЕЛЬССКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1

Введение. Огромное количество людей посещают различные медицинские организации на ежедневной основе. Для поддержания благоприятных и безопасных условий необходимо соблюдать гигиенические нормы микроклимата и освещенности, которые влияют как на пациентов, так и на медицинских работников.

Цель исследования. Оценить в соответствии с гигиеническими нормативами оборудование, планировку помещений в Энгельсской городской поликлинике №1 [1].

Материалы и методы исследования. Критерии измерялись сертифицированными измерительными средствами и оценивались в соответствии с требованиями СанПиНа [2;3]. Исследование параметров микроклимата проводилось в обследуемых кабинетах с помощью прибора «Метеометр» в пяти точках на двух-трёх уровнях с расчетом средних значений. Измерение освещённости проводилось люксметром-пульсметром «ТКА-ПКМ».

Результаты исследования. В ходе исследования манипуляционного кабинета Энгельсской поликлиники №1, установлено, что помещение соответствует показателям гигиенической нормы естественного освещения и микроклимата, значения освещенности находились в диапазоне 320-390 лк, что не отвечает гигиеническим нормам (500 лк). Предложено заменить лампы на более мощные.

Исследование гигиенических показателей микроклимата и освещения терапевтического кабинета №1 показало соответствие нормам полученных значений искусственной освещённости и микроклимата. Однако естественная освещенность вследствие минимального инсоляционного режима ниже норм, что не позволяет проводить прием пациентов при отсутствии искусственного освещения даже в дневное время.

В процессе исследования установлено, что помещение терапевтического кабинета №2 полностью соответствуют критериям микроклимата, однако максимальный инсоляционный режим обуславливает наличие избыточного поступления ультрафиолетового излучения в кабинет, что может предоставлять неудобство врачу и пациенту. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна, ориентированные на южные румбы горизонта, предложено оборудовать солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

Заключение. По результатам оценки параметров освещенности и микроклимата рекомендуется провести необходимые мероприятия по оптимизации условий в поликлинике:

1. Замена ламп, используемых для искусственного освещения, на более мощные для создания комфортных условий работы и обслуживания пациентов в манипуляционном кабинете.
2. Использование солнцезащитных устройств для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна в терапевтическом кабинете №2.

Список литературы.

1. Ратушная Н.Ш., Елисеева Ю.В., Войтович А.А., Елисеев Ю.Ю. Программа оценки риска развития профессионального выгорания у медицинских работников в зависимости от тяжести и напряженности их труда. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ RU № 2024663259, 05.06.2024. Заявка от 21.05.2024.

2. СанПиН 1.2.3.685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания». https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375839/fa69e15a74de57cbe09d347462434c11fcfeaca/

3. СанПиН 2.1.3.2630 -10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Каримов Ш.О., Бобомуродов М.А

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орел

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Введение. В настоящее время вопросы гемодинамической поддержки при ведении пациентов с тяжелой пневмонией и ОРЖС изучены недостаточно. В мировой литературе мало внимания уделяется вопросам поражения правого желудочка при тяжелых заболеваниях легких. Актуальность. оптимизация контроля и коррекции центральной гемодинамики с опорой на патогенетические звенья кардиореспираторной недостаточности является независимым критерием свободы от летальности при лечении тяжелой пневмонии. Цель-оценить результаты лечения и гемодинамические эффекты инфузионной терапии с мониторингом целевых цифр ИГКДО. Материалы и методы. Данное исследование является когортным, проспективным, нерандомизированным. Оно выполнено на базе клинического отделения больницы БСМП им Семашко. В него были отобраны пациенты по критериям включения: подтвержденная внебольничная пневмония, CURB-65 > 3-4 баллов, начало инвазивной вентилизации легких с первых суток госпитализации, средний возраст (от 40 до 60 лет), наличие ОРДС. Критерии исключения: подтвержденные онкологические заболевания, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца. Больные отбирались в исследование в течение 2х лет (с 2022 по 2024), всего было отобрано 124 пациента они были разделены на 2 группы в зависимости от режима инфузионной терапии. В одном случае она была с опорой на ИГКДО («ИГКДО») 45 человек, 20 мужчин и 25 женщин, средний возраст $34,56 \pm 5,41$ лет), в другом – без опоры на ИГКДО («Контроль»), 79 человек, 34 мужчин и 45 женщин, средний возраст $37,6 \pm 7,61$ лет). Оценивали показатели центральной гемодинамики: ЦВД (центральное венозное давление), ИМС (индекс мощности сердца), СИ (сердечный индекс), индекс глобального конечно – диастолического объема (ИГКДО). Сравнение непрерывных переменных между двумя несвязанными группами проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Для оценки диагностической значимости признаков применялся анализ ROC-кривых, результат которого был представлен как площадь под кривой (AUC), уровень статистической значимости (p) и 95% доверительные интервалы (ДИ). Оптимальная точка отсечения определялась по наибольшему индексу Юдена, для нее оценивали индексы чувствительности (Se) и специфичности (Sp). Результаты и обсуждение. Был проведен ROC-анализ, конечной точкой которого была летальность. Среди всех пациентов, включенных в исследование, она составила 14 случаев (11,2%). При прогнозировании летального исхода: ЦВД > 7 мм.рт.ст. чувствительность составила 82,1 %, специфичность – 61,1%, площадь под кривой 0,7, p=0,002; СИ < 2,3 л/мин/м² чувствительность составила 79,1%, специфичность 85,6%, площадь под кривой 0,82, p=0,0001; ИМС < 0,38 Вт/м² чувствительность составила 69,1 %, специфичность – 84,1%, площадь под кривой 0,773, p=0,02. ИГКДО был наиболее чувствительным параметром, при поддержании его в пределах 490 ± 100 мл/ м² (в группе «ИГКДО») в сравнении с группой контроля требовались в среднем на 13,5% меньшие объемы инфузии, что снизило гиперволемию и уменьшало преднагрузку на ПЖ, обеспечивало низкие уровни ЦВД и свободу от падения СИ (на уровне 83,2%) и ИМС (на уровне 91,4%). Также пациентам из группы ИГКДО чаще назначались b1-b2 симпатомиметики, что позволяло поддерживать гемодинамику правого желудочка и предотвращать его перегрузку с пролабированием МЖП влево и снижением преднагрузки и сердечного выброса ЛЖ. Статистически значимые отличия в сравниваемых группах «ИГКДО» и «Контроль»: длительность ИВЛ 7,8 против 14,4 (p<0,05), длительность в ОРИТ 10,5 против 22,3 (p<0,05). 28-суточная летальность 19,3% против 39,5%. Выводы. Основной путь нарушения центральной гемодинамики – дисфункция ПЖ из -за его перегрузки, приводящей к снижению притока к ЛЖ, его преднагрузки и эффективности перфузии (выраженной в СИ и ИМС). Тактика коррекции с контролем референсных цифр ИГКДО обеспечивает более стабильную гемодинамику и лучшие непосредственные результаты терапии.

Карманов С.Б., Плотников А.А., Хатюшин Д.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Введение. В настоящее время метаболический синдром (МС) является одной из актуальных проблем в сфере медицины, обусловленной тенденцией к увеличению распространенности, тесной взаимосвязью с развитием сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний. Процентное значение выявления метаболического синдрома колеблется от 20 до 40%. Чаще всего болеют люди от 35 до 65 лет, преимущественно пациенты мужского пола.

Цель. Интерпретировать знания о метаболическом синдроме и выяснить его клинические проявления, также описать суть его терапии.

Материал исследования. Обзор литературы на основе заранее определенных критериев проводился с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2023 г. в базе данных PubMed. Были включены в исследования пациенты, у которых диагностировали МС, и у которых был сахарный диабет, артериальная гипертензия, случаи неоплазий печени.

Методы исследования. Теоретический, методологический, организационный.

Результаты. Метаболический синдром — это совокупность метаболических нарушений, включающих гипертонию, центральное ожирение, резистентность к инсулину и атерогенную дислипидемию. Согласно исследованию на конференции американской ассоциации по исследованию злокачественных новообразований, МС связан с повышенным риском развития гепатоцеллюлярной карциномы и внутривеночной холангиокарциномы из-за избыточного депонирования триглицеридов в белых адипоцитах печени, что приводит к избыточному поступлению СЖК в портальную систему и печень. Из-за инсулинорезистентности (ИР) и повышенного содержания жира развивается нежировая болезнь печени (НЖБП), липотоксичность и липоапоптоз гепатоцитов.

При лечении МС терапевтические принципы должны быть направлены на всю совокупность факторов, определяющих развитие и прогрессирование клинических проявлений. Ввиду этого выбирают комплексный подход, который предусматривает изменение образа жизни (соблюдение рационального сбалансированного питания с учетом индивидуальных особенностей; увеличение физической активности; снижение потребления алкоголя и отказ от курения) и фармакологические вмешательства для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Ведущее место в лечении больных должны занимать мероприятия, направленные на уменьшение массы абдоминально-висцерального жира, т.к. он играет ведущую роль в развитии ИР.

Медикаментозная поддержка используется при лечении ожирения у больных с ИМТ > 30 кг/м² в сочетании с абдоминальным ожирением, наследственной предрасположенностью к СД2 и сердечно-сосудистым заболеваниям. Основные фармакологические методы лечения включают коррекцию дислипидемии с помощью статинов, снижение риска тромбообразования с помощью антитромбоцитарных препаратов и применение препаратов, повышающих чувствительность к инсулину для снижения риска развития диабета.

В последнее время растёт интерес к использованию природных соединений для снижения риска и замедления прогрессирования метаболического синдрома. К таким соединениям относят: Куркума (*Curcuma longa*), Чеснок (*Allium sativum*), Корица (*Cinnamomum verum*), Кардамон (*Elettaria cardamomum*), Виноград (*Vitis vinifera*) и др.

Вывод. Подводя итог вышесказанного можно сказать, что МС тесно связан с сердечно-сосудистыми, гипертоническими и онкологическими заболеваниями. Для лечения МС врач должен корректно составить медикаментозное и немедикаментозное лечение, опираясь на индивидуальные особенности пациента. Но главным критерием терапевтических принципов является коррекция совокупности факторов, определяющих суммарный риск развития и прогрессирования клинических проявлений.

Карпенко Д.В., Волошин В.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МНОГОМЕРНЫЙ ДИСПЕРСИОННЫЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ПРОЗОПОМЕТРИИ ЮНОШЕЙ

Актуальность. Лицо человека всегда было и остается предметом исследований анатомов и антропологов, пластических хирургов и художников, а индивидуальные особенности строения лица стали ключевым элементом в идентификации личности человека. Знание анатомии лица лежит в основе метода краниофациальной реконструкции, значительный вклад в разработку которого внес знаменитый отечественный ученый Михаил Михайлович Герасимов. Существует несколько подходов к «районированию» лица, наиболее применяемым среди которых является деление последнего на верхнюю, среднюю и нижнюю части. Известно, что нижняя часть лица включает в себя области рта и подбородка, а также большую часть щечных и околоушно-жевательных областей. Следует отметить, что данных по морфометрическим параметрам лица в целом и нижнего его отдела в частности в литературе крайне недостаточно. Также в морфологических работах не часто находит свое применение метод многомерного дисперсионного анализа, позволяющий оценить влияние одного или нескольких факторов одновременно на несколько изучаемых параметров морфометрии.

Цель. Провести многомерный дисперсионный анализ параметров морфометрии нижней части лица юношей, проживающих в Луганской Народной Республике.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 140 юношей (19,1±0,7 лет), проживающих на территории Луганской Народной Республики. Объем выборки проведен с учетом рекомендаций Кригер Е.А. Фотографирование лица проводили во фронтальной норме. Голову испытуемого ориентировали во франкфуртской горизонтали. Изображения переносили в программу ImageJ 1.46г, с помощью которой получали морфометрические показатели. Для определения параметров прозопометрии использовали кефалометрические точки: subnasion (sn), stomion (sto), supramentale (sm), gnathion (gn). Оценку различий между группами юношей с разными кефалотипами и прозопотипами осуществляли с помощью одно- и двухфакторного дисперсионного анализа (ДА). В качестве апостериорного теста использовали тест Тьюки, уровень значимости которого определялся с учетом корректировки при множественных сравнениях. Наиболее подходящую модель ДА определяли в результате проведения информационного теста с определением критерия Акаике. Формирование зависимых переменных для проведения многомерного ДА проводили при условии отсутствия между изучаемыми параметрами больших значений коэффициентов корреляции ($r > |0,7|$). Критический уровень значимости всех вышеупомянутых критериев определен на уровне 0,05.

Результаты. Одной из многомерных зависимых переменных, влияние прозопотипа юношей на которую было изучено, стала переменная, состоящая из параметров sn-gn, sn-sto и sto-sm. Переменные в этом наборе данных довольно коррелированы, что подтверждается проведенным тестом Бартлетта ($\chi^2 = 197,14$; $p < 0,001$). Проверка многомерной нормальности распределения данных свидетельствует в пользу применяемого метода (статистика теста Шапиро = 0,988; $p = 0,274$). Установлено, что М-тест Бокса не достигает уровня статистической значимости (23,9; $p = 0,159$). Тест Пилляя при проведении многомерного ДА свидетельствует в пользу статистически значимого влияния прозопотипа юношей на рассматриваемую зависимую переменную ($F = 0,255$; $p < 0,001$). Данная модель подтверждается также и проведением одномерных ДА по каждому морфометрическому параметру.

Вывод. Прозопотип юношей оказывает статистически значимое влияние на многомерную переменную, представленную морфометрическими параметрами sn-gn, sn-sto и sto-sm.

Карпушин Д.И.

ГБУЗ «Луганская городская клиническая многопрофильная больница № 1», Луганск

ОСОБЕННОСТИ МОРФО - СТРУКТУРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Церебро-васкулярные заболевания занимают III место среди причин смертности и составляют до 15% во многих странах мирового сообщества. В Российской Федерации зарегистрировано более 4-х миллионов пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга, преимущественное большинство из которых составляет хроническая ишемия мозга (ХИМ) или дисциркуляторная энцефалопатия. Независимо от причин, вызвавших поражение эндотелия сосудистых мембран, запущенных атеросклеротическим процессом, артериальной гипертензией, сахарным диабетом (СД), васкулитом и др., всегда развиваются опосредованные расстройства внутримозговой гемодинамики. Последнее обстоятельство обосновывает целесообразность изучения особенностей внутримозговой гемодинамики при данной форме церебро - васкулярной патологии.

ХИМ, обусловленная СД, рассматривается как мембранно-дестабилизирующий процесс, обусловленный хронической активацией перекисного окисления липидов, белков, оксида азота, продолжительной гипергликемией, развитием оксидативного стресса, способствующего повреждению нервной ткани. В этой связи, определение характера структурных изменений в различных отделах головного мозга и возможного их участия в патогенезе церебральной ишемии также требует своего дальнейшего изучения.

Таким образом, современные тенденции развития научных знаний о ХИМ, особенно при СД обуславливают необходимость интегральной характеристики гемодинамических, метаболических, структурных изменений.

Цель исследования: оптимизация диагностики пациентов с ХИМ II стадии, страдающих СД 2 типа на основании изучения особенностей церебральной гемодинамики и структурных изменений в головном мозге.

Материал и методы. Было проведено комплексное клиничко-неврологическое наблюдение за 110 пациентами с ХИМ, развившейся на фоне СД 2 типа с использованием клинических, нейропсихологических, инструментальных и статистических методов исследования.

Результаты исследования. Было установлено, что для пациентов с ХИМ диабетического генеза характерно наличие 5 ведущих синдромов – когнитивной дисфункции, церебрастенического, вегетативной дисфункции, мотосенсорных расстройств смешанного характера, цефалгического. Изменения перцептивно-гностической сферы по данным нейропсихологических исследований коррелировали со степенью нарушений внутримозговой гемодинамики, а также структурными изменениями в ликворной системе и мозговой ткани.

Выводы. Облигатными клиническими проявлениями ХИМ II стадии у пациентов с СД 2 типа являются синдром умеренных когнитивных расстройств. В клиничко – неврологическом статусе представлены сочетания вегетативной дисфункции, цефалгического симптома – комплексов, мотосенсорных расстройств смешанного характера. Изменение церебральной гемодинамики у пациентов с диабетическим генезом ишемии мозга характеризуются наличием ангиоспастического синдрома и коррелируют с выраженностью когнитивных расстройств. Структурные изменения при ХИМ проявляются расширением ликворных пространств и очаговым изменением плотности мозгового вещества перивентрикулярно и в базальных отделах лобно-теменных областей. Указанные структурные нарушения подтверждают положение о заинтересованности структур лимбико-ретикулярного комплекса в клиническом оформлении картины заболевания.

Карпушкина П.И., Пизгачев А.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Актуальность. На фоне диабетической микро и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии развивается такое осложнение сахарного диабета как синдром диабетической стопы (СДС), который приводит к развитию гангрены. Поэтому продолжается поиск новых методов лечения этой патологии.

В настоящее время озонотерапия активно применяется в нашей клинической практике. Озонирование крови применяется с целью детоксикации, а местная озонотерапия оказывает выраженное бактерицидное действие.

Цель исследования. Цель исследования улучшение результатов лечения гнойно-некротических осложнений нижних конечностей у больных СДС.

Материал и методы исследования. Системная озонотерапия применена у 36 пациентов (основная группа). Контрольную группу составили 40 больных, которые получали традиционное лечение. Для получения озонированного физиологического раствора (ОФР) использовался озонатор «АОТ-Н-01-Арз».

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе больных к концу курса озонотерапии происходила нормализация лейкоцитарной формулы, снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы на 31,5%, бактериальной обсемененности ран в 1,5 раза, по сравнению с контролем. Осложнений и побочных эффектов от озонотерапии не наблюдалось.

Выводы. Включение озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий у больных с синдромом диабетической стопы приводит к улучшению микроциркуляции, реологических свойств крови, ускорению заживления ран.

Катела А.И., Ламтюгова М.М., Бабий А.В

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КАЛЬЦИЕВЫЙ ИНДЕКС В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) остаются глобальной проблемой, лидируя в списке причин смертности. Ранняя диагностика играет критически важную роль в профилактике и своевременном лечении, значительно повышая шансы на благоприятный исход. В этом контексте все большее внимание уделяется неинвазивным методам обследования, позволяющим оценить состояние ССС без хирургического вмешательства. Одним из таких методов является определение кальциевого индекса (КИ).

Цель исследования. Оценить значимость КИ для диагностики и прогнозирования заболеваний ССС.

Материалы и методы. Проведен анализ современной литературы по вопросу применения КИ для диагностики и прогнозирования заболеваний ССС.

Результаты и обсуждение. В недавних исследованиях была выявлена связь между коэффициентом кальцификации, превышающим 100, и ранней смертностью. У людей младше 50 лет, независимо от плотности кальцификации, наблюдался повышенный риск развития клинической ишемической болезни сердца (ИБС) и летального исхода. В исследовании пациентов с острым коронарным синдромом, которым была проведена коронарография (P. Genereux et al., 2014 г.), в 32% случаев была выявлена тяжелая кальцификация артерии, связанной с инфарктом. При этом в течение первого года после острого коронарного синдрома чаще встречались повторные неблагоприятные сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, отек легких, фибрилляция желудочков). В ходе 15-летнего исследования протоколов электронно-лучевой компьютерной томографии (L.J. Shaw et al., 2015 г.) у пациентов различных полов и возрастов, не имеющих клинических признаков ИБС, было установлено, что высокие значения ИК коронарных артерий ассоциированы с мужским полом, пожилым возрастом, сахарным диабетом, дислипидемией и курением. В исследовании M.J. Vlaha et al. (2016 г.) выявлено, что учет количества кальцифицированных сосудов совместно с определением общего ИК позволяет значительно улучшить прогноз неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. У пациентов с минимальной аортальной кальцификацией общий риск смертности оказался на 70% выше по сравнению с теми, у кого не наблюдалось отложений кальция. У больных с наиболее выраженными отложениями этот риск возрастал в шесть раз. Исследования, посвященные прогностической оценке кальцификации, выявили значительное увеличение риска инсульта, пропорциональное степени кальцификации сосудов. S.V. Puchner и соавторы (2018 г.) подчеркивают, что низкие уровни кальция могут свидетельствовать о нестабильности атеросклеротической бляшки, в то время как высокие значения кальция с высокой плотностью могут служить индикатором её стабильности. При этом важно отметить, что более высокая общая оценка КИ коронарных сосудов ассоциируется с увеличенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы. Таким образом, оценка кальциевого индекса обеспечивает ценную информацию для диагностики, оценки риска развития и прогнозирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Кащенко С.А., Моисеева М.И., Семенчук С.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЯДЕР СПИННОГО МОЗГА ПРИ РАЗРУШЕНИИ ЧАСТЕЙ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА

Изучение влияния миндалевидного тела (МТ) на двигательные центры спинного мозга является актуальным как для практической, так и теоретической медицины. МТ как структура лимбической системы обеспечивает автоматизм движений и принимает участие в регуляции тонуса мышц. Известно, что при нарушениях структур лимбической системы, в том числе и МТ, как правило, возникают двигательные и психические реакции, которые имеют противоположный характер.

Поэтому целью нашего исследования было изучение морфологических особенностей в нейронах двигательных ядер спинного мозга, которые возникают при разрушении частей МТ.

Материалом для исследования явился спинной мозг 22 кошек. Из них 10 животных составили контрольную группу и 12 – экспериментальную. Экспериментальным животным были проведены стереотаксические операции при которых электролитическим способом была разрушена базально-латеральная часть МТ. После завершения эксперимента забор спинного мозга выполнялся с учетом положений Директивы 2010/63/EU Европейского Парламента и Совета Европейского Союза от 22 сентября 2010 года по охране животных, используемых в научных целях (Статья 27), а также требованиями и рекомендациями «Руководства по содержанию и использованию лабораторных животных» («Guide for the Care and Use of Laboratory Animals», National Academy Press, USA, 2011) в разные сроки после операции. Все животные были разделены на две группы: I – 7-13 суток после операции (ранний послеоперационный период – РП); II – 20-30 суток после операции (поздний послеоперационный период – ПП). Срезы спинного мозга окрашивались по Нисслю в модификации И.В.Викторова. При изучении морфологических особенностей двигательных ядер спинного мозга определяли следующие морфометрические показатели: площадь сечения тел и ядер нейронов, ядерно-цитоплазматическое отношение, количество нейронов на единицу площади, количество обшей и сателлитной глии на 1 мм².

В результате комплексного морфологического и морфометрического исследования двигательных центров спинного мозга были выявлены особенности. Установлено, что степень выраженности морфологических изменений в нейронах двигательных ядер спинного мозга зависит от длительности эксперимента.

В РП выявленные изменения отличаются выраженным полиморфизмом. Так, наряду с обратимыми изменениями нейронов в виде острого набухания и гиперхроматоза, наблюдаются и дистрофические процессы в нервных клетках. Выявляются клетки с гомогенной цитоплазмой и лизисом хроматофильного вещества, гиперхромно окрашенные и сморщенные нейроны, появляются единичные клетки – тени, а также скопления глиоцитов на месте погибших нейронов. Вместе с тем, в этот период встречаются скопления глиоцитов в виде цепочек, свидетельствующие о пролиферации глии и наступлении репаративных изменений.

В ПП во всех двигательных ядрах наблюдаются клетки с признаками гидропических изменений и гиперхроматоза. Нередки «очаги клеточного опустошения». Вместе с тем, появляются нейроны, в цитоплазме которых увеличивается количество хроматофильного вещества; ядра становятся более светлыми, обычных размеров, с хорошо различимой кариолеммой.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что разрушение частей МТ отражается на морфологическом строении нервных клеток двигательных ядер спинного мозга.

Кащенко С.А., Мусеева М.И., Семенчук С.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СТРОЕНИЕ ТИМУСА, СЕЛЕЗЁНКИ И ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИМ ЦИКЛОФЕРОНА

Цель исследования: изучить особенности строения тимуса, селезёнки и подмышечных лимфатических узлов неполовозрелых белых крыс после введения циклоферона. Материал и методы исследования. Крысам - самцам с исходной массой 30-40 г вводили циклоферон №10 1 раз в сутки по 6 мг/кг массы тела по схеме. Контрольные животные получали физиологический раствор. Выведение из эксперимента производили под эфирным наркозом через 7, 15, 30, 90 и 180 суток. Гистологические срезы тимуса, селезенки и лимфатических узлов окрашивали гематоксилин-эозином. Результаты. После введения циклоферона тимус сохраняет дольчатость строения, интенсивное окрашивание коркового вещества, тельца Гассалья в мозговом веществе. В тимических дольках подопытных животных: площадь коркового вещества на 7–15-е сутки наблюдения уменьшается на 7,53% и 2,51%, площадь мозгового – соответственно возрастает. Это может объясняться активным выбросом лимфоцитов из коркового вещества тимуса, индуцированным введением иммуномодулятора. Начиная от 30-х и до 180-х суток наблюдения соотношение коркового и мозгового вещества тимуса в контрольных и подопытных группах существенно не различается. Несмотря на временное уменьшение площади коркового вещества абсолютная масса тимуса в течение 30 суток наблюдения достоверно превышает контрольные показатели на 23,89% (7сут.), 53,73% (15сут.) и 30,17% (30сут.) наблюдения. Селезёнка у млекопитающих непосредственно участвует в поддержании иммунного гомеостаза и коррекции дефекта иммунитета, вызванного разнообразными воздействиями на организм. В ответ на введение циклоферона у подопытных животных абсолютная и относительная масса селезёнки на 7-е–90-е сутки наблюдения достоверно превышает контрольные данные. В эти же сроки размеры лимфатических узелков возрастают на 17,25% (7сут.), 11,97% (15сут.), 5,67% (30сут.) и 7,16% (90сут.). В лимфатических узелках определяются сформированные герминативные центры размеры которых достоверно превосходят контрольные данные (7-30сут.), однако, площадь сечения, занимаемая белой пульпой селезёнки, от исходных параметров не отличается. Краевая зона, состоящая из крупных клеток лимфоидного ряда и макрофагов, составляет $92,52 \pm 0,94$ мкм. Определение морфометрических параметров селезёнки подопытных животных позволяет дать объективную оценку состояния её белой пульпы в разные сроки после введения циклоферона. На гистологических срезах подмышечных лимфатических узлов различается корковая, паракортикальная зоны и мозговое вещество. В разные сроки после введения циклоферона строение подмышечных лимфатических узлов практически не отличается от такового у животных, которым вводили физиологический раствор. Лимфатические узелки с герминативными центрами визуализируются не только в корковом веществе, но и в паракортикальной зоне, их количество возрастает на 16,31% (7-15 сут.) после прекращения введения циклоферона по сравнению с селезёнкой контрольных животных. Размеры лимфатических узелков и диаметры герминативных центров превышают сравниваемые показатели в ранние сроки наблюдения на 14,11% и 15,94% (7сут.), 7,11% и 11,76% (15сут.), в последующие сроки существенных различий с контролем не выявляется. Площадь сечения коркового вещества превышает таковую у контрольных групп животных на 7-е, 15-е и 30-е сутки наблюдения на 24,14%, 18,48% и 6,31% соответственно. Мантийная зона белой пульпы селезёнки у подопытных крыс шире, чем в контроле на 7-е (48,21%) и 15-е (18,92%) сутки наблюдения. Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что введение циклоферона крысам неполовозрелого возрастного периода способствует морфологической перестройке тимуса, селезёнки и подмышечных лимфатических узлов. Повышенная реактивность со стороны морфологических компонентов лимфоидных органов сохраняется на протяжении 30-ти суток после введения препарата.

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОНЕКТИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ

Введение: Фибронектин плазмы крови (ФН) можно отнести к негативным белкам острой фазы, обладает опсонизирующей активностью, усиливает миграцию фагоцитов, участвует в инактивации токсинов. Продуцируется: нейтрофилами, макрофагами и др. клетками. Важнейшим его свойством является усиление репаративных процессов.

Цель исследования: установить прогностическое значение концентрации фибронектина плазмы крови при вирусных менингитах у детей.

Материалы и методы: концентрацию фибронектина плазмы крови определяли у 450 больных вирусными менингитами различной этиологии (энтеро-, арбо-, адено-, герпесвирусной, паротитной) в возрасте до 14 лет. У всех больных диагноз был выставлен на основании клинико-лабораторных и эпидемиологических данных и подтвержден серологически реакцией иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики. Среднетяжелые формы заболевания диагностированы у 283 больных, а тяжелые у 167.

Результаты: Изучение состояния плазменного ФН при вирусных менингитах (ВМ) у детей позволило выявить снижение исходных показателей у всех больных, с максимально низкими величинами при тяжелых формах заболевания.

В течение заболевания происходило повышение показателя, который в период реконвалесценции, при среднетяжелых формах заболевания приближался к норме, а при тяжелых оставался сниженным. Так, в остром периоде заболевания, при тяжелых формах ВМ показатель находился в интервале от $50,4 \pm 5,2$ до $52,3 \pm 2,9$ мкг/мл, при среднетяжелых от $58,7 \pm 3,1$ до $89,5 \pm 3,4$ мкг/мл. В периоде реконвалесценции при тяжелых формах ВМ от $87,6 \pm 3,8$ до $90,4 \pm 3,2$ мкг/мл, а при среднетяжелых от $82,9 \pm 3,2$ до $112,1 \pm 4,9$ мкг/мл при показателе контроля $101,0 \pm 4,2$ мкг/мл. При затяжном течении, в периоде обратного развития заболевания, $45,8 \pm 4,3$ мкг/мл, а величина показателя $12,8 \pm 1,6$ мкг/мл являлась критической. Так у больных с летальным исходом в терминальной стадии показатель составлял $9,5 \pm 0,85$ мкг/мл. Уменьшение концентрации ФН в плазме крови можно объяснить рядом факторов: потребления за счет связывания с микроорганизмами, участием в процессах фагоцитоза, функциональной недостаточностью клеток вырабатывающих ФН и т.д.

Выводы: Величина показателя ФН плазмы крови находится в зависимости от периода, степени тяжести и течения заболевания и может использоваться с диагностической и прогностической целью. Падение концентрации ФН менее $29,7 \pm 2,9$ мкг/мл является неблагоприятным прогностическим признаком, а менее $12,8 \pm 1,6$ мкг/мл – критическим, что можно использовать в плане контроля за эффективностью проводимой терапии и её коррекции.

Кимирилова О.Г., Харченко Г.А.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования: установить этиологическую структуру нейроинфекций у детей в Астраханской области (АО).

Материалы и методы: проведен анализ 1050 случаев нейроинфекций у детей в АО за период с 2000-2024 гг.

Результаты исследования: установлено, что заболеваемость у детей нейроинфекциями в Астраханской области остается высокой, отмечаются ежегодные вспышки вирусных менингитов в летне-осенний период (июль-октябрь-ноябрь), а показатель заболеваемости генерализованными формами менингококковой инфекции превышает республиканский в 2-3 раза. Обращает на себя внимание отсутствие зимне-весенней сезонности заболевания, характерной для менингококковой инфекции и смещение пика заболеваемости на июль-октябрь, совпадающего с ростом вирусных менингитов в это время года. Максимальное количество случаев заболеваний вирусными и бактериальными менингитами приходится на детей в возрасте от 7 до 14 лет.

На долю вирусных менингитов в Астраханской области, по результатам клинического анализа 1050 случаев менингитов, приходится 79,8%, в то время как бактериальных 20,2%. Обстоятельством, затрудняющим диагностику вирусных менингитов, в первые дни заболевания, является наличие нейтрофильно-лимфоцитарного плеоцитоза, что встречается как при вирусных, так и бактериальных менингитах. Вирусологическое, бактериологическое и серологическое обследование 1050 больных менингитами позволило уточнить этиологию заболевания у 928 (88,4%) больных. У 122 (11,6%) обследованных этиология менингита осталась не уточненной.

Структура менингитов у детей в Астраханской области распределилась следующим образом: энтеровирусный менингит 30,8%; арбовирусный менингит 28,6%; паротитный менингит 6,9%; аденовирусный менингит 3,1%; герпетические менингиты, менингоэнцефалиты 2,6%; менингококковый менингит 13,3%; пневмококковый менингит 3,1%; вирусный менингит неуточненный 7,8%; бактериальный менингит, неуточненный 3,8%. Приведенные данные демонстрируют, что на территории Астраханской области, вирусные менингиты составляют до 80% от всей суммы нейроинфекций и наиболее часто вызываются энтеровирусами и арбовирусами (до 60%). Превалирующими этиологическими факторами энтеровирусных менингитов у детей в Астраханской области являются энтеровирусы серотипов ЕСНО – 20-21, 30; Коксаки-А-9; Коксаки-В-1-6, арбовирусных – вирус Лихорадки Западного Нила, штаммы «913=64» и «Астрахань-12» ими же обуславливается рост заболеваемости менингитами. Заболеваемость энтеровирусными менингитами выше в летний период (июль-август), арбовирусными в летне-осенний период, с пиком заболеваемости в августе-сентябре. Периодичность заболеваемости энтеровирусными менингитами 2-3 года, арбовирусными до 2 лет. Заболеваемость энтеровирусными менингитами более стабильная, что позволяет, используя периодический анализ прогнозировать рост числа больных, данной патологией, в ближайшие 3 года. Проведенные нами ранее исследования показали, что последствиями перенесенного вирусного менингита могут быть гидроцефалия, эпилепсия, очаговая микросимптоматика, что в конечном итоге определяет дальнейшее развитие ребенка.

Частота, сроки развития и характер исходов перенесенных вирусных менингитов требуют длительного диспансерного наблюдения (не менее 2 лет) с проведением электрофункционального контроля и нейрореабилитационной терапии.

Киосева Е.В., Клишкан Д.Г., Коктышев И.В., Киосев Н.В., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В., Жидких Т.Н., Потапенко Я.В., Михайловина В.Ю., Литовченко Н.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ

В современной России сложилась кризисная демографическая ситуация, которая существенно зависит от здоровья каждого человека в отдельности и населения в целом.

По данным Росстата в России снизилась рождаемость: с января по июль 2024 года умерли 921,1 тысячи человек, а родилось 599,6 тысяч детей. По сравнению с тем же периодом прошлого года естественная убыль населения выросла сразу на 18%, что обусловило актуальность исследования.

Цель исследования: Изучить суждения, убеждения и отношение студенческой молодежи к проблеме деторождения с биопсихосоциальных позиций.

Материал и методы: Исследование проводилось среди студентов всех факультетов разных курсов 2024-2025 учебного года на кафедрах «Общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения» и «Организации высшего образования и управления здравоохранением» ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России. В исследовании участвовали всего 202 студента, из них 131 девушка и 71 юноша, в возрасте

до 20 лет – 87 человек и более 20 лет – 115 человек, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при условии информированного согласия.

Методы исследования: социально-демографический; опрос в форме многофакторного анкетирования; статистический метод (Statistica-10 for Windows), рассчитан χ^2 Пирсона.

При подготовке и во время исследования соблюдались принципы добровольности, конфиденциальности и доверительности.

Результаты и их обсуждение: На первом этапе анализа полученных данных установлено, что из 202 опрошенных студентов 50 юношей (70,4%) отрицательно относятся к запрету абортотв и 21 юноша (29,6%) положительно воспринимают запрет абортотв. Среди девушек – 117 студенток (89,3%) имеют отрицательное мнение о запрете абортотв и

14 обучающихся (10,7%) поддерживают запрет абортотв ($p=0,001$).

На следующем этапе определено, что 173 человека не состоят в браке, из них 82% отрицательно относятся к запрету абортотв, 18% приветствуют запрет абортотв, другими словами, лишь каждый пятый студент положительно относится к запрету абортотв.

Среди состоящих в браке студентов 82% фиксирована отрицательная позиция к запрету абортотв. Установлено отрицательное отношение к запрету абортотв у 80%, не состоящих в браке молодежи и даже среди разведенных 92%. Закономерность состоит в том, что те студенты, которые состоят в разводе, детей не хотят 75%. Молодые люди, состоящие в браке готовы родить ребенка 66% ($p=0,003$).

Выводы: Полученные данные указывают на то, что позиция студентов-медиков к деторождению характеризуется морально-нравственными и социально-культурными особенностями и подчеркивают остроту медико-психологической и социально-экономической проблемы демографического кризиса современного общества, в частности в студенческой среде.

Иными словами, анализ опроса студентов-медиков представляет важный научный интерес о целесообразности разработки эффективной модели медико-социального сервиса, который позволит сформировать готовность создать семью во время обучения в Университете.

Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Бевз Ю.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭТИЧЕСКИЕ ПОЗИЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К НАЧАЛУ НОВОЙ ЖИЗНИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТУСА ЭМБРИОНА

Актуальность. Эмбрион - ранняя стадия развития организма, которая начинается с оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом и продолжается до 8 недели внутриутробного развития; с девятой недели он называется плодом. Вопрос о статусе эмбриона является одним из наиболее обсуждаемых среди представителей медицинского сообщества, правоведов, философов, религиозных деятелей, общественных организаций. Актуальность проблемы возрастает в связи с широким применением репродуктивных технологий.

Цель исследования. Выяснить общепризнанные мировые научные позиции и общественное мнение по вопросу статуса эмбриона и морального статуса нерожденной особи.

Метод исследования: информационно-аналитический.

Результаты исследования: Анализ законодательства стран ближнего зарубежья, изучение научных публикаций и статей по биоэтике, касающихся статуса эмбриона, включая религиозные, правовые и медицинские аспекты данной проблемы, просмотр научных конференций, посвященных биоэтическим и правовым проблемам начала жизни показал, что нет единого правового стандарта в определении статуса эмбриона. Часть стран признают эмбрион человеком с момента зачатия, другие — с момента имплантации, некоторые — только после определенного периода развития. В большинстве государств законодательство о репродуктивных технологиях не полностью регулирует вопрос о статусе эмбриона, что порождает этические проблемы и спорные ситуации (например: донорство эмбрионов, предимплантационная генетическая диагностика, прерывание беременности). Законодательства также отображают религиозные традиции государств, что влияет на подход к статусу эмбриона. Несмотря на наличие международных соглашений в области биоэтики, они не дают единого ответа на вопрос о статусе эмбриона, что затрудняет разработку единых стандартов в мировом масштабе. Европейский суд по правам человека отметил, что жизнь эмбриона неразрывно связана с жизнью беременной женщины и не может рассматриваться в отрыве от неё.

Сравнительный анализ культурных и религиозных традиций показал, что подходы к статусу эмбриона существенно различаются. Православная и католическая церковь рассматривают эмбрион как потенциального человека. Религиозные законы оказывают сильное влияние на концепцию начала жизни и статуса эмбриона (например, в христианстве считают, что душа входит в эмбрион с момента зачатия, в исламе - на сороковой день беременности). Результаты опросов большинства медицинских работников показывают, что, по их мнению эмбрион обладает определенной ценностью, но не является полноценным человеком с момента зачатия. Опросы общественности показали существенное разнообразие позиций по отношению к вопросу о статусе эмбриона, что отображает различия в культурных, религиозных и идеологических взглядах.

Выводы. Проблема статуса эмбриона остается одной из самых спорных в биоэтике и праве. Нет единого ответа на вопрос о том, когда начинается человеческая жизнь и какой статус следует признать за эмбрионом. Представляется целесообразным осуществить разработку международных стандартов в области биоэтики, учитывающих разнообразие культурных и религиозных подходов, но в то же время обеспечивающих защиту прав и достоинства людей в связи с репродуктивными технологиями.

Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Зулаев М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТИГМЫ ОБЩЕСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВРАЧАМ

Актуальность: Медицинские работники встревожены отношением к ним. Повышение престижа профессии врача в жизни общества является актуальной медико-социальной задачей.

Цель исследования: Выяснить степень существования стигм общества по отношению к врачебному труду.

Материалы и методы: Исследование проводилось на основе анализа информации профессионального сервиса «Справочник врача», который опросил 1667 работников сферы здравоохранения.

Метод исследования: Информационно-аналитический.

Результаты: Российские медики встревожены негативным отношением общества к ним. Более половины работников сферы здравоохранения (55%) считают, что общество в целом негативно относится к врачам, 37% видят положительное отношение, остальные «затрудились ответить». При этом 53% опрошенных видят, что отношение к врачам ухудшилось «в последние несколько лет». Еще 33% не заметили никаких изменений в последнее время, а 14% упомянули позитивные перемены. Телевидение, интернет и социальные сети по большей части играют негативную роль в формировании образа врача — так считают 52% опрошенных. В массмедиа они чаще всего наблюдают (можно было выбрать несколько вариантов) безразличие врачей к пациентам (указали 57%), некомпетентность (62%), халатность (58,7%), желание заработать на пациенте, «развод» на дорогостоящее лечение и процедуры (47,6%), грубость и хамство (46,6%), образ «врача-убийцы» (36,5%), сговор с «большой фармой» (27,8%), взяточничество (25,5%), алчность (19,6%), пьянство на рабочем месте (13,6%), желание навредить (10,4%). Такие стереотипы могут негативно повлиять на моральное состояние врачей и уменьшить их мотивацию к работе (34% опрошенных). Другие возможные последствия - снижение доверия пациентов к здравоохранению (25,5%), уменьшение притока молодых специалистов (10,3%), популяризация «псевдоврачей» (10%), распространение мифов и фейковой информации (7,3%), а также переход граждан к рискованному самолечению (6,2%). Интересно, что сразу 85% опрошенных уверены: негативные стереотипы о врачах влияют на выбор профессии школьниками.

Выводы: Результаты исследования указывают на целесообразность активных мер со стороны медицинского сообщества. Полученные данные исследования будут положены в основу программ развития социальных сервисов для преодоления стигм по отношению к медицинским работникам.

Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Свирина А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХРИСТИАНСТВО И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Актуальность. Православная церковь не имеет одного мнения по отношению к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). Некоторые священники и епископы допускают его использование, но только если оно направлено на создание и благо семьи. Поиск компромисса в принятии решения о применении ЭКО, основанного на милосердии и любви к ближнему, сохранении ценности семьи, определяет актуальность данной темы.

Цель исследования: выяснить положительные и отрицательные стороны ЭКО, которые оказывают влияние на принятие решений о применении современной репродуктивной технологии экстракорпорального оплодотворения.

Метод исследования: информационно-аналитический.

Результаты исследования: Анализ научных публикаций по проблеме экстракорпорального оплодотворения, включая религиозные, правовые и медицинские аспекты данной проблемы, просмотр научных конференций, посвященных биоэтическим и правовым аспектам начала жизни, позволяет выделить ряд аргументов по поводу ЭКО.

Основные аргументы в пользу ЭКО:

Счастье и благополучие: ЭКО помогает бесплодным парам испытать радость родительства, что, по мнению христиан, является благословением.

Продолжение рода: ЭКО может использоваться для предотвращения передачи генетических заболеваний, что способствует сохранению жизни, здоровью будущего ребенка и продолжению рода.

Свобода выбора: многие христиане считают, что люди должны иметь свободу выбора в вопросах репродукции и что ЭКО является личным решением.

Основные аргументы против ЭКО:

Рождение ребенка вне брака: большинство христиан считают, что ЭКО противоречит божественному плану создания жизни, который предполагает половое сношение в браке.

Уничтожение эмбрионов: некоторые методы ЭКО предполагают создание нескольких эмбрионов, из которых только один имплантируется, а остальные замораживаются и/или уничтожаются. Это вызывает этические вопросы о статусе эмбриона и праве на жизнь.

Доступность процедуры: верующие обеспокоены тем, что эта процедура может стать доступной только для богатых людей, создавая разделение между богатыми и бедными.

Выводы: Проблема ЭКО стоит в морально-нравственной плоскости и, применяя индивидуальный подход в каждом конкретном случае, медицина и общество находят компромиссное решение, основой которого является милосердие и любовь к ближнему. Семьям, которые стремятся иметь детей, оказывается помощь, включающая применение современных репродуктивных технологий с соблюдением всех нравственных норм.

Кирпичев И.В., Шершнев О.Г., Кирпичева Д.И.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иваново

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛАДЬЕВИДНО-ПОЛУЛУННОЙ СВЯЗКИ

Актуальность. Повреждение ладьевидно-полулунной связки (SL- связки) является одной из актуальных проблем современной травматологии. Данное повреждение является одной из наиболее часто встречающихся травм кистевого сустава. По данным анализа доступной литературы до трети случаев ее повреждения сочетается с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЭЛК). При отсутствии лечения со временем у пациентов развивается ладьевидно – полулунная нестабильность и, как следствие, прогрессирующий остеоартрит костей запястья (scapholunate advanced collapse (SLAC)) с развитием тяжелого нарушения функции сустава. Для купирования данного грозного патологического состояния проводятся различные хирургические методики, включая органоразрушающие (артродезы, удаление проксимального ряда костей запястья и т.д.). Консервативное лечение, при условии своевременной диагностики, позволяет получить хорошие функциональные результаты и избежать оперативного лечения. Однако данный вид лечения предполагает длительную иммобилизацию, что сопряжено с продолжительной реабилитацией кистевого сустава в постиммобилизационный период. Нами был разработан ортез с изменяемой жесткостью (Патент РФ на полезную модель № 191046 от 22.07.2019 г.), позволяющий начать восстановления движений в поврежденном суставе в ранние сроки, по сравнению с другими видами фиксаторов.

Целью нашего исследования сравнить результаты лечения пациентов с сочетанными повреждениями ДМЭЛК и SL- связки.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами проведен анализ лечения 44 пациентов с сочетанными травмами ДМЭЛК и SL- связки. Средний возраст обследуемых составил $56 \pm 1,5$ лет, в гендерном составе преобладали женщины. Больные были разделены на 2 группы. В исследуемой группе (16 человек) после полученной травмы жесткая фиксация в ортезе осуществлялась в течении 4-х недель, а в дальнейшем жесткость фиксации изменялась, что давало возможность осуществлять движение в суставе по типу «метание дротика», позволяя «разрабатывать» движения в кистевом суставе. В группе контроля (28 пациентов) иммобилизация осуществлялась в гипсовой повязке все 6 недель. Сравнивались сроки восстановления объема движений в лучезапястном суставе, а также функциональное состояние сустава по шкале MWS (Mayo Wrist Score), исследование которого проводили через 8 месяцев после травмы. В применяемой шкале 91-100 баллов оценивали как «отличные» результаты, 80-90 баллов - «хорошие», 65-79 баллов - «удовлетворительные», менее 64 баллов – «плохие».

Результаты. При анализе показателей получены следующие результаты: средние сроки восстановления кистевого сустава в исследуемой группе составило 47 ± 2 дней, в контрольной – 56 ± 5 ($p < 0,05$); функциональная оценка по шкале MWS составила 86 ± 4 балла и 83 ± 7 баллов соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. Применение ортеза с изменяемой жесткостью при консервативном лечении пациентов со свежими сочетанными повреждениями ДМЭЛК и SL- связки позволяет уменьшить длительность постиммобилизационного периода реабилитации в среднем на 9 дней по сравнению с применением классической гипсовой повязки при схожих ближайших функциональных результатах, выявленных при анкетировании больных по шкале MWS.

Курсанова В.А., Пахомов С.П.

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям им. З.И. Круглой», Орел

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность.

Неразвивающаяся беременность является актуальной проблемой современной медицинской науки. Текущие исследования показывают, что замершая беременность наиболее часто вызывается четырьмя факторами: эмбриональными факторами (хромосомные аномалии), материнскими факторами (системные заболевания, воспалительные заболевания, аномалии репродуктивных органов, эндокринные аномалии, нездоровый образ жизни и аномальная иммунная функция), отцовскими факторами (аномалии хромосом сперматозоидов), и факторами окружающей среды.

Этиологически значимыми факторами неразвивающейся беременности могут являться возраст; позднее менархе; раннее начало половой жизни; инфекции, передаваемые половым путем; невынашивание в анамнезе; вагиниты в ранние сроки данной беременности.

Известно, что среди этиологических факторов потери беременности на ранних сроках возможно сочетание нескольких причин: генетических, эндокринных, инфекционно-воспалительных, иммунологических. Одни из них приводят к развитию нежизнеспособного эмбриона, другие создают неблагоприятные условия для его нормального роста. Замершие беременности и потери беременности наиболее часто происходят у женщин со стертыми формами гормональных нарушений.

Исходя из сказанного, следует, что до конца не установлены главные причины развития замершей беременности. В Орловской области изучением проблемы неразвивающейся беременности до настоящего времени не занимались. Это и послужило причиной настоящего исследования.

Цель исследования. Целью работы являлось изучение распространенности и динамики замерших беременностей в Орловской области за период с 2018 по 2022 год.

Материалы и методы. Проанализированы материалы по неразвивающимся беременностям в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З.И. Круглой» в течение 5 лет. Пациентки были разделены на 4 возрастные группы: I группа – в возрасте до 18 лет, II группа – в возрасте 18-25 лет, III группа – в возрасте 26-35 лет, IV группа – в возрасте старше 35 лет. Также было разделение случаев по срокам наступления неразвивающейся беременности на 2 группы: I группа – в сроке до 12 недель, II группа – в сроке 12-22 недели.

Результаты. По статистическим данным БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З.И. Круглой» в 2018 году в г. Орле отмечено 185 случаев неразвивающейся беременности в сроке до 12 недель, в 2019 году – 214. В 2020 году количество случаев составило 103. Рекордное число отмечено в 2021 году – 377 случаев. В 2022 году отмечено 94 случая. В 2018 году зарегистрировано 6 случаев неразвивающейся беременности в сроке 12-22 недели. В 2017 году – 18, в 2018 году – 6, в 2019 и 2020 годах – по 16 случаев. В 2022 году рекордное число случаев – 24, из них 1 в возрастной категории до 18 лет.

По всей Орловской области в течение 5 лет (с 2018 по 2022 год) было установлено в 2018 году 589 случаев неразвивающейся беременности, в 2019 году – 579 случаев, в 2020 году – 683 случая, в 2021 году – 377 случаев и в 2022 году – 371 случай.

Выводы. Распространенность неразвивающейся беременности в Орловской области не имеет тенденции к снижению за последние 5 лет. Возрастная категория пациенток становится моложе, но продолжает превалировать средняя возрастная категория пациенток. Следовательно, проблема неразвивающейся беременности остается актуальной для Орловской области и требует дальнейшего изучения.

Кичигина Е.В., Воскобойникова Е.Ю., Котлярова В.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПИСАНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА-ВИЛЬСОНА

Актуальность: проблема болезни Коновалова-Вильсона обусловлена трудностью своевременной диагностики, прогрессирующим течением при отсутствии терапии и высокой инвалидизацией больных.

Цель исследования: проанализировать клинические случаи заболевания Коновалова-Вильсона у пациентов, различие начала заболевания, клинических проявлениях, лабораторно-диагностических симптомов, динамики заболевания и эффективности лечения.

Материалы исследования: данные осмотра пациентов, медицинская документация больных: истории болезни, результаты исследований (ОАК, биохимический анализ, УЗИ ОБП, ФГДС), консультативные заключения профильных специалистов.

Результаты исследования: Обзор двух клинических случаев - 16 сентября 2024г. пациент К., 29 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в животе, тяжесть, вздутие живота и общую слабость. В анамнезе указано, что с 2009 году впервые появились жалобы на отеки, желтуху, рвоту, общую слабость. Для уточнения диагноза был направлен в «Институт педиатрии и акушерства и гинекологии», где и был впервые выставлен диагноз «болезнь Коновалова- Вильсона». С того момента принимает купренил. В настоящее время при физикальном обследовании печень +2 см, селезенка + 3 см. Отеки голеней и стоп. В лабораторных анализах анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение уровня билирубина и АСТ. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, портальная гипертензия и хронический холецистит. Был проконсультирован офтальмологом, который выявил кольца Кайзера- Флейшера. На консультации невролога был выставлен диагноз: синдром пирамидной недостаточности в конечностях, мигреноподобной цефалгией, легким гиперкинетическим синдромом рук. Окончательный диагноз - болезнь Коновалова-Вильсона, смешанная форма, с признаками портальной гипертензии и гепатоцеллюлярной недостаточности.

Пациентка Л., 23 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тяжесть в правом подреберье и отеки голеней. В анамнезе указано, что считает себя больной в течение двух лет, когда после перенесенной коронавирусной инфекции при плановом профилактическом осмотре было выявлено резкое повышение билирубина и трансаминаз. Самостоятельно обратилась в лабораторию, где была обнаружена мутация H1069Q в гомозиготном состоянии, что подтверждает болезнь Коновалова- Вильсона. С того времени принимает купренил. При лабораторных исследованиях показатели крови оказались в норме, за исключением повышенного уровня билирубина и АСТ. УЗИ органов брюшной полости выявило умеренные изменения паренхимы печени, хронический холецистит и хронический гастродуоденит. При консультации офтальмолога Кольца Кайзера- Флейшера - не выявлены. Была проконсультирована неврологом, который поставил диагноз: двусторонняя рефлекторная пирамидная недостаточность в конечностях, церебрастенический синдром. Окончательный диагноз - болезнь Коновалова-Вильсона с умеренной биохимической активностью и без нарушения билирубинообразующей функции печени.

Выводы: при анализе двух клинических случаев заболевания Коновалова-Вильсона, мы выявили отличие в начале развития заболевания, разное проявление клинических и лабораторно-диагностических симптомов, а так же динамики течения заболевания и эффективности лечения.

Клемин В.А., Ворожко А.А., Бутук Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗБОРНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ВКЛАДКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗРУШЕННЫХ КОРОНОК ФРОНТАЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ

Введение.

С движением технологий вперед стоматолог все больше расширяет свои возможности по восполнению утраченных твердых тканей зуба. На сегодняшний день наряду с прямыми методиками восстановления формы и функции витального зуба, уверенно вошли и не прямые.

Цель работы.

Разработать конструкцию зубного микропротеза-вкладки для рационального восстановления разрушенной коронковой части фронтальных зубов. Изучить эффективность использования микропротеза-вкладки для восстановления разрушенной коронковой части фронтальных зубов.

Материалы и методы.

Предлагаемая нами конструкция имеет ряд преимуществ перед другими, применяемыми для этой цели, протезами. Это обеспечивается тем, что парапульпарные штифты в предложенном микропротезе располагаются под углом, близким к прямому. В данном случае при любых направлениях жевательной нагрузки часть штифта выполняет удерживающую функцию. Наличие наклона режущего края внутреннего элемента по отношению к оси зуба обеспечивает «прижатие» наружного элемента к оси зуба, что также повышает надёжность микропротеза. Препаровка минимальная: выполняется только два канала для парапульпарных штифтов.

Методика изготовления. Предлагаемый зубной микропротез можно изготовить за два или три посещения.

I способ. В первое посещение выполняют горизонтальный канал для расположения фиксирующего парапульпарного штифта внутреннего элемента с учётом зоны безопасности. Он направлен перпендикулярно к оси зуба. В нём припасовывают штифт из беззольной пластмассы, применяемой в практике ортопедической стоматологии для получения литевых заготовок. Затем приступают к моделировке культи из самотвердеющего пластмассового теста на припасованном и введённом в канал штифте. После полимеризации пластмассы заготовку обрабатывают абразивным материалом, придавая ей нужную форму. При этом необходимо соблюдать важное условие: режущий край культи должен иметь наклон к оси зуба, а апроксимальный необходимо располагать по оси зуба. Размеры культи должны обеспечить достаточность толщины наружного элемента. Изготовленную таким образом заготовку культи фиксируют в канале зуба любой пастой, применяемой для временной фиксации (репин, дентин, дентол). Ориентируясь на апроксимальную поверхность заготовки, с учётом зоны безопасности, выполняют парапульпарный канал по оси зуба для наружного элемента. Снимают оттиск с челюсти. После этого заготовку культи передают в зуботехническую лабораторию, где её переводят в металл, а по оттиску изготавливают наружный элемент микропротеза из фарфора или пластмассы общепринятым способом. Парапульпарный штифт можно армировать ортопедической проволокой. При втором посещении последовательно припасовывают и фиксируют элементы микропротеза.

II способ. После выполнения горизонтального канала для парапульпарного штифта изготавливают заготовку внутреннего элемента из пластмассы или воска. После уточнения формы непосредственно на зубе эту заготовку передают в лабораторию, где её переводят в металл. При втором посещении припасовывают и фиксируют внутренний элемент на зубе. Выполняют канал для внешней части, снимают оттиск или делают заготовку прямым способом, которые передают в лабораторию для изготовления внешней части из пластмассы или фарфора. В третье посещение припасовывают и фиксируют внешнюю часть микропротеза.

Фиксацию внутреннего элемента целесообразно проводить цементом, наружного – композиционным материалом.

Результаты и обсуждение.

В клинике ортопедической стоматологии изготовлено 27 конструкций микропротезов-вкладок у 25 пациентов (срок наблюдения до 3 лет). На основании проведённых нами исследований (математических расчётов и наблюдений) 25 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет со штифтовыми конструкциями можно сформулировать следующие положения: конструкцию целесообразно использовать при дефектах коронковой части фронтальных зубов без повреждения пульпы, герметично фиксируются к естественным тканям зуба (случаев расцементирования не отмечалось), в функциональном и косметическом отношении полностью восстанавливает анатомическую форму и функциональную целостность фронтальной группы зубов.

Выводы.

Результат исследований свидетельствует, что конструкции микропротезов-вкладок полностью отвечают эстетическим и функциональным требованиям. При правильном конструировании эти протезы не вызывают каких-либо патологических изменений зубочелюстной системы.

Клемин В.А., Майлян Э.А., Ворожеко А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТИТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ АКРИЛОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Введение. Одной из задач современной стоматологии является поиск предикторов протезных стоматитов и разработка алгоритмов, позволяющих выявлять у пациентов склонность к развитию непереносимости протезных материалов еще до изготовления ортопедических конструкций.

Цель исследования. Создать математическую модель для прогноза риска развития стоматита на съемные акриловые протезы, основываясь на комплексной оценке клинических и иммунологических особенностей пациента.

Материалы и методы исследования. Обследовано 38 женщин и 16 мужчин в возрасте от 42 до 88 лет, которым были установлены зубные съемные протезы из акрилового полимера. Перед протезированием изучались стоматологический анамнез, состояние полости рта, наличие сопутствующей патологии, наличие аллергической патологии, профессиональных вредностей, вредных привычек. Через 1 месяц после установки протеза все пациенты проходили клиническое обследование, лабораторные исследования выполнялись непосредственно перед протезированием и через 1 месяц. В сыворотке крови пациентов определялись концентрации интерлейкина-4, фактора некроза опухоли альфа, секреторного иммуноглобулина класса А, общего иммуноглобулина класса Е, общего иммуноглобулина класса G4, специфические к акрилу антитела классов IgE и IgG. В ротовой жидкости исследовалось содержание IL-4, TNF- α и sIgA.

Математическую обработку полученных результатов выполняли с помощью статистической программы «IBM SPSS Statistics» (version 22). Наличие клинико-анамнестического показателя обозначалось значением «1», а его отсутствие – «0». Для определения характера и тесноты связей между изученными показателями использовался метод ранговой корреляции Кендалла. Статистически значимыми отличия считались при $p < 0,05$. Для создания модели прогнозирования развития протезного стоматита использовали метод бинарной логистической регрессии. Вероятность заболевания рассчитывали по формуле: $P = 1 / (1 + e^{-z})$,

где P – вероятность того, что произойдет интересующее событие; e – основание натуральных логарифмов 2,718...; Z – стандартное уравнение регрессии, значение Z определяли по формуле:

$$Z = B1 \cdot X1 + B2 \cdot X2 + \dots + Bn \cdot Xn + A,$$

где $X1 \dots Xn$ – значения независимых переменных (предикторы); $B1 \dots Bn$ – коэффициенты, полученные в результате выполнения бинарной логистической регрессии; A – константа.

Показатель P выражали в процентах (от 0,0 до 100,0). Если в результате расчета значение P меньше 50,0 %, то можно предположить, что заболевание не наступит, в противном случае ($P > 50,0$ %) предполагается развитие стоматита.

Результаты и их обсуждение. Проведенными исследованиями установлено, что из 54 больных, которым были установлены съемные протезы из акриловых полимеров, у 16 пациентов (29,6 %) спустя 1 месяц наблюдения были выявлены симптомы стоматита.

На первом этапе была произведена оценка корреляционных связей между развитием стоматита через 1 месяц после протезирования и данными, полученными у пациентов до протезирования. Развитие протезного стоматита имело положительную связь ($p < 0,05$) с наличием у пациентов аллергического заболевания ($\tau = 0,32$), химических неблагоприятных факторов на работе ($\tau = 0,20$) и патологии щитовидной железы ($\tau = 0,20$). Кроме того, установлены корреляции ($p < 0,05$) между наличием стоматита и исходными уровнями в сыворотке крови IL-4 ($\tau = 0,31$) и IgE общего ($\tau = 0,24$).

На втором этапе в качестве независимых переменных выступали изученные до протезирования клинико-анамнестические данные и лабораторные показатели. Пошаговое включение и исключение предикторов позволило отобрать независимые переменные, использование

которых дает возможность наиболее эффективно определять риск развития протезного стоматита у пациентов спустя 1 месяц после протезирования. Предсказательная эффективность была наиболее высокой при использовании в качестве предикторов данных аллергологического анамнеза и концентрации IL-4 в сыворотке крови.

На основании полученных данных была составлена формула для расчета значения Z: $Z = 1,674 \times AA + 0,151 \times IL-4 - 2,078$,

где AA – аллергологический анамнез (наличие аллергии в анамнезе обозначается цифрой «1», а отсутствие ее – «0»), IL-4 – концентрация IL-4 в сыворотке крови в пг/мл.

Полученная модель показала достаточно высокую диагностическую эффективность. Общая доля правильно предсказанных результатов – 78,4 %. Проведение корреляционного анализа позволило установить наличие положительных связей ($p < 0,05$) протезного стоматита с отдельными клинико-лабораторными показателями, определенными у пациентов до протезирования (профессиональные химические вредности, заболевания щитовидной железы, аллергическая патология и наличие отягощенного аллергологического анамнеза, IL-4 и IgE общий в сыворотке крови).

Выводы. Математическая модель для расчета риска развития протезного стоматита, созданная при помощи метода бинарной логистической регрессии, включает использование в качестве предикторов данных аллергологического анамнеза и концентраций IL-4 в сыворотке крови. Прогностическая эффективность разработанной математической модели составляет 78,4 %. Модель целесообразно использовать в практическом здравоохранении для прогнозирования развития протезных стоматитов и индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий.

Князева Т.П.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИСХОДНО НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

Определение предполагаемой массы плода (ПМП) имеет значительное влияние на выбор времени и метода родоразрешения. Тем не менее, современные клинические методы, используемые для оценки предполагаемой массы плода, часто недостаточно точны и зависят от ряда факторов, таких как компетенция врача, рост и масса матери перед родами, локализации плаценты и состояние плодного пузыря.

Целью данного исследования стало сравнение точности различных клинических методов для оценки ПМП у беременных с исходно нормальным и избыточным весом.

Материалы и методы. В ходе ретроспективного исследования методом сплошной выборки были проанализированы 314 пациенток, которые родили в КГБУЗ «Родильный дом» имени докторов Федора и Зинаиды Венцовых министерства здравоохранения Хабаровского края. Беременные были разделены на две группы по индексу массы тела (ИМТ): основная группа (ОГ) – 243 беременные женщины с исходно нормальной массой тела (ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м²), группа сравнения (ГС) – 71 беременная пациентка с исходно избытком массы тела (ИМТ 25,0 – 29,9 кг/м²). Для определения ПМП использовались антропометрические клинические методы нескольких авторов: И.Ф. Жордания, З. Н. Якубовой, Добровольского, Р. В. Джонсона, Круча, Бубличенко, З. С. Стройковой, Могилева. Время, прошедшее от момента последнего измерения до рождения ребенка, варьировало в пределах 0–5 дней.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ в исследуемых группах между массой ребенка при рождении и предполагаемой массой плода, полученной по восьми формулам, с последующей оценкой разницы данных результатов. В каждой исследуемой группе результаты были ранжированы по критериям: ИМТ пациентки и разница между массой плода при рождении и ПМП по клиническим формулам: разность 0-100 грамм, 101-200 грамм, 201-300 грамм, 301-500 грамм, 501 – 999 грамм, >1000 грамм.

Для определения более точной оценки клинических методов ПМП проведено определение как с погрешностью до 101 г, так и в 501 г и более. С погрешностью до 101 г: в ОГ наиболее оптимальным был метод З.С. Стройкова (в 25,9% случаев), в ГС – метод Круча и З.С. Стройкова (в 18,31% случаев). Наибольшее значение имеет разница в диапазоне от 501 грамм и более: чем меньше процент случаев от 501 г до 1000 г и более, тем более точная формула, по которой можно вычислить ПМП. Наиболее информативными методами (разница в 501 грамм и более) занимают методы: у беременных с исходно нормальной массой тела - методы Жордания И. Ф. и З.Н. Якубовой (в 14,4% случаев); с исходным избытком массы тела - методы З.Н. Якубовой, Добровольского (в 22,54% случаев).

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования подчеркивают необходимость индивидуального подхода в оценке предполагаемой массы плода, что может положительно сказаться на выборе методов родоразрешения и улучшении исходов для матери и ребенка. Дальнейшие исследования в данной области помогут разработать более точные и универсальные методики для оценки ПМП.

Коваленко С.Р., Альмешкина А.А., Куртунина Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО СТРЕССА

Возникновение психических расстройств, обусловленных воздействием стресса чрезвычайных масштабов, в том числе боевого стресса, приобретает все большую актуальность, из-за увеличения числа локальных вооружённых конфликтов по всему земному шару. Цель работы – изучить особенности иррациональных установок военнослужащих, находящихся под воздействием боевого стресса в зависимости от степени выраженности симптомов пост-травматического стрессового расстройства (ПТСР).

Материалы и методы исследования. В обследовании принимали участие 133 военнослужащих мужского пола, которые находились на лечении в Республиканской психоневрологической больнице (РКПБ - МПЦ).

Для определения степени выраженности симптомов ПТСР использовалась методика Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS, Weathers F.W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993). В соответствии с интегральным показателем ПТСР по данным методики CAPS для анализа были выделены две группы сравнения: в группу I вошли пациенты с пониженным и умеренным уровнем (21-60%) - 40 чел., во II группу - 74 чел. с повышенными и высокими показателями (61-100%). Для определения выраженности иррациональных установок использовался тест А. Эллиса «Диагностика иррациональных установок».

Результаты. При исследовании иррациональных установок у испытуемых были получены следующие средние результаты. По шкале «Катастрофизации» $18,14 \pm 1,92$ баллов, шкала «Должествование в отношении себя» - $17,86 \pm 2,46$ баллов, $19,16 \pm 1,99$ баллов по шкале «Должествование в отношении других», по шкале «Низкая фрустрационная толерантность» составили $18,35 \pm 2,51$ баллов, по шкале «Самооценка и рациональность мышления» - $19,4 \pm 2,26$. Полученные средние результаты по всем шкалам методики свидетельствовали о наличии иррациональных установок (средняя степень выраженности) у обследуемых и средней вероятности развития дистресса.

При распределении обследуемых на группы в зависимости от выраженности симптомов ПТСР все показатели также, свидетельствовали о среднем уровне развития установок. Были обнаружены различия на уровне статистической значимости касательно самооценки и рациональности мышления.

В целом, можно отметить, что у военнослужащих, находившихся под воздействием боевого стресса, показатели выраженности иррациональных установок находились на среднем уровне. Однако в отношении себя практически у 25% обследуемых наблюдалась выраженная иррациональная установка. Это говорит о том, что обследуемые относятся к себе крайне требовательно и категорично в духе дихотомического мышления, что является когнитивным искажением. Таким личностям важно соответствовать общепринятым ценностям и требованиям, которые воспринимаются как первостепенные по отношению к собственным, если таковые имеются, им свойственна ответственность и непомерное чувство долга по отношению к себе.

Анализ полученных данных показал взаимосвязь выраженности симптомов ПТСР с иррациональностью самооценки и мышления. Для обследуемых с выраженной симптоматикой ПТСР характерны иррациональные суждения. Это проявляется в склонности к преувеличению, упрощению, чрезмерному обобщению, алогичным предположениям, ошибочным выводам, абсолютизации. Пониженный общий уровень рациональности мышления – это тенденция к формированию жестких связей между информацией о реальности, которую человек воспринял в мире и его отношением к этой реальности.

Ковачевич А.О, Момот М.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Введение. На сегодняшний день преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) и преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при самопроизвольных родах встречаются в 10-19% случаев и не имеют тенденции к снижению, а также являются абсолютным показанием к индукции родов. Современная акушерская практика располагает широким спектром методов индукции родовой деятельности, включая малое оперативное вмешательство – амниотомию; применение простагландинов E2 – мизопростола, динопростона; природных дилататоров – ламинарии; окситоцина.

Цель работы. Проведение сравнительного анализа результативности и безопасности тактики индукции родов при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) и при различных акушерских показателях.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные эффективности и рациональности родовозбуждения, а также проведен анализ результатов клинических исследований, опубликованных в рецензируемых медицинских журналах.

Результаты и обсуждение. Индукция родов (ИР) в интервале времени от двух до трёх часов после излития околоплодных вод является целесообразной не во всех случаях, поскольку повышает риск осложнений, таких как аномалии родовой деятельности и дистресс плода. В соответствии с актуальными данными индуцированные роды на сроке 39 (0-6 недель) беременности в сравнении с тактикой выжидания значительно улучшают акушерские и перинатальные исходы: сокращают число гипертензивных расстройств, таких как преэклампсия и гестационная артериальная гипертензия, а также асфиксии новорожденных и перинатальной смертности. В вопросе рисков оперативного вмешательства наблюдалось снижение риска кесарева сечения с одновременным увеличением частоты оперативных влагалищных родоразрешений. Различий в длительности пребывания в стационаре, послеродовых осложнений в отношении самопроизвольных и индуцированных родов не выявлено. Тактика ведения родовой деятельности с помощью родовозбуждения при преждевременном разрыве плодных оболочек отличается от тактики выжидания при тех же условиях, и не соответствует данным при неосложненной родовой деятельности. Выявлено, что ранняя индукция родов при ПРПО сокращала время между излитием околоплодных вод и родоразрешением в среднем с 30 до 24 часов. Роды при выжидательной тактике длились значительно меньше (6-7 часов) чем при ранней индукции родов (12-15 часов). Стоит отметить, что в случае ПРПО у рожениц с «незрелой» шейкой матки индукция родов является малоэффективной и в 45-65% случаев диагностируется «отсутствие эффекта от родовозбуждения». При ПРПО у рожениц с патологией нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции маточной активности (10-18%) индукция родов подвержена повышенному риску осложнений (гипоксия плода и кровотечение при преждевременной отслойке плаценты).

Выводы. Таким образом, выявленные в ходе исследования изменения в прогнозировании индукции родов свидетельствуют о важной роли взаимного влияния индукции родов при преждевременном разрыве плодных оболочек и индивидуальных особенностях роженицы.

Ковтун В.И., Морозова А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ И ДЕПРЕССИИ

Введение. Эпилепсия – хроническая патология нервной системы, занимающая третье место по распространенности среди заболеваний головного мозга и характеризующееся повторными не провоцируемыми приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейрональных разрядов. В России распространенность этого заболевания составляет почти 4 человека на 1000 населения и была выше среди мужчин, чем среди женщин. В основе возникновения эпилепсии лежит патология мембран нейронов или дисбаланс между возбуждающими и тормозными системами, в работе которых выделяется серотонин. Нарушение его выделения и захвата рецепторами также лежит в основе патогенеза депрессии, что указывает на тесную взаимосвязь между эпилепсией и депрессией.

Цель. Выявить и определить роль серотонина в развитии депрессии у пациентов с имевшимся в анамнезе идиопатической генерализованной эпилепсии.

Материалы и методы. Анализ отечественных и зарубежных литературных данных.

Результаты. Между развитием депрессивных расстройств и наличием эпилепсии существует достоверная связь, которая подтверждается в соотношении уровня серотонина в плазме крови и частоты эпилептических приступов; чем ниже уровень серотонина, тем чаще страдает пациент от иктального периода, тем больше баллов у пациента по шкалам Бека, HADS тревожности и депрессии.

Учитывая, что у больных наблюдался дефицит серотонинергической системы, которая также приводила к депрессивно-тревожными нарушениями, целесообразно назначение препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

В отечественной литературе рассмотрен случай применения трехмесячный курс лечения феварином в дозе 50-100мг в сутки на фоне неизменной терапии противоэпилептическими препаратами, при этом дозировка препарата 100 мг использовалась у мужчин, 50 мг - у женщин.

После окончания данного курса лечения были получены данные по улучшению психоэмоционального состояния пациентов, проявляющиеся в повышении настроения, снижения уровня стресса и беспокойства, а также было зафиксировано уменьшение частоты эпилептических приступов в 63%.

Выводы. Между количественным содержанием серотонина в сыворотке крови и частотой эпилептических приступов, качеством жизни пациента, его психоэмоциональным статусом существует прямо пропорциональная связь.

Козикова О.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВНЕДРЕНИЕ «БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» В РАБОТУ КАФЕДР ФАКУЛЬТЕТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В настоящее время проявляется огромный интерес к современным информационно-цифровым технологиям, которые интегрируются во все области человеческой деятельности, в том числе медицину. Качественная работа любой, в том числе образовательной организации, сегодня неполноценна без внедрения современных методик, и использование новых, например, бережливых технологий, позволяет получить наивысший эффект при наименьших затратах.

Процесс обучения слушателей факультета последиplomного образования на кафедрах сопровождается значительным документооборотом. Каждый слушатель, прибывающий на кафедру, представляет пакет документов, необходимый для регистрации. Сотрудники кафедры, курирующие цикл, делают выборку информации из предоставленных документов и заполняют утвержденные формы документации. На протяжении цикла, независимо от его вида и продолжительности, куратору необходимо подготовить ряд документов, оформление которых – процесс трудоёмкий и ответственный, поскольку всякий раз необходимо вводить (копировать) в разных сочетаниях и последовательности личные данные обучаемых. Именно на этих этапах мы можем констатировать «потери» о которых говорили основоположники «бережливых технологий». Например, «дефекты» - это ошибки, допуск которых возможен при многочисленных повторных вводах информации в документы на разных этапах обучения на цикле; «излишние процессы» - исправление допущенных ошибок, перепечатывание документов; «лишние движения» - многократные обращения к исходным копиям документов, содержащим личные данные слушателей, с целью исключения ошибок или заполнения других форм документации; «перепроизводство» - создание и хранение на кафедре нескольких параллельно существующих папок документов на одного и того же слушателя, в разное время обучавшегося на разных циклах; «ожидание» - потеря времени на «довоз» на кафедру так называемой дефектуры и так далее...

Кроме непосредственной работы с прибывшими на кафедру слушателями, параллельно существует необходимость наличия на кафедре базы данных, которую удобно использовать для перспективного планирования проведения циклов повышения квалификации на кафедре.

В настоящее время, используя инструменты бережливых технологий, направленные на минимизацию вышечисленных видов потерь, нам удалось подготовить и запустить в работу программный продукт, созданный на базе Microsoft Excel, и объединивший все этапы документооборота на циклах в единый последовательный автоматизированный процесс. В результате внедрения данного проекта алгоритм работы кураторов цикла выглядит следующим образом. Сотрудниками кафедры формируется база данных, причем для облегчения и ускорения работы с листом (ввода данных) предусмотрены так называемые встроенные справочники (в тех столбцах, где представляется возможным их использование). Введя единожды информацию в базу данных, мы можем уже не обращаться к папке с ксерокопиями документов слушателя, так как программа предоставит нам всю необходимую информацию и сгруппирует данные в нужной последовательности. Огромным подспорьем в работе куратора цикла является возможность использовать предусмотренные программой фильтры, с помощью которых мы можем делать любую необходимую нам выборку: по срокам обучения, по категориям, по лечебно-профилактическим учреждениям и т.д. Встроенная система сортировки позволяет расположить данные в необходимой последовательности. Отфильтрованные данные ложатся в основу создания всех документов цикла, которые необходимо оформлять кураторам.

Итак, бережливые технологии – это концепция управления, базирующаяся на постоянном стремлении к минимизации всех видов потерь. Определенные нами потери в большинстве своем возможно устранить при помощи внедрения современных методов бережливого производства, как вариант, представленного программного продукта, повышающего эффективность работы. Наглядным методом, позволяющим объективно оценить степень эффективности нашего проекта, является метод оценки коэффициента полезного использования времени (или хронометража рабочего времени) для оценки текущего результата. Дальнейшее направление исследования затронутых проблем лежит в более детальном изучении описанных проектов и формирование рекомендаций по оптимальному использованию их в условиях вуза.

Кокина И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

«АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ» И АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ: ОБЩИЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ

В индустриально развитых регионах всего мира последние десятилетия отмечается не только значительное возрастание распространённости атопического дерматита (АД), но и увеличение удельного веса его тяжёлых, осложнённых, резистентных даже к комплексному традиционному лечению форм, резко снижающих качество жизни пациентов вплоть до инвалидизации. Не последнюю роль в этом играет выраженная тенденция к нарастанию полиморбидности в ходе течения АД, в значительной мере – за счёт аутоиммунных заболеваний. Нами выполнен аналитический обзор более 200 источников научной медико-биологической литературы, посвящённой взаимосвязи патогенетических механизмов АД и других атопических заболеваний с аутоиммунными процессами, размещённых в рецензируемых научных изданиях, включённых в международные реферативные базы данных и системы цитирования PubMed, Scopus, Web of Science, а также национальную информационно-аналитическую систему Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ), за последние 20 лет (2004–2024 годы). Также мы комплексно изучили динамику функционирования психонейроиммуноэндокринной системы у белых крыс с разработанной и запатентованной нами моделью АД. И по данным литературы, и в наших оригинальных исследованиях АД обычно является лишь одним из относительно ранних проявлений так называемого «атопического марша», в наиболее типичном своём варианте проявляющегося последовательным развитием на фоне АД, манифестирующего в раннем возрасте, аллергического риноконъюнктивита и бронхиальной астмы. Клинически и патогенетически АД является полисистемным и полисиндромным заболеванием: постоянно накапливаются данные о развитии при АД широкого спектра внекожных проявлений – от юношеской катаракты (синдрома Андогского) до атопического миелита. Одним из ведущих синдромов в патогенезе АД является синдром нейрогуморальной дисрегуляции, весьма характерный также для аутоиммунных процессов, которые и по данным литературы, и в наших экспериментах являются практически неизменным спутником АД, особенно при отсутствии своевременного патогенетически обоснованного комплексного лечения и раннего начала мониторинга аутоиммунных отклонений. В наших оригинальных исследованиях также отмечалась выраженная стадийность синдрома нейрогуморальной дисрегуляции с неуклонным вовлечением всё новых тканей, органов и систем в аутоиммунный процесс, что значительно отягощало течение основного заболевания. Поэтому мы не можем не согласиться с ныне распространённым в научном сообществе взглядом на АД как вариант системного аутоиммунного заболевания. Следовательно, особо актуальной задачей медицинской науки становится поиск новых эффективных методов, основанных на углублённом изучении общих для АД и «классических» аутоиммунных заболеваний патофизиологических механизмов – не только для контроля заболеваемости и течения АД, но и для предупреждения или, по крайней мере, отсрочивания, замедления и смягчения манифестации характерных для атопического марша (в современном широком его понимании) аутоиммунных процессов.

Кокина И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В СИНДРОМЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Атопический дерматит (АД) – чрезвычайно распространённое в мире хроническое рецидивирующее мультифакториальное полисистемное и полисиндромное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся типичными зудящими высыпаниями на коже как основным клиническим диагностическим критерием. Чаще всего дебют АД приходится на раннее детство, но возможен в любом возрасте. У большинства пациентов с АД даже в отсутствие активных дерматологических проявлений наблюдается широкий спектр не только собственно атопических и псевдоаллергических проявлений со стороны различных тканей, но и неуклонно прогрессирующий уровень аутоенсибилизации, в том числе к основным регулирующим структурам организма, объединяемых в единую психонейроиммуноэндокринную систему. В связи с этим многие авторы указывают на целесообразность включения в традиционную триаду «атопического марша» (помимо АД, аллергического риноконъюнктивита и бронхиальной астмы) и аутоиммунных нарушений, закономерно развивающихся при АД и значительно отягощающих его течение вплоть до инвалидизации. У АД и «классических» системных аутоиммунных заболеваний есть ряд важнейших общих черт патогенеза: раннее развитие синдрома нейрогуморальной дизрегуляции, дисбаланс иммуноглобулинов, цитокинов и субпопуляций лимфоцитов.

Мы произвели аналитический обзор более 180 источников медико-биологической литературы, посвящённой роли различных цитокинов в развитии синдрома нейрогуморальной дизрегуляции при АД, размещённых в рецензируемых научных изданиях, включённых в международные реферативные базы данных и системы цитирования PubMed, Scopus, Web of Science, а также национальную информационно-аналитическую систему Российской Индекс Научного Цитирования (РИНЦ), за последние 15 лет (2009-2024 годы). В экспериментальной модели АД, разработанной и запатентованной нами, мы исследовали динамику концентрации интерлейкина-4 (ИЛ-4) у белых крыс в контексте развития синдрома нейрогуморальной дизрегуляции. Как известно, ИЛ-4 наряду с интерлейкином-6 (ИЛ-6) является одним из ключевых цитокинов, обуславливающих «переключение» иммунного ответа на Th2-тип, в норме необходимый для адекватной противопаразитарной защиты и регуляции синтеза IgE, но также характерный для многих аутоиммунных заболеваний, за счёт индукции дифференцировки наивных Т-лимфоцитов в Th2-клетки. Наши оригинальные исследования убедительно продемонстрировали наличие механизма положительной обратной связи, заключающегося в активном выделении колоссальных количеств ИЛ-4 пулом Th2-клеток, новообразованных под действием ИЛ-4, основным источником которого при АД изначально являются активированные тучные клетки, эозинофилы и базофилы. Таким образом, замыкается важнейший *circulus vitiosus* патогенеза АД и его многочисленных аутоиммунных последствий. Наши данные подтверждают целесообразность не только таргетного блокирования активности ИЛ-6 и его рецепторов препаратами моноклональных антител, что сейчас нередко используется в клинической практике для контроля тяжёлых торпидных форм АД, но и снижения продукции, нейтрализации или элиминации избыточного ИЛ-4 не только для облегчения течения АД, но и для предупреждения его аутоиммунных последствий. Перспективные результаты в этом направлении получены при применении, в частности, лечебного плазмафереза, позволяющего быстро снизить концентрацию различных провоспалительных цитокинов и тем самым разорвать один из важнейших «порочных кругов» атопического марша.

Кокина И.В., Губарева Я.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ СНА НА ВЫСШЮЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

Сон, выполняя множество разнообразных функций, является одной из важнейших физиологических потребностей человеческого организма. Нами произведён аналитический обзор более 50 источников научной медико-биологической литературы, посвящённой влиянию ежесуточного физиологического сна и его нарушений на высшую нервную деятельность (ВНД) человека, размещённых в рецензируемых научных изданиях, включённых в международные реферативные базы данных и системы цитирования PubMed, Scopus, Web of Science, а также национальную информационно-аналитическую систему Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ), преимущественно за последние 10 лет (2014-2024 годы). По мере развития медико-биологических нейронаук на смену первоначальным представлениям о ежесуточном сне как «временной смерти» – периоде бездействия, выполняющем как максимум функции обеспечения отдыха и восстановления, пришло понимание наличия двунаправленной взаимосвязи между количеством и качеством сна и изменениями ВНД, а также были уточнены их материальные субстраты и физиологические механизмы. Полная депривация сна неизбежно приводит к многочисленным психическим и соматическим отклонениям, результатом которых становится летальный исход в течение нескольких суток. Данный факт был известен с древнейших времён: лишение сна – одна из жесточайших пыток и казней, причиняющих крайне мучительные страдания, и ведущая к смерти даже при полном отсутствии каких-либо других деприваций и физических повреждений. В современном «цивилизованном мире» длительная полная депривация сна встречается нечасто, в отличие от количественных и качественных нарушений самого сна и его условий, распространение которых носит поистине пандемический характер, и при этом далеко не всегда адекватно оценивается и учитывается как практикующими врачами и психологами, так и учёными – исследователями закономерностей фундаментальных психонейрофизиологических процессов. Особое внимание исследования последних лет уделяют взаимоотношениям между сном и такими феноменами ВНД, как память, внимание, настроение, восприятие, речь, интеллект и другие функции центральной нервной системы (ЦНС). Множество работ раскрывают роль сна в обработке памяти у когнитивно интактных людей, демонстрируя разнонаправленное влияние фаз сна на те или иные механизмы и виды памяти. При этом активно изучаются нарушения сна как значимый фактор ускоренного старения организма, формирования когнитивной дисфункции и патологии пищевого поведения, несмотря на пока неоднозначные данные о конкретных патогенетических механизмах этой взаимосвязи. Уже накоплен колоссальный массив данных о тесной интеграции структур контроля режима сна и бодрствования в обеспечение ВНД, объясняющий частые нарушения сна при неврозах, повышенной личностной тревожности, депрессиях и других аффективных патологиях, обсессивно-компульсивных расстройствах, деменции различного генеза, включая болезнь Альцгеймера. Таким образом, в настоящее время имеются общепризнанные научные доказательства глубокого взаимного влияния сна и ВНД человека, включая аффективные и когнитивные функции ЦНС и контроль пищевого поведения. Полноценный и качественный сон является неотъемлемым условием адекватности консолидации памяти, регуляции внимания, настроения и общей когнитивной деятельности. Улучшение сна приводит к значительному улучшению когнитивных функций и, в конечном счете, к повышению качества жизни не только у молодых здоровых индивидуумов, но и при нормальном и патологическом старении, а также при широком спектре функциональной и органической патологии ЦНС различной природы. Поэтому дальнейшее глубокое изучение конкретных физиологических механизмов сна в их комплексной связи с другими феноменами ВНД является важнейшим направлением современных фундаментальных и прикладных психонейрофизиологических исследований.

Колганов А.И., Греков И.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАРЕНХИМАТОЗНО-СТРОМАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В РАННЕМ ТИПЕ КАРЦИНОМ ЖЕЛУДКА

Цель исследования. Изучить особенности взаимоотношения паренхимы и стромы в карциномах желудка.

Материалы и методы исследования. Было проведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование с маркерами Ki-67, CK17/18, α -ГМА, панцитокератином AE1/AE3, виментином, Е-кадгеринном 35 случаев рака желудка (РЖ) различного гистологического строения.

Результаты исследования. В большинстве случаев диффузного РЖ (16 случаев – 45,7%) отмечалось значительное преобладание фиброзного стромального компонента и более дезорганизованная коллагеновая архитектура опухоли в сравнении с другими типами РЖ. Лишь в двух (5,7%) образцах количество стромы характеризовалось, как малое. Очаговый характер эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ) выявлен в 4 (25%) случаях, распространенный – в 12 (75%) образцах. В восьми случаях (22,86%) был выявлен РЖ смешанного типа. Стромогенез в этих случаях носил умеренный характер. В трех случаях (37,5%) РЖ смешанного типа с полным характером ЭМТ была обнаружена экспрессия виментина в стро-ме, а в двух случаях (25%) – в самой опухоли. Среди 11 образцов (31,44%) кишечного типа ранних карцином желудка неполный и очаговый характер ЭМТ был установлен в 7 (63,6%) и 4 (36,4%) случаях соответственно. Во всех случаях РЖ не было обнаружено статистически значимых различий ($p > 0,05$ по критерию хи-квадрат) между гистологическим типом РЖ (классификация по Laugen) и количественным содержанием стромы. Признаки пролиферации (по экспрессии Ki-67) были умеренно выражены только в четырех случаях с полной и в двух случаях с очаговой ЭМТ.

Выводы. Выявление особенностей взаимоотношений паренхимы и стромы в различных гистологических типах карцином желудка является важным этапом в изучении и понимании биологии злокачественных новообразований этой локализации, на что и должны быть направлены дальнейшие исследования.

Колганов А.И., Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Вердиян А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ

Введение. Несмотря на возможности современных методов лучевой диагностики, первичное обнаружение рака паренхимы почки часто на распространенной или метастатической стадии. Данная ситуация ограничивает возможности лечения и приводит к увеличению канцероспецифической смертности таких пациентов. Одним из перспективных направлений исследований является изучение прогностического значения качественного и количественного состава иммунокомпетентных клеток, иммунологических маркеров в сыворотке крови и опухолевых тканях у пациентов с раком паренхимы почки (РПП). Выявление иммунологических маркеров, свидетельствующих о начале развития неопластического процесса в паренхиме почки или о его прогрессии позволит повысить эффективности ранней диагностики РПП.

Цель работы. Изучить возможность использования отдельных иммунологических маркеров при ранней диагностике РПП.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные диагностическому значению изменения иммунологических показателей про РПП.

Результаты и обсуждение. Согласно ряду исследований, посвященных индуцированной продукции цитокинов в микроокружении опухоли (МО) и крови было обнаружено, что индуцированная продукция фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина-10 и интерферона-гамма достоверно ниже в микроокружении опухоли при РПП. При этом, индуцированная продукция интерлейкина-6 в МО была достоверно ниже, а фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) – достоверно выше. В исследованиях, проведенных за последние годы, была отмечена зависимость уровня экспрессии VEGF от гистологической структуры РПП. У пациентов с папиллярным гистологическим типом РПП и содержанием VEGF выше среднего была установлена ассоциация с неблагоприятным прогнозом, агрессивным течением заболевания и высоким уровнем смертности. Однако в случае со светлоклеточным гистологическим типом РПП, неблагоприятный прогноз был только при содержании VEGF ниже среднего. Это свидетельствует о высокой чувствительности VEGF и прогностической значимости для диагностики и контроля эффективности лечения РПП. Также для ранней диагностики РПП можно использовать данные структурного анализа различных форм Т-лимфоцитов. Так, число зрелых Т-лимфоцитов с фенотипами CD3+, CD4+, CD16+ и CD19+ венозной крови пациентов с РПП было снижено за счет увеличения процентного содержания специфических регуляторные Т-лимфоцитов. При этом, после хирургического лечения в периферической крови абсолютное количество специфических регуляторных Т-лимфоцитов достоверно снижалось, что может свидетельствовать об отсутствии системного иммунодепрессивного влияния опухолевой ткани РПП на организм пациента.

Выводы. В ходе проведенного исследования выявлено отсутствие единых критериев диагностики изменения состава иммунных клеток, содержания иммунологических при РПП в зависимости от стадии и тяжести течения заболевания. Поиск точных диагностических критериев и прогностических маркеров агрессивного течения для опухолей данной локализации требует проведения дальнейших исследований. Тем не менее, качественные и количественные изменения содержания Т-лимфоцитов, количественные изменения значений VEGF, фактора некроза опухоли альфа, интерлейкинов в периферической крови и тканях паренхимы почки можно расценивать, как предикторы агрессивности течения и прогрессирования неопластического процесса паренхимы почки.

Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головки О.К., Маноченко Г.В., Гриненко Е.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, Донецк

ТРОМБОЦИТЫ В ГОМЕОСТАЗЕ СИСТЕМЫ «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД – НОВОРОЖДЕННЫЙ» В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Патогенные изменения в системе тромбоцитов, как правило сопровождаются расстройством жизнедеятельности и организма в целом.

С многообразием клинических значимых типовых форм в системе тромбоцитов (тромбоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопатия) неонатолог встречается практически с первых минут жизни начиная с периода ранней адаптации новорожденного ребенка.

Ему приходится часто принимать довольно сложные решения в поддержании гомеостаза, применения неотложной и интенсивной терапии для профилактики развития системных процессов в условиях ограниченных возможностей родильного зала и отделения интенсивной терапии (ОИТН) родовспомогательных и неонатальных учреждений.

Если же в анте- или интранатальном периоде ребенок встречается с дополнительными стрессогенными факторами, когда эустресс становится дистрессом, независимо от этиологии, то опасные для жизни состояния и заболевания, в этот сложный период адаптации, проявляются неспецифически, как стресс, и требуют интенсивной терапии, без которой невозможен успех этиопатогенетического лечения.

В этот период состояние новорожденного ребенка обусловлено перенесенными механическими перегрузками; перераспределением давлений в кругах кровообращения; необходимостью высокого уровня перекисного окисления бурого жира для поддержания термогенеза; необходимостью адаптации к токсическим эффектам кислорода и относительно низкой температуре окружающей среды; сменой фетального гемоглобина на гемоглобин А; высокой вязкостью крови вплоть до развития тромбгеморрагического синдрома.

В случаях неблагоприятного развития и течения периода ранней адаптации тяжелое или критическое состояние новорожденного проявляется «полиорганный недостаточностью» или «полиорганный несостоятельностью». По данным литературы и собственным клиническим наблюдениям в этой группе у поступающих в ОИТН и отделения патологии новорожденных РДКБ дыхательная система поражена у 96%, кишечный тракт — у 98%, центральная нервная система — у 100%. ДВС или тромбофилия присутствуют у всех больных в тяжелых состояниях, но клинически проявляются у 35–50%. Независимо от причин, спровоцировавших развитие болезни, пусковыми и ключевыми патогенетическими событиями критического состояния являются: гипоксия, гипогликемия, гиповолемия, реперфузия, ДВС.

Тромбоцитопении у новорожденных имеют разнообразную этиологическую структуру. По условиям возникновения они подразделяются на первичные, которые в основном связаны с иммунологическими или наследственными состояниями, и вторичные – симптоматические нарушения состава крови, вызванные различными заболеваниями. В неонатологии все причины тромбоцитопений объединяют в несколько групп:

Иммунопатологические процессы. У новорожденных наблюдается 3 основных формы первичных тромбоцитопений: иммунная, трансиммунная и аллоиммунная. Происходит разрушение клеток антителами, которые вырабатываются в организме ребенка либо попадают из крови матери.

Инфекции. Патологические состояния вызывают внутриутробные инфекции TORCH-комплекса и приобретенные заболевания, спровоцированные бактериальными или вирусными возбудителями. В редких случаях тромбоцитопения возникает у детей с врожденной ВИЧ-инфекцией.

Врожденные патологии. Тромбоцитопения и сопутствующие ей геморрагии характерны для анемии Фанкони, синдромов Казабаха-Меритта, Вискотта-Олдрича, Бернара-Сулье. Из-

редка патология наблюдается у новорожденных с хромосомными расстройствами - синдромами Дауна, Патау, Эдвардса, Шерешевского-Тернера.

Перинатальные заболевания. Снижение концентрации тромбоцитов встречается у младенцев с хронической внутриутробной гипоксией, признаками ЗВУР, респираторным дистресс-синдромом, некротическим энтероколитом. Риск развития патологии резко возрастает, если у матери был тяжелый гестоз в третьем триместре беременности.

Ганс Селье определил стресс как «неспецифическую реакцию организма на любую потребность». Стресс представляет собой реакцию на воздействие любого фактора, способного угрожать гомеостазу организма, а материнский пренатальный стресс (МПС) может вызывать серию повреждений у развивающегося плода с последствиями в жизни ребенка в виде формирования как разнообразных форм проявлений острого (некротизирующего энтероколита), до вариантов хронического стресса с развитием иммуносупрессии, влияния на течение инфекционного процесса и нарушения формирования когнитивных функций у плода и новорожденного.

Известно, что I триместр беременности является особенно уязвимым периодом. В этот период энергично происходит нейрогенез и формируются синаптические связи в telencephalon (конечном мозге). Стрессы у беременной сопровождаются гиперактивацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО) и высоким уровнем кортизола и приводят к нарушениям нейрональной пролиферации и миграции у плода в течение I триместра. Эта система саморегулируется по принципу отрицательной обратной связи. Однако во время хронического стресса эта обратная связь может нарушаться из-за развития резистентности к глюкокортикоидам, опосредованной десенсибилизацией глюкокортикоидных рецепторов, что приводит к последующей избыточной выработке и активности кортизола. Теоретически, он может легко проходить через плацентарный барьер и достигать плода. С другой стороны, повышенный уровень материнского кортизола может стимулировать выработку плацентарного кортикотропин-рилизинг фактора с последующей стимуляцией ГГНО плода и дальнейшим увеличением уровня кортизола у плода. МПС снижает маточно-плацентарный кровоток, что вызывает гипоксию и является стрессом для плода и вызывает активацию его ГГНО. Симпатoadреналовая система (САС), вырабатывающая в ответ на стресс гормоны адреналин и норадреналин, — еще один центральный компонент стрессовой реакции — выброс катехоламинов происходит как немедленная реакция на стресс. Другими словами, при пренатальном стрессе у женщины происходит выброс катехоламинов, что вызывает спазм сосудов плаценты и приводит к гипоксии и «голоду» плода, у которого в будущем формируются предпосылки для усиленного потребления пищи при выбросе катехоламинов, поскольку закреплен рефлекс «катехоламины — голод». Стресс на ранних сроках беременности может привести к ее потере. Воздействие стресса на более поздних сроках беременности увеличивает риск неблагоприятных исходов при рождении, включая преждевременные роды и низкую массу тела потомства при рождении, что, в свою очередь, является известным фактором риска развития различных заболеваний во взрослой жизни. Преемственность между акушерами-гинекологами, неонатологами и педиатрами важна для благополучного ведения беременности, родов и послеродового периода. она способна позитивно повлиять на состояние здоровья ребенка, повысив качество его жизни, минимизировав развитие хронических заболеваний и состояний, требующих затратных методов терапии.

Период первичной адаптации здорового новорожденного заканчивается к 4-м суткам жизни, когда включается механизм отрицательной обратной связи (продукция глюко- и минералокортикоидов), ограничивающий адренергию.

Рассматривая любое заболевание новорожденного как стресс, а критическое состояние — как ПОН, можно выработать унифицированный протокол интенсивной терапии, максимально зависимый от тяжести состояния и минимально — от диагноза и синдрома.

Колесникова Е.Ю., Пузик А.А., Васильева А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПЕРЕВОДА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Работа над переводом, требующая постоянного внимательного сравнения грамматических и семантических структур двух языков, способствует активному практическому проникновению в строй иностранного языка, обогащает студентов знанием регулярных соответствий в лексике и грамматике родного и иностранного языков, способствует привитию навыков свободного владения речевыми моделями изучаемого языка.

Целью нашего исследования является изучение активных методов перевода и основных видов переводных упражнений для их дальнейшего применения на практических занятиях по английскому языку в медицинском вузе.

Для успешного применения переводных упражнений в обучении иностранному языку необходимо тщательно продуманный подбор видов упражнений, форм работы, лексического и текстового материала, на котором осуществляется активизация определенных грамматических категорий.

В подборе и составлении упражнений для переводной практики мы ставим своей целью привитие студентам навыков свободного использования грамматических форм иностранного языка в зависимости от контекста переводимого отрывка, интонационной и синтаксической структуры предложения и абзаца, семантической и стилистической характеристики лексики, используемой в переводе. Наиболее успешно данная задача осуществляется в обратном переводе связанных текстов, отличающихся грамматико-стилистическим и смысловым единством.

При обучении переводу мы применяем следующие активные методы:

1. Ролевые игры. Студенты моделируют реальные ситуации из медицинской практики, используют медицинскую терминологию.

2. Дебаты. Студенты участвуют в дискуссиях на медицинские темы, отстаивают разные точки зрения.

3. Проекты. Студенты работают над проектами, которые включают письменный перевод медицинских историй болезни.

Особой формой переводного упражнения является устный перевод-пересказ, при котором, работая по заранее размноженному тексту, студенты перед переводом очередного предложения повторяют уже переведенную часть текста с обязательным сохранением использованных грамматических структур. Перевод осуществляется только устно. Его запись по памяти включается в домашнее задание и проверяется на следующем занятии.

Работа с упражнениями составляет значительную часть процесса обучения переводу. В ходе такой работы изучаются способы преодоления трудностей перевода, отрабатываются технические приемы перевода, развиваются переводческие умения и создается основа для совершенствования навыков перевода.

Применение активных методов перевода и переводных упражнений в обучении иностранному языку в медицинском вузе является эффективным подходом, способствующим формированию коммуникативной профессиональной переводческой компетенции и становлению вторичной языковой личности.

Дальнейшее изучение и совершенствование активных методов позволит создать более эффективные и результативные программы обучения.

Колесникова И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Среди всех злокачественных опухолей у женщин рак молочной железы занимает второе место. Его инфильтративная форма встречается реже узловой, но протекает более агрессивно и злокачественно.

Целью данной работы явилось определение морфологических и статистических особенностей разных форм инфильтративного рака молочной железы при проведении гистологических, иммуногистохимических и статистических исследований.

Нами были изучены 700 случаев оперативно удаленных опухолей молочной железы за последние пять лет. Возраст больных составил от 21 года до 90 лет. Все опухоли были исследованы гистологически при окраске гематоксилином и эозином, проведено иммуногистохимическое исследование с маркерами к рецепторам прогестерона, эстрогена, Her-2/neu и Ki67. Для проведения статистического анализа больные были разделены на 6 возрастных групп: 1- до 30 лет, 2- 30-39 лет, 3- 40-49 лет, 4- 50-59 лет, 5- 60-69 лет, 6-70 и старше. Использовалась программа Medstat для статистического анализа.

Инфильтративный рак может иметь вид скirrа, быть дольковым, протоковым, тубулярным, солидным или относиться к особым гистологическим вариантам. Последняя категория может объединять в себя слизистую, медулярную и папиллярную формы. Дольковая инвазивная карцинома G1 была выявлена у 0,7% случаев; дольковая инвазивная карцинома G2 – 3,2%; дольковая инвазивная карцинома G3 – 8,5%; протоковая инвазивная карцинома G1 – 2,4%; протоковая инвазивная карцинома G2 – 18,5%; протоковая инвазивная карцинома G3 – 51,8%; протоковая инвазивная карцинома без указания грейда – 0,4%; смешанные формы, сочетающие протоковую и дольковую G2 – 0,2%, протоковую и дольковую G3 – 1,3%, а также протоковую и тубулярную форму G3 – 0,3%; скirr G3 – 0,2%; тубулярная инвазивная карцинома G2 – 1,6%; тубулярная инвазивная карцинома G3 – 2,1%; солидная инвазивная карцинома G2 – 0,4%; солидная инвазивная карцинома G3 – 5,9%; солидная инвазивная карцинома без грейда – 0,2%; группа особых гистологических вариантов – 1,8%; метапластическая инвазивная карцинома – 0,3%; недифференцированная карцинома – 0,3%. Рак молочной железы обладает рецепторами к эстрогену и прогестерону. Для эстрогеновых рецепторов выявлены следующие группы: негативная реакция наблюдалась в 24,4% случаев; слабо-положительная реакция – 2,8%; умеренно-положительная реакция – 14,1%; выражено-положительная реакция – 58,7%. Карциномы с прогестероновыми рецепторами представлены следующими группами: негативная реакция наблюдалась в 41,8% случаев; слабо-положительная реакция – 25,4%; умеренно-положительная реакция – 14%; выражено-положительная реакция – 19,1%.

При проведении реакций с Her-2/neu и Ki67 мы получили следующие данные: негативная реакция была у 77% больных; положительная реакция – у 23%. Низкая пролиферативная активность ($\leq 12\%$) наблюдалась в 57,1% случаев, тогда как высокая пролиферативная активность ($\geq 13\%$) – в 42,9%. Это указывает на низкую пролиферативную активность клеток опухоли в большем числе случаев. Можно отметить, что распространение инфильтративных форм рака молочной железы снижается для 2 и 5, 6 возрастных групп, тогда как возрастание показателей отмечается в 3 и 4 группах.

В большинстве случаев развитие рака молочной железы возникает в климактерический и постклимактерический период. Данный факт указывает на необходимость постоянного контроля в рамках диспансеризации, особенно для женщин, относящихся к этим возрастным группам. Большая часть новообразований обладает высокой выражено-положительной реакцией к рецепторам эстрогена, что может быть благоприятным для возможности прогнозирования контроля роста опухоли в целом.

*Коломийчук А.Б., Балацкий Е.Р., Клименко В.А.,
Гусаренко С.С., Бутенко А.Е.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТАРП ПРИ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ: УЗЛОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Актуальность. Ряд исследований за последнее десятилетие доказывает, что методика трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРП) является безопасным и эффективным способом оперативного лечения паховых грыж. Однако, четкий регламент особенностей и правил диссекции оставляет открытым ряд вопросов, в том числе и профилактики таких послеоперационных осложнений, как образование сером и в позднем периоде хронической паховой боли (Шептунов Ю.М. и соавт., 2018) и вызывать у пациентов как эстетическую неудовлетворённость, так и необходимость манипуляций для ликвидации осложнений. В связи с этим вопрос об оптимальном варианте профилактики таких осложнений в послеоперационном периоде у пациентов после ТАРП остается открытым.

Цель исследования. Изучить эффективность фенестропликации для профилактики послеоперационных осложнений после лапароскопического вмешательства у пациентов с прямой паховой грыжей.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов выполнения 40 операций ТАРП по поводу прямой паховой грыжи у 40 больных мужского пола возрастом от 26 до 63 лет (средний возраст $49,30 \pm 3,96$). Пациенты были разделены на 4 равные группы по 10 человек. В первую контрольную группу вошли 10 ($25,0 \pm 6,85$ %) мужчин с прямой паховой грыжей, которым не выполнялась ни пликация поперечной фасции к связке Купера, ни фенестрация фасциального мешка. Ко второй группе были отнесены 10 ($25,0 \pm 6,85$ %) пациентов, у которых была задействована методика пликации -подшивания фасциального мешка отдельными узловыми швами к связке Купера. В третьей группе к 10 ($25,0 \pm 6,85$ %) больным применялась техника фенестрации поперечной фасции, а среди 10 ($25,0 \pm 6,85$ %) пациентов в четвертой группе было использовано сочетание техники фенестрации с пликацией.

Результаты и выводы. В группе контроля в раннем послеоперационном периоде в 7 ($70,00 \pm 14,49$ %) случаях выявлено образование сером и умеренного болевого синдрома в этой зоне, удаление которых было проведено пункционно под УЗИ контролем, что заняло от 1 до 3 вмешательств. У 3 ($30,00 \pm 14,49$ %) пациентов из этой группы осложнения не возникли, что может быть связано с наличием невыраженной остаточной полости и малого размера грыжевых ворот. Во второй группе ни у одного пациента не образовалась серома, однако, у 4 ($40,00 \pm 15,49$ %) возник болевой синдром, связанный со сдавлением подвздошно-пахового нерва. В третьей группе также не отмечалось образования сером, но у всех пациентов на 2-3 сутки после оперативного вмешательства возник кровоподтёк на медиальной поверхности бедра, в области мошонки, появилась отечность в указанных зонах. В четвертой группе сером и болевого синдрома не отмечалось за счет визуализации подвздошно-пахового нерва при фенестрировании поперечной фасции перед последующей пликацией к связке Купера; у одного ($10,00 \pm 9,49$ %) пациента было отмечено наличие кровоподтёка на внутренней части бедра.

Таким образом, техника комбинирования методики фенестрации фасциального мешка с дальнейшей пликацией (фенестропликация), может снизить вероятность образования сером у пациентов с прямой паховой грыжей в послеоперационном периоде. Однако, требуются более масштабные проспективные клинические испытания для подтверждения эффективности методики.

Коненко В.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ, ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДРУГИМИ СОСТОЯНИЯМИ ИММУНОДЕФИЦИТА

Введение. Профилактика инфекционных заболеваний у пациентов с иммунодефицитом является важной частью работы врача при их диспансерном наблюдении. Иммунодефицит — это состояние, при котором защитные функции организма нарушены, что делает пациентов более уязвимыми к инфекциям. Существуют различные причины иммунодефицита, включая ВИЧ-инфекцию, онкологические заболевания и другие состояния, такие как аутоиммунные расстройства или терапия иммунодепрессантами. У таких пациентов необходимо уделять особое внимание профилактике инфекций, поскольку они подвержены как типичным инфекциям, так и редким и опасным патогенам.

Цель исследования. Изучить методы профилактики инфекционных заболеваний у пациентов с иммунодефицитом.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи, содержащие методы профилактики инфекционных заболеваний у пациентов с иммунодефицитом.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ВИЧ-инфекцией ослаблен иммунный ответ, что повышает риск инфекций. Антиретровирусная терапия позволяет контролировать вирусную нагрузку и поддерживать иммунный статус пациента. Однако, несмотря на лечение, у ВИЧ-инфицированных сохраняется повышенный риск бактериальных, вирусных и грибковых инфекций. Для предотвращения развития инфекций у таких пациентов рекомендуется: обязательная профилактика возникновения оппортунистических инфекций; вакцинация против гриппа, пневмококка и гепатита В; регулярный мониторинг клеток иммунной системы (CD4-лимфоцитов) для оценки необходимости корректировки терапии. Пациенты с онкологическими заболеваниями, особенно на фоне химиотерапии или радиотерапии, также подвержены риску инфекций. Химиотерапия ослабляет иммунный ответ, снижая количество лейкоцитов и других иммунных клеток, участвующих в защите организма от патогенов. Для таких пациентов важно соблюдать меры предосторожности, направленные на снижение риска инфекций: профилактическое назначение антибиотиков, противогрибковых и противовирусных препаратов; использование фильтров и стерильных условий для проведения процедур; тщательный контроль за состоянием кожи и слизистых оболочек, поскольку повреждённые участки могут служить воротами для инфекции. Иммунодефицит также может развиваться в результате длительного применения иммунодепрессантов при аутоиммунных заболеваниях или после трансплантации органов. В таких случаях профилактика инфекций зависит от уровня иммунной депрессии и типа терапии. Необходимыми мерами являются: регулярное назначение противогрибковых, противовирусных препаратов и антибиотиков в периоды высокой вероятности инфекций; вакцинация, в том числе против гриппа, пневмококка и других распространенных заболеваний; контроль стерильности при проведении инвазивных процедур и хирургических вмешательств.

Выводы. Профилактика инфекций у пациентов с иммунодефицитом требует комплексного подхода, включающего как медикаментозные меры, так и профилактику на уровне образа жизни. Важно учитывать особенности каждого состояния, будь то ВИЧ-инфекция, онкологическое заболевание или другие формы иммунодефицита, и индивидуально подходить к каждому пациенту. Своевременная профилактика и адекватное лечение позволяют значительно снизить риск инфекций и улучшить качество жизни таких пациентов.

Коньшева Н.В, Сидоренко И.А, Галаева Я.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДЕПРЕСКРАЙБИНГ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Актуальность. Одной из наиболее заметных проблем гериатрии является полипрагмазия – ненадлежащее назначение лекарственных средств или назначение 5 и более ЛС. При увеличении возраста пациентов растет риск полипрагмазии и развития нежелательных лекарственных реакций (НЛР). Безопасное для пациента уменьшение количества лекарств позволяет их депрескрайбинг.

Цель. Обратит внимание клиницистов на проблему предупреждения полипрагмазии и нежелательных лекарственных реакций при лечении остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста путем применения метода депрескрайбинга бисфосфонатов.

Термин «депрескрайбинг» (de-prescribe) дословно означает «отмена назначений». В современной литературе депрескрайбинг представлен как плановый и контролируемый процесс снижения дозы или прекращения приема лекарственных средств (ЛС), которые потенциально могут причинить вред пациенту и/или не приносят ему пользы. Целевой популяцией для депрескрайбинга являются лица пожилого и старческого возраста, что связано с возрастными особенностями организма, которые зависят от изменений фармакокинетики и фармакодинамики, а также наличия коморбидности. Бисфосфонаты (БФ) используются в качестве препаратов первой линии в лечении остеопороза и в его профилактике, снижая риск переломов. Применение этой группы препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста связано с повышением риска НЛР, увеличением стоимости лечения и повышением общей лекарственной нагрузки. Понятие депрескрайбинга в отношении медикаментозной терапии остеопороза в мировой литературе обсуждается довольно скудно, несмотря на возможные серьезные побочные эффекты лечения остеопороза в старшей возрастной группе. Кумуляция БФ позволяет делать перерывы в лечении, так называемые лекарственные каникулы (ЛК), — временное контролируемое прекращение терапии. Такие ЛК обычно рассматривают после 5 лет лечения алендронатом и 3 лет лечения золедроновой кислотой. Рекомендации по отмене БФ можно разделить на 2 группы:

1. рассматривающие отмену БФ как ЛК при длительной терапии;
2. рассматривающие отмену БФ в связи с параметрами здоровья пациентов, не связанными, собственно, с остеопорозом и переломами.

Рекомендуемая продолжительность ЛК составила от 1 до 5 лет. Возобновить терапию нужно, если возникли новые переломы или если риск переломов увеличился. Решение о возобновлении терапии БФ предлагается принимать на основе оценки состояния пациента (например, с помощью оценки риска перелома по FRAX, клинических данных, измерения МПК или маркеров костного обмена). В период ЛК рекомендуется ежегодное обследование пациентов. В российских клинических рекомендациях по остеопорозу от 2021 г. имеется рекомендация о возможном начале ЛК на период 1-2 года у пациентов с остеопорозом без патологических переломов при достижении клинического эффекта терапии и регулярными ежегодными осмотрами с интервалом 1 год после отмены БФ, а также по мере наступления событий (переломы и падения).

Заключение. Применение метода депрескрайбинга является помощью клиницистам в вопросе предупреждения полипрагмазии и своевременного принятия решения о прекращении приема ряда лекарственных средств, в том числе бисфосфонатов.

*Коняшкина М.А., Кривцова Е.К., Кедрова А.Г., Кравченко Г.В.,
Греян Т.А., Константинова Ю.С.*

ФГБУ «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью»

ФМБА России, Москва

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи

и медицинских технологий ФМБА России», Москва

ЦИТОМНЫЙ АНАЛИЗ НАЗАЛЬНЫХ И БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ НАСЕЛЕНИЯ

Цитомный анализ - расширенное цитогенетическое исследование с учетом всех возможных ядерных аномалий и показателей, характеризующих процессы пролиферации и гибели клеток. Анализ буккальных и назальных эпителиоцитов позволяет оценить генотоксическое действие средовых компонент атмосферного воздуха и эффекты ингаляционного воздействия профессиональных факторов. Целью исследования являлась – оценка эффективности для профилактических обследований простого неинвазивного метода цитомного анализа эксфолиативных клеток.

Проведен цитомный анализ назальных и буккальных эпителиоцитов 46 практически здоровых мужчин 35 - 62 лет, обратившихся с просьбой о прохождении профилактического осмотра. В клетках назального эпителия, кроме известных, учитывали новый показатель – «выброс хроматина за пределы ядра» (ВХ), морфологически представленного тяжами хроматина выступающих из ядра, и, в отличие от ядерной протрузии, могут отсутствовать фрагменты ядерной мембраны. Результаты цитомного анализа клеток двух тканей показали, что обнаруженные уровни нестабильности генома согласуются с значениями, описанными в литературе и определенными ранее в собственных исследованиях. Средняя частота ВХ составила $22,49 \pm 3,82\%$. Корреляционный анализ между массивами показателей назального и буккального эпителиев выявил достоверные ассоциативные связи между частотами клеток с ВХ и следующими показателями нестабильности генома в щеке: полиядерными буккальными эпителиоцитами ($R=0,34$ - здесь и далее $P \leq 0,05$) и клетками с кариопикнозом ($R=0,31$). При графическом отображении ассоциаций, выделяется группа людей с высокими значениями частот клеток с ВХ. У этой группы людей частота клеток с ВХ коррелировала с уровнями индикаторов воспаления в анализе крови: повышением содержания лейкоцитов ($R=0,88$) и СОЭ ($R=0,88$), а также с количеством эритроцитов ($R=-0,83$), объемом эритроцита ($R=-0,84$), гематокритом ($R=-0,94$) и индексом массы тела обследуемых (ИМТ, $R=0,88$). При анализе всего массива найдены ассоциации частоты клеток с ВХ с количеством эритроцитов ($R=-0,40$) и гематокритом ($R=-0,39$) но ассоциации с маркерами воспаления (содержанием лейкоцитов и уровнем СОЭ), а также с ИМТ выявлены не были. В то же время, ассоциированные с ВХ показатели цитомного анализа щеки – частоты полиядерных клеток и клеток с пикнозом ядра, не коррелировали с показателями анализа крови. С использованием всего массива данных выявлена корреляционная связь между частотой двуядерных назоцитов (характеризующих блок цитотомии) с повышением ИМТ ($R=0,30$) и количества эритроцитов ($R=-0,46$). Частоты назальных эпителиоцитов с конденсированными ядрами ассоциированы с повышением лейкоцитов ($R=0,45$) и нейтрофилов ($R=0,48$) в анализе крови. Частота назоцитов с перинуклеарной вакуолью взаимосвязана с анизоцитозом эритроцитов ($R=0,37$) и количеством лимфоцитов ($R=-0,42$). Частота назоцитов с пикнозом ядра коррелировала с процентом тромбокрита ($R=0,43$). Как в щеке, так и в носу была найдена взаимосвязь показателей цитомного анализа с анизоцитозом эритроцитов - достаточно серьезным отклонением в крови (в буккальном эпителии коррелировала частота клеток с микроядрами ($R=0,40$) – генетические повреждения, в назальном, как упоминалось выше, - показатель клеточной гибели).

Таким образом, анализ связей между эффектами нестабильности генома в назальном и буккальном эпителиях одних и тех же людей и данными клинических исследований неожиданно выявил качественные различия в реакциях двух тканей на средовые воздействия. Учитывая высокую связь повышения частоты ВХ с маркерами воспаления, а еще и ИМТ, связь которого с воспалением последнее время отмечается разными авторами, можно сделать вывод о диагностической ценности нового показателя - ВХ.

Другие авторы отмечали связь уровней показателей цитомного анализа (лимфоцитов крови и буккальных эпителиоцитов) с некоторыми биохимическими параметрами крови, а в нашем исследовании впервые определены взаимосвязи с показателями клинического анализа крови. Кроме того, в данной работе впервые представлен новый показатель ВХ назоцитов и продемонстрирована его связь с воспалением, что позволяет предложить его учет в профилактических обследованиях. Поскольку частота клеток с ВХ варьирует в широком диапазоне значений, а индикатором негативных состояний является его высокий уровень, увеличение ВХ можно отследить при анализе относительно малого количества клеток (100-300). При обнаружении повышенной частоты клеток с ВХ (более 4%) можно рекомендовать носителю эффекта проведение углубленного обследования.

Корецкая Я.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Введение. Быстрое развитие цифровых технологий тесно связано с улучшением качества медицинского обслуживания. В настоящее время, помимо повышения точности диагностики, важнейшими приоритетами становятся комфорт пациентов и медицинского персонала, снижение затрат и улучшение качества медицинских услуг. Вопросы усовершенствования и поиска новых методов применения лучевых исследований, магнитно-резонансной томографии, в частности, остаются актуальными.

Цель исследования. Изучить перспективы использования магнитно-резонансной томографии при диагностике различных заболеваний в современной медицине

Материалы и методы. Проведен анализ современных литературных источников, посвященных использованию магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Результаты. Развитие магнитно-резонансной томографии неразрывно связано с постоянным улучшением технологий, что способствует получению более точных и детализированных изображений внутренних структур организма. Многофункциональность МРТ-исследования предлагает обширную информацию о состоянии тканей и органов, что позволяет диагностировать различные патологические состояния и заболевания, в том числе на ранних стадиях. Введение функциональной МРТ предоставило уникальные возможности для изучения активности мозга, а также для диагностики неврологических и психических расстройств. Появление портативных МРТ-сканеров делает возможным проведение исследований в амбулаторных условиях, что удобно для пациентов и расширяет диагностические возможности. Сочетание МРТ с другими методами диагностики, такими как компьютерная томография и позитронно-эмиссионная томография, позволяет получать более полную информацию о состоянии пациента. Достижения в области МРТ содействуют проведению научных исследований, ориентированных на изучение заболеваний и разработку инновационных подходов к лечению и контролю его эффективности. Возможность получать трехмерные изображения с высоким разрешением способствует более точной оценке характера и стадии заболевания. Разработка и развитие программного обеспечения для МРТ-сканеров включает постоянные обновления, которые улучшают качество получаемых изображений и расширяют функциональные возможности устройств. Внедрение передовых технологий и модернизация оборудования способствуют уменьшению уровня шума и повышению комфорта пациентов в процессе обследования. Использование алгоритмов искусственного интеллекта для анализа данных МРТ способно ускорить диагностику и улучшить ее точность.

Вывод. Таким образом, на сегодняшний день магнитно-резонансная томография, наряду с компьютерной томографией и радионуклидной диагностикой, представляет собой метод, без которого невозможно представить современную радиологию и лучевую диагностику. Магнитно-резонансные томографы стоят дороже, чем рентгенологические устройства и компьютерные томографы, их установка и обслуживание требуют больше усилий, что объясняет их меньшую распространенность. При корректном выборе параметров импульсных последовательностей магнитно-резонансная томография может стать единственным методом, способным дать ответы на все клинические вопросы. Ключевой особенностью данного метода является его стремительное развитие и усовершенствование, что особенно важно в контексте современных научных исследований.

Коробка Ю.Н., Иванова. М.В., Гудков И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗУЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ

Введение. В современных эпидемических условиях остаётся актуальной проблема развития рецидивов туберкулеза органов дыхания. Чаще всего случаи рецидива туберкулеза становятся резервуаром распространения лекарственно устойчивых штаммов микобактерий туберкулёза и характеризуются более тяжёлым клиническим течением туберкулеза.

Цель. Изучить клинико-рентгенологическую характеристику рецидивов лекарственно устойчивого туберкулеза лёгких и причины их возникновения.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены данные историй болезни 66 больных с рецидивами лекарственно устойчивого туберкулеза лёгких, находившихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулёзном диспансере МЗ ЛНР за 2020-2023 года.

Результаты. Среди пациентов имевших рецидив туберкулеза лёгких, преобладали мужчины - 52 человека (77,2%), женщины составили всего - 14 человек (22,7%). Больше количество больных приходилось на самый трудоспособный и репродуктивный возраст 25-45 лет (68,18%). Значительная часть пациентов имела поздний рецидив туберкулеза лёгких в 68,2% случаев. У трети больных рецидив был зарегистрирован в раннем периоде (в 31,8% случаев), из них рецидивы до 1 года после завершения основного курса лечения (ОКЛ) - 4,7% случаев, через 1-2 года - 42,9% случаев, 3-4 года - 52,4% случаев.

По профилю устойчивости множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) была выявлена в 72,8% случаев, пре-широкая лекарственная устойчивость - 27,2% случаев. Широкая лекарственная устойчивость не определялась по техническим причинам.

Сопутствующая патология у больных была обнаружена в 59% случаев, среди них: заболевания сердечно сосудистой системы - 25,7% случаев, гепатит различной этиологии (вирусный, токсический) - 18,1% случаев, патология желудочно-кишечного тракта - 7,5% случаев, неврологические заболевания - 7,5% случаев, инфицирование вирусом иммунодефицита человека - 6% случаев, сахарный диабет - 6% случаев. Большинство пациентов имели различные факторы риска, как способствовавших рецидиву туберкулеза, так и осложнявших его лечение. Среди них регистрировались: курение в 63,6% случаев; злоупотребление алкоголем - 37,8% случаев; пребывание в местах лишения свободы - 28,7% случаев; употребление наркотиков - 6% случаев. По клинической форме среди пациентов с рецидивом значительно чаще чем у пациентов с впервые выявленным туберкулёзом лёгких диагностировался фибринозно-кавернозный туберкулёз - у 21 больного (31,8%), инфильтративный и диссеминированный туберкулёз лёгких был выявлен у 22 пациентов (33,3%); также у 1 больного (1,5%) был обнаружен рецидив туберкулеза плевры. По тяжести процесса распад диагностировался в 80,3% случаев; бактериовыделение - 87,9% случаев. Наиболее беспокоящим показателем являлась низкая приверженность к лечению: основной курс лечения (ОКЛ) был завершён в 6% случаев; интенсивную фазу (ИФ) завершили в 40,9% случаев.

Выводы. Среди пациентов имевших рецидив туберкулеза лёгких, преобладали мужчины - 52 человека, на момент лечения были в самом трудоспособном возрасте 25 -45 лет. Фактором развития рецидива туберкулеза являлось: наличие сопутствующего заболевания в 59% случаев; вредные привычки в том числе: злоупотребление алкоголем в 37,8% случаев; длительный стаж курения приведший к развитию бронхита курильщика - 63,6% случаев; низкая приверженность лечению, в большей степени на амбулаторном этапе: ОКЛ был завершён всего в 6% случаев.

Коробкова Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОБМЕН КАЛЬЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Нарушение обмена кальция в организме может происходить в результате различных заболеваний, или как закономерный процесс, связанный со старением самого организма. Наиболее подверженными к нарушению кальциевого обмена являются женщины в постменопаузальном периоде. Улучшение здоровья женщин в этом периоде жизни, путем коррекции кальциевого обмена, способствует сохранению их работоспособности и качества жизни, что является актуальной медицинской и социальной проблемой.

В жизни женщины, на фоне общих возрастных изменений в организме, преобладают процессы инволюции в репродуктивной системе, характеризующиеся прекращением сначала детородной, а затем и менструальной функции. В связи с особой напряжённостью системных изменений, обусловленных угасанием функции яичников, выделение климактерического периода и отдельных его фаз в жизненном цикле организма женщины, приобретает особое практическое значение. В гормональном статусе происходят определённые изменения, признаком скорого наступления менопаузы является подъём содержания ФСГ выше 25 МЕ/л. При этом стимуляция синтеза эстрогенов в яичниках при этом не происходит, так как число рецепторов эстрогенов в клетках фолликулов снижается.

На фоне дефицита эстрогенов в организме женщины происходят изменения, объединяемые в так называемый климактерический синдром. К поздним метаболическим нарушениям относится постменопаузальный остеопороз. Костная масса достигает максимума к 30 годам, после чего начинается медленная потеря костной массы – примерно на 0,1-1% в год. В первые 5 лет после менопаузы потеря костной массы ускоряется, и к 70 годам женщина теряет около 50% костной массы.

Учитывая частое бессимптомное или малосимптомное течение процесса нарушения обмена кальция и развития остеопороза, даже при отсутствии клинических проявлений, ориентируясь только на факторы риска развития данного процесса, гинеколог должен выделить таких пациентов в отдельную группу. Им необходимо назначить инструментальное и лабораторное обследование с целью решения вопроса о назначении менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Минеральная плотность костной ткани определяется рентгенологическими исследованиями, двухэнергетической рентгеноденситометрии (DEXA), ультразвуковой денситометрией. Лабораторные методы позволяют оценить состояние костного метаболизма, нарушение обмена кальция, провести дифференциальную диагностику остеодистрофических процессов и контролировать эффективность лечения. Исследуют содержание в сыворотке крови кальция, фосфора, кальцитонина, определяют содержание кальция в моче, паратгормон, щелочную фосфатазу, половые гормоны и др.

Женщинам в постменопаузальном периоде при наличии показаний, необходимо назначать МГТ в непрерывном режиме. При этом могут быть назначены монофазные эстрогенгестагенные препараты или синтетический препарат – Тиболон. Следует отметить, что МГТ является эффективным средством профилактики нарушения обмена кальция и развития остеопороза. Рекомендуется использовать наименьшие эффективные дозы МГТ по мере увеличения возраста ткани.

Пациентам рекомендуется достаточное потребление кальция с продуктами питания или прием препаратов кальция при его недостаточном содержании в пищевом рационе. Кальций, обладая слабым антирезорбтивным действием, потенцирует эффект основных препаратов для лечения остеопороза.

Таким образом, вышеизложенное указывает на то, что коррекция обмена кальция в организме является важным моментом в процессе ремоделирования костной ткани, а значит в профилактике и комплексном лечении остеопороза. Коррекцию обмена кальция у женщин необходимо начинать проводить в перименопаузальном периоде, до появления клинических симптомов.

Коробкова Е.А., Вебер В.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ГБУЗ «Луганская городская клиническая многопрофильная больница № 1», Луганск

РОЛЬ ВИТАМИНА Д ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Витамин Д – жирорастворимый витамин, который по своей биологической структуре и эффектам близок к стероидным гормонам. Естественным путем в организм биологически инертный витамин Д попадает либо с продуктами питания, либо синтезируется в коже под действием ультрафиолета. Результаты проведенных в России исследований показывают, что недостаточность гидроксивитамина D (25(OH)D) в среднем выявляются у 70-95% взрослых лиц, при этом отмечаются сезонные различия. Дефицит витамина D (уровни ниже 20 нг/мл) отмечены у 56% обследованных взрослых лиц в весенний период и у 26% лиц в осенний период. Участие витамина Д в регуляции репродуктивной системы подтверждается экспрессией рецепторов к витамину Д в яичниках, эндометрии. Плаценте, яичках, сперматозоидах и гипофизе. Во время беременности дефицит витамина D сопряжен с определенными акушерскими и перинатальными рисками, такими как преэклампсия, гестационный сахарный диабет, преждевременные роды, повышение риска выкидыша в I триместре, низкая масса тела ребёнка при рождении, снижение костной массы младенца. Кроме того, у детей, рождённых от матерей с недостаточным обеспечением организма витамином D, согласно некоторым данным, выше вероятность бронхиолита, астмы, сахарного диабета 1-го типа, рассеянного склероза и аутизма.

Цель исследования изучить уровни содержания витамина D у беременных, пребывающих на лечении в гинекологическом отделении ГБУЗ «ЛГКМБ №1» ЛНР.

Материалы и методы. Проведена оценка уровня витамина D у 32 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет, находящихся на стационарном лечении в период с марта по июнь 2024 года.

Результаты исследования. В ходе проведения исследования установлено, что недостаточность 25(OH)D (уровень 21-30 нг/мл) определялась у 17 (53,1%) женщин, дефицит 25(OH)D обнаружился у 5 (15,6%) беременных и всего у 10 (31,3%) обследованных уровень витамина D соответствовал норме. Пациентки с нормальными показателями витамина D получали поддерживающие дозировки колекальциферола 500-1000 МЕ/сутки, согласно клиническим рекомендациям. Беременные с недостаточностью и дефицитом 25(OH)D получали 3000 и 4000 МЕ/сутки соответственно. На фоне проведенного лечения была отмечена положительная динамика: спустя 8 недель нормальные показатели 25(OH)D отмечались уже у 23 (71,8%) беременных женщин, однако у 9 (28,2%) уровень витамина Д все еще сохранялся в недостатке. Кроме того, наблюдалось улучшение общего самочувствия.

Выводы. Результаты исследования подтверждают высокую распространенность недостаточности витамина D среди беременных женщин - у 68,7% обследованных выявлен низкий уровень 25(OH)D, что согласуется с общероссийскими данными. Применение колекальциферола в терапевтических дозах продемонстрировало положительную динамику как по клиническим проявлениям, так и по лабораторным показателям. Нативный витамин Д может применяться с едой или натощак, не требует дополнительного содержания в пище жиров для абсорбции. Всем лицам, принимающим витамин Д, рекомендуется адекватное потребление кальция с пищей. При недостаточном потреблении кальция с продуктами питания необходимо применение добавок кальция для обеспечения суточной потребности в этом элементе.

Королева С.В., Королёв П.В.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иваново

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХОДЬБЫ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ (ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ И СООТВЕТСТВИЕ «ВРЕМЕННОМУ СТАНДАРТУ...»)

Значимым и во многом краеугольным моментом при абилитации инвалидов, нуждающихся в протезировании нижних конечностей, является не просто подбор правильного изделия, не только обучение пациента им пользоваться, но и весь комплекс сопровождения, призванного осуществить полную интеграцию в социум. Еще в 2021 г. появился рекомендованный ГОСТ Р 53871-2021 «Методы оценки реабилитационной эффективности протезирования нижних конечностей», утвержденный приказом Росстандарта 27.05.21. Новые вызовы для системы медицинской реабилитации, связанные с проведением СВО, актуализировали дальнейшую разработку алгоритма и методики использования данного ГОСТа: уже 8.10.24 был утвержден «Временный стандарт оказания услуг по протезированию лицам с ампутациями конечностей вследствие боевой травмы» / протокол №9 от 03.09.24 Комиссии по восстановительной медицине НСО Медицинских наук РАН (далее – Стандарт). Согласно «Стандарту» оценку биомеханических показателей ходьбы должны проводить путем регистрации на специальном программно-аппаратном комплексе. Рекомендованный в «Стандарте» комплекс содержит в основе подометрическую дорожку и динамометрическую платформу с гониометрическими датчиками. Все указанное оборудование требует особых условий для монтажа, и достаточно громоздко и маломобильно. В качестве альтернативы можно предложить технологию инерциальных сенсоров (например, аппаратно-программный комплекс «Стэдис-Стэп» ООО «Нейрософт», г.Иваново). Технология мобильна, не требует специального помещения, автоматический протокол содержит 26 стандартных показателей биомеханики ходьбы в виде таблиц и графиков. В соответствии с «Методическими рекомендациями по критериям и методам оценки эффективности достижения реабилитационного потенциала инвалида и подбора характеристик протезных модулей», утвержденными Приказом Минтруда России от 29.06.24. № 375, рекомендуется использование ряда дополнительных методов оценки эффективности протезирования. Но приведенный в «Стандарте» перечень рекомендованных к использованию показателей нуждается в некоторых пояснениях при использовании «Стэдис-Стэп». К основным параметрам относятся время двойного шага, с; длина двойного шага, м; средняя скорость ходьбы, м/с; темп ходьбы, шаг/мин. По значениям основных параметров можно судить о скоростных функциях при ходьбе. Понятие «двойного шага», широко применяемое ранее, в настоящее время в большинстве источников обозначается как «Цикл шага» - т.е. время и длина от удара пяткой до следующего удара этой же пяткой на опору. Темп ходьбы в Протоколе «Стэдис-Стэп» обозначено как «частота шага», более точно характеризующее физическую составляющую. Каждый цикл шага (именно такая формулировка предпочтительна вместо «цикла ходьбы») состоит из двух фаз: опоры и переноса. С точки зрения маркерного «удара пяткой» фаза опоры состоит из двух периодов двойной опоры и одного – одиночной опоры (три интервала при этом - опоры на пятку, опоры на всю стопу и опоры на носок, – составляют фазу одиночной опоры). Такая трактовка более точно отражает логику и биомеханику паттерна ходьбы. Наиболее сложным является параметр «Стандарта» «Сдвиг (интервал t) - время от момента окончания опоры на всю стопу одной ноги до начала опоры другой ноги» - получается, что существует промежуток времени «без опоры» - а это уже прыжок, поскольку при паттерне ходьбы хотя бы 1 конечность должна находиться в контакте с опорой. Нам кажется более логичным принять к анализу вместо понятия «Сдвиг» - «Начало второй двойной опоры», по сути и разделяющее окончание контакта предыдущей стопы / отталкивание носка и удар пяткой последующей конечности. Показатель этот в норме стремится к 50%. Коэффициент ритмичности ходьбы, скорость ходьбы, гониограммы движений в суставах / протезах, база шага / циркумдукция отдельно по каждой ноге, и другие рекомендованные «Стандартом» показатели в полном объеме представлены в автоматическом Протоколе «Стэдис-Стэп» и не нуждаются в дополнительных пояснениях и корректировке.

Косенкова-Дудник Е.А., Карний С.В., Якобчук А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ РИМСКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЫ НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМОВ, РЕПРЕЗЕНТУЮЩИХ КОНЦЕПТ «ЖИЗНЬ»

Понимание смысла жизни изменялось на протяжении тысячелетий. Каждое этническое общество имеет свое видение и толкование того, что такое человеческая жизнь.

Средством вербализации концепта «жизнь» в языковой картине мира римлян выступает существительное *vita*, *ae f* и глагол *vivo*, *ĕre*.

Древние верили, что человеческая жизнь очень коротка, осознавали, что рождение является не только началом новой жизни, но и первым шагом к ее концу: *vita est exspectatio mortis* («жизнь – это ожидание смерти»); *mors sequitur, vita fugit* («жизнь убегает, смерть охотиться за ней»).

Римляне отдавали себе отчет, что жизнь – это постоянная борьба за убеждения и идеалы, место под солнцем: *vivĕre est militāre* («жить – значить бороться»); *vita perpetuum proelium* («жизнь – это вечная битва»).

Жизнь в сознании римлян тесно связана с такими моральными качествами и этически-ми категориями, как честь, достоинство, доблесть: *praestat cum dignitāte cadĕre quam cum ignominia vivĕre* («лучше погибнуть с честью, чем жить в бесчестии»). Залогом счастливой жизни они считали честность: *honesta vita beata est* («честная жизнь – счастливая жизнь»), а в основные юридические обязанности у римлян был положен лозунг: *honeste vivĕre, alterum non laedĕre, suum tribuĕre* («жить честно, не делать зла другим, воздавать каждому свое»). Высоко ценили в античном обществе свободу и утверждали: *vita sine libertāte nihil est* («жизнь без свободы – ничто»).

Смысл земного бытия видели в труде, поскольку жизнь без труда – это бессмысленная трата времени: *magno vita labōre dedit mortalibus* («жизнь ничего не дает смертным без упорного труда»). Отдельные афоризмы представляют мысль о том, что жизнь человека никогда не была безоблачной: *brevis ipsa vita, sed malis fit longior* («жизнь коротка, но в бедах кажется долгой»).

Жизнь в римской лингвокультуре – это театр. Каждый день – новый спектакль, в котором каждый должен сыграть главную роль: *quomodo fabula, sic vita: non quam dice, sed quam bene acta sit refert* («жизнь — как пьеса в театре: важно не то, сколько она длится, а насколько хорошо сыграна»).

Одним из семантических признаков концепта «жизнь» является репутация: *est socia mortis homīni vita ingloria* («бесславная жизнь для человека подобна смерти»). В сознании римлян бытовало мнение, что честный человек имеет хорошую репутацию и не боится сплетен: *cum recte vivis, ne cures verba malōrum* («когда живешь честно, не бойся злых языков»). Анализируемый концепт тесно связан в римской лингвокультуре с концептом наслаждения. Человек, не испытывавший радости жизни, считался обделенным. Уметь наслаждаться прожитой жизнью – значит жить дважды: *hoc est vivĕre bis, vita posse priōre frui*.

Следует обратить внимание и на то, что исследуемый объект имеет связь и сок способом питания, позволившем античному человеку отобрести духовный и физический баланс: *fructus capere cum pane, si vis vivĕre sane* («ешь плоды с хлебом, если хочешь быть здоровым»). Еда должна быть только средством для поддержания жизнедеятельности организма, а не культом: *edimus, ut vivāmus, non vivimus, ut edāmus* («мы едим, чтобы жить, а не живем, чтобы есть»).

Жизнь в сознании римлян – это постоянный труд, наука, образование, борьба, продвижение вперед. Социокультурное и духовное содержание концепта представляют такие семантические сферы, как: жизнь-счастье, жизнь-свобода, жизнь-честь и достоинство, жизнь-репутация, жизнь-надежда.

Косенкова-Дудник Е.А., Якобчук А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБЩЕННАЯ ЛЕКСИКА - НЕДУГ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

«С языком, человеческим словом, с речью безнаказанно шутить нельзя; словесная речь человека – это видимая, осязаемая связь, союзное звено между телом и духом».

Владимир Даль

В современном обществе нецензурная лексика стала своеобразным фоновой музыкой, звучащей в повседневной жизни. Молодежь впитывает этот язык, как губка, не задумываясь о его последствиях. Мат проникает в различные сферы – от общения в школе до социальных медиа, превращая простое выражение мыслей в уязвимое представление о самих себе. В результате молодое поколение теряет богатство языка, обедняя свою речь и упрощая коммуникацию до наборов ругательств.

Эта лексика перестала восприниматься как табу, и даже те, кто раньше осуждал её, заразились этой культурой. Однако на фоне этой «модности» многие не понимают, что такая привычка не только снижает уровень их интеллекта, но и меняет восприятие их личных ценностей. Что же такое нецензурная брань? Это крик души или недостаток словарного запаса? Способ самовыражения или негативное влияние на окружающих. На эти вопросы сложно ответить однозначно.

Доктор биологических наук И.И. Белявский в течение многих лет занимался проблемой взаимосвязи между словом и сознанием человека. С математической точностью он доказал, что не только человек характеризуется определенным спектром энергии, но и каждое его слово несет энергетический заряд. И слово воздействует на гены, либо продлевая молодость и здоровье, либо приближая болезни и раннюю старость, значительно ухудшая общее качество жизни. Таким образом в очередной раз было продемонстрировано, что сквернословие обладает колоссальной разрушительной мощностью.

В ходе нашего исследования мы проанализировали исторические корни табуированной лексики, которая на протяжении веков эволюционировала и обретала различные значения в зависимости от культурного контекста и провели анкетирование среди студентов-первокурсников, чтобы выяснить их отношение к данной проблеме.

Приведём некоторые результаты нашего анкетирования. На вопрос «Применяете ли Вы в своей речи бранные выражения?»: 49% респондентов ответили «да, часто», 40% – «да, иногда», и лишь 10% ответили – «нет». А на вопрос «Стоит ли бороться с употреблением нецензурных слов?»: 32% ответили, что полностью искоренить употребление нецензурной лексики невозможно, 45% считают, что бороться нужно, но не верят, что от её можно стереть наверняка, 23% ответили, что борьба необходима в любом случае. На вопрос «Влияет ли употребление бранных слов на здоровье человека»: «да» – 26%, «нет» – 74%».

По результатам проведенного исследования видно, что отношение к табуированной лексике у опрошенных студентов варьируется. Основные выводы: Использование нецензурной лексики: большинство первокурсников активно используют нецензурную брань в своей речи. Это может свидетельствовать о том, что для них она стала частью обыденного общения. Влияние окружения: некоторые студенты слышат нецензурную лексику в семейном кругу, что, вероятно, формирует у них восприятие её как нормы. Это указывает на влияние семейной среды на языковые привычки. Эмоциональная выраженность: подростки чаще всего прибегают к ненормативной лексике для выражения сильных эмоций – как положительных, так и отрицательных. Это говорит о том, что ругань служит средством эмоциональной разрядки. Социальная идентификация: использование нецензурной лексики также может быть связано с желанием продемонстрировать свою зрелость или «быть как все», что характерно для молодежной субкультуры. Стремление к самовоспитанию: большинство опрошенных верят, что с помощью самовоспитания можно решить проблему чрезмерного использования нецензурной лексики. Это показывает их осознание необходимости изменения языковых привычек.

Костецкая Н.И., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ЭПШТЕЙН-БАРР В ДНР

Актуальность иммунологической диагностики инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), определяется ее широким распространением, активным ростом заболеваемости на протяжении последних десятилетий, пожизненной персистенцией возбудителя в организме хозяина, при которой периоды латентного течения чередуются с обострением инфекционного процесса, дающего большое количество осложнений, формирующих соматическую и онкологическую патологию. Этим обусловлена необходимость поиска эффективных методов диагностики ВЭБ, правильной интерпретации результатов исследований для установления факта инфицирования, определения стадии заболевания, контроля за эффективностью лечения и оценки прогноза заболевания.

В настоящее время в ДНР доступен весь спектр диагностических критериев, касающихся ВЭБ. Это, в первую очередь, серологические исследования маркеров инфекции: определение специфических антител анти-VCA классов IgM и IgG, анти-EA класса IgG, анти-EBNA класса IgG. Комплексный анализ этих показателей позволяет установить стадию процесса и назначить эффективную терапию:

- IgM к VCA (капсидному антигену ВЭБ). Выявляются в крови в первые дни и недели болезни, максимально на 3-4 неделе заболевания. Циркулируют до 3-х месяцев, затем снижаются до неопределенных величин и исчезают. Выявление более 3- месяцев указывает на затяжное течение болезни.

- IgG к VCA. Обнаруживаются в крови спустя 1-2 месяца от начала заболевания, затем постепенно снижаются и сохраняются на пороговом (низком уровне) пожизненно. Повышение их титра характерно для обострения хронического заболевания.

- IgM к EA (раннему антигену ВЭБ). Определяются в крови в первую неделю инфицирования, сохраняются в течение 2-3 месяцев и исчезают. Сохранение в высоких титрах более продолжительное время (более 3-х месяцев) свидетельствует о формировании хронической формы инфекции. Появление их при хроническом процессе является маркером реактивации.

- IgG к EA. Выявляются к 3-4 неделе заболевания, становятся максимальными на 4-6 неделе болезни, исчезают через 3-6 месяцев. Выявление в высоких титрах повторно указывает на активацию хронической инфекции.

- IgG к NA или EBNA (нуклеарному антигену ВЭБ). Являются поздними антителами, поскольку появляются в крови через 1-3 месяца после начала заболевания. Продолжительное время (до 12 месяцев) могут сохраняться в высоких титрах, затем титр снижается и сохраняется на пороговом уровне пожизненно.

- Индекс avidности (ИА) IgG к VCA позволяет разграничить первичную инфекцию от реинфицирования или реактивации и установить примерные сроки перенесенной ЭБВИ. При первичном инфицировании более 80% сывороток являются низкоавидными. Значение ИА в интервале 60-70% - пограничный результат, выявление которого указывает на позднюю первичную, либо раннюю паст инфекцию.

Параллельно с определением серологических маркеров у больных с подозрением на инфекционный мононуклеоз возможно выявление ДНК возбудителя количественным и качественным методом ПЦР в биоматериале. Оценка результатов качественного метода в клинической практике затруднена, так как высокая чувствительность ПЦР не дает возможности отличить здоровое носительство от проявлений инфекции с активной репликацией вируса. Поэтому предпочтительнее проведение количественного определения возбудителя. Кроме того, метод ПЦР эффективен для обнаружения ВЭБ у новорожденных, когда определение серологических маркеров малоэффективно вследствие наличия материнских антител, несформировавшейся иммунной системы ребенка, а так же в сложных и сомнительных случаях диагностики ВЭБ у взрослых.

Костецкая Н.И., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПАПИЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Международное Агентство по исследованию рака признало вирус папилломы человека (ВПЧ) этиологическим агентом широкого спектра онкологических заболеваний, таких как рак шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала, пениса, головы и шеи, а также аногенитальных (венерических) бородавок и рецидивирующего респираторного папилломатоза. В настоящее время рак шейки матки занимает первое место в структуре онкологических заболеваний женских половых органов и четвертое место среди всей онкопатологии у женщин. Наиболее опасными типами ВПЧ считается 16 и 18, относящиеся к высокорисковым. Именно они чаще всего вызывают появление онкологической патологии.

Клиническими протоколами Российской Федерации рекомендован комплекс молекулярно-биологических исследований с целью подтверждения диагноза, идентификации генотипа ВПЧ, определения степени вирусной нагрузки и прогнозирования течения заболевания. Ведущим методом в широком спектре анализов является полимеразная цепная реакция (ПЦР). В рамках проведения диагностики ПЦР на ВПЧ разработаны четыре основных метода тестирования, каждый из которых имеет некоторые особенности проведения и назначается с учетом состояния пациента:

- Качественный способ, который применяется для того, чтобы опровергнуть или подтвердить факт присутствия в организме вируса. Его основным недостатком является невозможность установить тип ВПЧ. Чаще всего качественный метод используется одновременно с другими способами выявления папилломавируса. Результат передается при помощи двух оценок: «не обнаружено» или «обнаружено».

- Генотипирование – метод, который способен определить наличие вируса в организме человека и установить его разновидность, т.е. тип. Этот способ применяется в случаях, когда нужно установить, осталась ли ДНК вируса после проведенного лечения или наблюдается рецидив в результате повторного нового заражения. Если этот тот же самый штамм, от которого лечился пациент, значит, лечение прошло безуспешно. Если же анализ показывает наличие другого вида ВПЧ, можно говорить о повторном заражении.

- Комбинированный метод, который представляет собой узкоспециализированный диагностический способ, основанный на совокупности качественного анализа и определения конкретного типа вируса при помощи генотипирования. Результат, например, может быть представлен 3 ответами: «обнаружен 16 тип», «не обнаружен» и «обнаружен ВПЧ с 16 типом включительно». Данный метод используют при подозрении на наличие таких типов папилломавируса, которые способны вызывать рак шейки матки у женщин.

- Количественный метод ПЦР на ВПЧ высокого онкогенного риска, который позволяет выявить вирус, установить его концентрацию и отследить его репликацию. Этот метод считают наиболее информативным, поскольку он позволяет определить тяжесть патологического процесса, исходя из чего подбирается правильное лечение. Методика основана на определении количества инфицированных вирусом клеток среди исследуемых 100 тысяч. Если их совокупность выше 5000, это говорит о высокой концентрации в организме папилломавируса, что увеличивает вероятность возникновения раковых клеток. Если количество меньше 3000, концентрация считается незначительной.

Несмотря на большую востребованность и высокую информативность данного метода, необходимо знать особенности в интерпретации результатов выполнения ПЦР при тестировании ВПЧ. В частности, есть вероятность получения ложноположительных результатов. Например, такое происходит в случае, когда терапия уже проведена, инфекция устранена, но остатки нуклеиновых кислот вирусов еще остаются в клетках тканей организма. Поэтому повторное исследование необходимо проводить не ранее, чем через 2-3 месяца после лечения.

Костин К.Д., Бугаев К.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Введение. Когнитивные нарушения одни из наиболее частых проявлений постковидного синдрома. Из всех переболевших коронавирусной инфекцией, около 40% страдают нарушениями памяти, концентрации и внимания. По данным мировой литературы 50% из них – это люди трудоспособного возраста. В следствии когнитивных нарушений снижается их работоспособность, что влияет на экономику различных стран всего мира.

Цель исследования. Оценить эффективность транскраниальной нейростимуляции в коррекции когнитивных нарушений у пациентов, перенёсших COVID-19 инфекцию.

Материалы и методы. Исследовано 32 пациента с перенесённой в анамнезе коронавирусной инфекцией, со среднетяжёлым течением, лабораторно подтверждённой (методом полимеразной цепной реакции мазка из носоглотки). Возраст исследуемых варьировался от 18 до 60 лет, все были трудоспособны до заболевания и были трудоустроены. Пациенты находились на амбулаторном лечении у невропатолога по поводу умеренных когнитивных нарушений, объективно подтверждённых по шкалам оценивания когнитивных функций: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и батарея лобной дисфункции (FAB), а также по данным исследования когнитивных вызванных потенциалов.

Результаты исследования. При оценивании когнитивных нарушений у всех испытуемых средний балл составил по шкале MoCA 19 баллов, по шкале FAB 13 баллов. По данным исследования когнитивных вызванных потенциалов у всех пациентов выявлено снижение функций анализа и переработки информации с последующим ответом на поставленную задачу, что является характерным для дисфункции префронтальной коры. До исследования в отношении нарушений нейрокогнитивных функций лечение не проводилось. Все больные случайным образом были разделены на две группы. Обе группы в качестве коррекции нарушений памяти и внимания получали когнитивные тренировки, проводимые совместно с нейропсихологом 3 раза в неделю (в остальные дни пациенты выполняли упражнения самостоятельно 2 раза в день). Совместно с этим все испытуемые получали медикаментозную нейротропную терапию в таблетированной форме: этилметилгидроксипиридина сукцинат – 250 мг в сутки, холина альфосцерат – 800 мг в сутки, экстракт листьев двулопастного гинкго – 240 мг в сутки (разделённых на 2 приёма). В комплексе с вышеперечисленными методами коррекции также применялся метод транскраниальной нейростимуляции. В первой группе проводили транскраниальную стимуляцию постоянным током на область дорсолатеральной префронтальной и орбитофронтальной коры 3 раза в неделю во время когнитивных тренировок. Во второй группе (контроля) проводилась фиктивная нейростимуляция (без воздействия на мозг пациента). Данную терапию в рамках исследования пациенты получали 3 месяца. При оценке когнитивных нарушений по окончании лечения было выявлено улучшение во всех группах. В первой группе наблюдалось более выраженное улучшение, по шкале MoCA на 4 балла, по шкале FAB на 3 балла. В контрольной группе улучшение по шкале MoCA составило 2 балла, по шкале FAB 1 балл. Проведена повторная оценка стойкости улучшения нейрокогнитивных функций через 3 месяца. В первой группе у 70% испытуемых эффект лечения сохранился. Во второй группе лишь 30% отметили сохранение эффекта.

Выводы. Применение транскраниальной нейростимуляции в комплексном лечении нейрокогнитивных нарушений показывает выраженный, стойкий результат. Необходимо включение данного метода в протокол лечения когнитивных нарушений после коронавирусной инфекции.

Костюченко М.С., Черных С.В., Долгошапко О.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИЛЬНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Преэклампсия (ПЭ) – это сложное, полиэтиологическое заболевание, осложняющее беременность, представляющее собой патологический ответ материнских сосудов на плацентацию, что проявляется в виде системного эндотелиоза, ангиоспазма, нарушений в системе гемостаза. Осложнения, возникающие при тяжелой ПЭ, в 10-15% случаев являются причиной материнской смертности, что составляет 70 000 смертей в год во всем мире. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, гипертензивные осложнения беременности занимают четвертое место в списке причин материнской смертности в течение последнего десятилетия. ПЭ влияет не только на течение гестации и исход родов, но, в последующем, и на особенности течения послеродового периода.

Цель. Осветить актуальность проблемы реабилитации родильниц с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы. Анализ литературных данных о последствиях тяжелой преэклампсии.

Результаты. ПЭ значительно влияет не только на течение беременности, но и осложняет послеродовый период, а также приводит в ряде случаев к инвалидизации матери, что снижает качество жизни, ухудшает физическое, психологическое и моральное состояния женщины. Большое количество клинических исследований выявляют высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, инфаркты, инсульты) на протяжении всей последующей жизни женщин, перенесших тяжелую ПЭ. Часто цитируемые результаты метаанализа проспективных и ретроспективных когортных исследований 3 488 160 женщин показали, что относительный риск гипертонии составил 3,70 (95% ДИ 2,70–5,05) после 14,1-летнего взвешенного среднего наблюдения, риски ишемической болезни сердца и инсульта составили 2,16 (95% ДИ 1,86–2,52) через 11,7 года и 1,81 (95% ДИ 1,45–2,27) через 10,4 года соответственно. По результатам ретроспективного эпидемиологического исследования, через 14 лет после родов более, чем у 50 % женщин, перенесших ПЭ, отмечается артериальная гипертензия, риск смерти от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний в 2 раза, а при ПЭ с началом до 34 недель беременности – в 4 раза выше, чем у беременных без осложнений. Относительный риск развития хронической почечной недостаточности составляет 4,7 (95% ДИ 3,6–6,1). Сообщается также о таких неблагоприятных последствиях, как повышенный риск развития заболеваний органов зрения, гиперхолестеринемии, гипотиреоза, нарушения памяти, сахарного диабета и других нарушений обмена веществ с возможным летальным исходом.

Выводы. Важнейшим аспектом управления большинством заболеваний является реабилитация, она дает возможность компенсировать или минимизировать влияние болезни на функции организма, вернуть пациента к максимальному уровню физического, морального и психологического здоровья. Именно поэтому в настоящее время вопросы ранней реабилитации матери в послеродовом периоде являются неотъемлемой частью работы врача акушера-гинеколога. Поскольку направления реабилитации родильниц с тяжелой ПЭ не отражены в действующих клинических рекомендациях, необходима разработка комплекса мероприятий по ранней реабилитации этих женщин, что позволит снизить количество послеродовых осложнений, связанных с показателями психологического, неврологического состояний, системы гемостаза, эндогенной интоксикации, сократительной способности матки и становления лактации, улучшению качества жизни.

Котов В.С., Садеков Д.Р., Щербина Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭКСХАЛЯЦИЯ РАДОНА И БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ДОНБАССЕ

По данным Международной комиссии по радиационной защите (МКРЗ) ООН наибольшая часть дозы облучения (около 80 % от общей), получаемой населением в обычных условиях, связана с природными источниками радиации. Более половины этой дозы обусловлено присутствием газа радона-222 и его дочерних продуктов распада в воздухе помещений. Радон считается второй по значимости (после курения) причиной рака легких.

Экспериментальные и натурные исследования свидетельствуют о взаимосвязи вариаций объемной активности почвенного радона с техногенными и тектоническими сейсмическими событиями: после проведения взрывов на щебеночном карьере Исетского месторождения начинала увеличиваться объемная активность радона в воздухе. Уровень увеличивался примерно на 40%, а затем происходило снижение значений до фонового уровня.

Всплески радона возможны и по иным причинам — например, сезонные, или обусловленные метеорологически. Однако размах таких колебаний относительно невелик, в то время как выбросы радона перед землетрясениями куда заметнее. Мониторинг радона также осуществлялся с целью с целью разработки методики контроля и прогноза горных ударов в шахтах. Изменения в геологической среде, вызванные подземной добычей угля, существенно влияют на плотность потока радона из грунта. Почти две трети исследованные территории Кузбасса по результатам измерений плотности потока радона относят ко 2 и 3 классам радоноопасности.

Исследования эксхалиции радона на основе измерений объемной активности и плотности потока радона с поверхности земли могут быть использованы для прогноза землетрясений.

До начала боевых действий нами было изучено распределение радона-222 в воздухе помещений города Донецка, дана оценка индивидуальных доз облучения населения от природных источников ионизирующего излучения.

Для жителей первых этажей жилых зданий среднее значение эквивалентной равновесной объемной активности радона составило $164,6 \pm 42,5$ Бк·м⁻³, что соответствует индивидуальной годовой дозе облучения $10,4 \pm 2,8$ мЗв/год (максимальная доза – 22,8 мЗв/год). Это превышает рекомендованный МКРЗ для населения референтный уровень годовой дозы от радона 10 мЗв. По нашей оценке вклад радонового облучения в заболеваемость злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов и лёгкого для населения Донецка составил 27%.

В Российской Федерации с 2001 г. ведется работа по сбору информации об уровнях и дозах природного облучения населения, результаты измерений аккумулируются в Федеральном банке данных доз облучения граждан Российской Федерации. В Донецкой Народной Республике такие исследования систематически не проводятся.

Боевые действия, взрывы снарядов, мин, бомб, обстрелы как стратегических объектов Донецкой Народной Республики, так и ее жилых и промышленных районов, вызываемые при этом сейсмические колебания грунта могут способствовать эксхалиции радона и увеличению его концентраций в воздухе помещений.

Увеличение содержания радона в воздухе зданий как следствие боевых действий может привести к росту онкологической заболеваемости населения Донбасса. В этой ситуации необходимо усилить контроль за содержанием радона в воздухе помещений, а при строительстве и эксплуатации зданий следует применять усиленные противорадоновые меры для изоляции жилища от грунта.

Коценко Ю.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА SARS-COV-2

Актуальность. В последнее время, когда эпидемический процесс COVID-19 приобрел форму пандемии, активно изучается поражение нервной системы после внедрения вирусного агента Severe Acute Respiratory Syndrome, Coronavirus-2 (SARS-CoV-2). Вакцинация против вируса SARS-CoV-2 является основным средством борьбы с пандемией COVID-19.

Цель: определить выявленные неврологические побочные эффекты после вакцинации против вируса SARS-COV-2 и оценить их проявления и связь с введенной вакциной.

Материалы и методы. Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы с использованием баз публикаций PubMed, Google Scholar, Scopus, NLM по теме COVID-19 vaccination.

Результаты. Неврологические побочные эффекты после вакцинации от COVID-19 легкие и преходящие: лихорадка/озноб, головная боль, усталость, миалгия и артралгия, или местные эффекты в месте инъекции. Всемирная организация здравоохранения включила синдром Гийена-Барре (СГБ), судороги, анафилаксию, обмороки, энцефалит, тромбоцитопению, васкулит и паралич Белла в список серьезных неврологических нежелательных явлений (Garg R.K., Paliwal V.K., et al, 2022). Дополнительно описываются неврологические осложнения после вакцинации с поражением головного мозга сосудистого (тромбоз церебрального венозного синуса (ТЦВС), ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака, синдром задней обратимой энцефалопатии), метаболического (эпистатус, делирий, преходящая акатизия, злокачественный нейролептический синдром), инфекционного (острый рассеянный энцефаломиелит, острый энцефалит) и функционального проявления. При поражении спинного мозга возможны поствакцинальные осложнения в виде острого поперечного миелита, дебюта рассеянного склероза, синдрома Девика). После вакцинации могут вовлекаться черепные нервы с обонятельной дисфункцией, невритом зрительного нерва, параличом отводящего нерва, тиннитом и кохлеопатией; периферические нервы (синдром Персонез-Тернера, герпетический сипмпатоганглионит Herpes zoster) и мышцы (миозит, рабдомиолиз). Вакцинация может являться распространенным триггером приступов у лиц с синдромом Драве (Hood V., Berg A.T., et al, 2022). По данным (Keh R.Y.S., Scanlon S., 2023) вакцинация против вирусов редко ассоциировалась с СГБ. По результатам популяционного и многоцентрового исследований Национальной службы здравоохранения изучена связь между вакцинацией от COVID-19 и СГБ и выявлены случаи СГБ, временно связанные с вакцинацией в пределах 6-недельного окна риска любой вакцины от COVID-19 [0,618 случаев на 100 000 вакцинаций; 176 ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca), 21 тознамеран (Pfizer) и один мРНК-1273 (Moderna)], 6-недельное превышение СГБ (по сравнению с исходным уровнем случаев СГБ через 6-12 недель после вакцинации) произошло с пиком через 24 дня после вакцинации. Систематический обзор был выполнен в соответствии с заявлением Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) и представлены клинические характеристики 36 пациентов с ТЦВС и вакцин-ассоциированной иммунной тромботической тромбоцитопенией после ChAdOx1 nCoV-19 (Sharifian-Dorche M., Bahmanyar M., 2021). Внутримозговое кровоизлияние и/или субарахноидальное кровоизлияние были зарегистрированы у 49% пациентов. Количество тромбоцитов у пациентов составляло от 5 до 127 Г/л, анализ PF4 IgG и D-димер были положительными у большинства, 39% умерли из-за осложнений. Представлен случай энцефалита после ревакцинации вакциной Moderna COVID-19 (мРНК-1273) у 48-летнего мужчины (Sluys Y., Arnst Y., et al, 2022), где согласно критериям Грауса (подострое начало (прогрессирование менее 3 месяцев) дефицит кратковременной памяти, измененный психический статус, плеоцитоз в ликворе и исключение альтернативных причин) диагноз соответствовал аутоиммунному энцефалиту.

Выводы. Потенциальные риски вакцинации от COVID-19 не перевешивают ее преимущества. Однако сообщения о побочных эффектах повышают осведомленность, что улучшает диагностику и лечение. Ранняя диагностика и быстрое начало лечения могут помочь обеспечить пациентам более благоприятный неврологический исход после проведенной вакцинации против вируса SARS-CoV-2.

Коценко Ю.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОВЛАДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

На сегодняшний день актуальные социально-экономические реалии предполагают активное формирование профессиональных компетенций для трудовой деятельности. В течение последнего десятилетия активно ведутся разработки совершенствования учебной деятельности в медицинских учреждениях (Агранович Н.В. и др., 2015; Barrable, A., Papadatou-Pastou M., Tzotzoli P., 2018; Осадчий О.Е., 2020). Информационно-коммуникационные технологии являются неотъемлемой частью обучения, что приводит к формированию у обучающихся компетентности в осуществлении научного поиска, умении анализировать и структурировать полученную информацию. Наибольшую практическую значимость приобретает создание атмосферы ценности отношений к профессиональным знаниям и умениям, визуализации стимулирующего влияния содержания учебного материала в виде формирования междисциплинарных связей, отображения новизны и углубленное изучение усвоенных знаний (O'Doherty D., 2018).

Цель: изучить мотивационные аспекты при обучении в медицинском ВУЗе, оценить их влияние на освоение дисциплины и овладения профессиональными компетенциями.

Результаты. Одним из приоритетных направлений стимулирования обучающихся и эффективных способов изучения дисциплины при обучении является мотивация (Базалий Р.В., 2020, Кононыхина О.В., 2021). Самообучение – это вид деятельности человека, направленный на самостоятельное познание чего-то нового, а для реализации самообучения необходима собственная (внутренняя) мотивация и умение находить материал, доступный для изучения, при самообучении информация запоминается быстрее и на более длительный срок. Ответы на вопросы и разъяснения замечаний, возникшие во время занятий, обучающийся может получить только на просторах интернета, а их качество и компетентность зачастую подвергаются сомнению, поэтому в качестве помощника (тьютора) выступает преподаватель.

Стартовой позицией последующей плодотворной работы преподавателя и обучаемого является мотивационный компонент учебной деятельности. Преподавателю необходимо уточнить первичные мотивы поступления в ВУЗ, что в последующем может оказать влияние на их профессиональную готовность. Педагогу необходимо уважать личность и применять педагогический такт с формированием ситуации успеха к неуверенным обучающимся, выносить обоснованные требования через конструктивное взаимодействие и минимизацию авторитарного общения. Для формирования мотивации изучения дисциплины возникает целесообразность интерактивного обучения для организации познавательной деятельности и создания комфортных условий для будущего специалиста. Учебная мотивация может замедляться при однотипных методах получения знаний и освоение навыков, поэтому активно внедряется применение деловых игр, профессиональной дискуссии в решении проблемных ситуационных задач. Формирование профессиональных компетенций предполагает определение неврологических синдромов, постановки топического и нозологического диагнозов, дифференцированном подходе диагностики и лечения неврологических больных с применением интерактивных технологий обучения. В образовательном процессе активно внедряются методы организации, контроля за эффективностью учебно-познавательной деятельности и стимулирование, что формирует у будущих специалистов ответственность, обязательства, интерес в овладении знаниями, умениями и навыками в условиях, приближенных к реальным.

Выводы. В педагогике сущность мотивационной составляющей изучения дисциплины зависит от многих факторов. При обучении слушателю необходимо взаимодействовать с преподавателем, который мотивирует, контролирует, направляет и корректирует во время занятий, что в последующем положительно сказывается на уровне знаний, умений и навыков. Применение профессионально-ориентированных интерактивных технологий обучения 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.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ СИНКОПАЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Цель исследования: проанализировать особенности синкопальных состояний у пациентов с автономной невропатией при сахарном диабете 2 (СД2) типа и оценить проявления на фоне перенесенного COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента с СД2, где у 42,2% испытуемых (GrO) диагностирован COVID-19 (Aggarwal Lippi Michael Henry B., 2020) за период за период 2021 – 2023 гг. Группы совместимы по полу и возрасту, длительности СД2 (9-11 лет). Все пациенты принимали инсулин. Неврологический дефицит оценивали по стандартной схеме, изучали вегетативные функции с использованием специализированных тестов (Шелонга, Вальсальвы, 30:15). Изучали гликемический профиль, исключали эндокринные осложнения, гемодинамику с применением УЗДГ с эффектом доплера.

Кардиальная функция оценивалась с помощью ЭКГ, холтеровского мониторирования (ХМС) и эхокардиографии. Для верификации нейровизуализационных изменений применяли МРТ головного мозга в ангиорежиме. При изучении характера синкопальных пароксизмов применяли ЭЭГ. Данные обработаны статистически.

Результаты и обсуждение. В ходе обследования у всех пациентов с СД2 выявлены различные проявления диабетической невропатии. Ведущими проявлениями СД2 была автономная невропатия (ДАН) (Ian Huang, Michael Anthonius Lim, 2020, 2023; Kaze A.D., Yuyun M.F., Fonarow G.C., Echouffo-Tcheugui J.B., 2022) в виде кардиоваскулярного типа (76,5%), респираторная (64,7%), урогенитальная (40,2%), гастроинтестинальная (38,2%), судомоторная (4,9%) и нарушение зрачковых реакция (2,9%).

В неврологическом статусе у пациентов при СД2 с COVID-19 преобладали глазодвигательные нарушения (41,9±7,5%) и вестибулопатия (32,6±7,1%), при этом без COVID-19 – рефлекторная пирамидная недостаточность (49,2±6,5%) и легкий когнитивный дефицит (42,4±6,4%).

По данным ЭКГ и ХМС при СД2 с COVID-19 удлинение интервала R-R на ЭКГ при вегетативных тестах (34,9±7,3%), желудочковые экстрасистолы (41,9±7,5%), без COVID-19 – преобладало наличие мерцательной аритмии (42,3±9,7%) и брадиаритмия (52,5±6,5%) ($p<0,05$).

После выполнения ЭЭГ выявлен преимущественно дезорганизованный тип (30,2±7%) при СД2 и COVID-19 с замедлением основной активности (25,6±6,7%) и нарушением мезодиэнцефального уровня (27,9±6,8%) ($p<0,01$). У пациентов при СД2 без COVID-19 чаще диагностировали десинхронный (28,8±5,9%) и гиперсинхронный тип (37,3±6,3%) типы ЭЭГ на фоне нарушения мезодиэнцефального уровня (25,4±5,7%). Статистически значимых различий гемодинамических и нейровизуализационных изменений не выявлено у пациентов с СД2 при COVID-19 и без него.

Выводы. Установлено, что синкопальные состояния при СД2 с COVID-19 развивались в результате кардиоваскулярной и респираторной ДАН. Наличие COVID-19 изменяло ($p<0,01$) тип ЭЭГ, что влияло на пароксизмальное состояние пациентов.

Коценко Ю.И., Дубина Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛА ТУРЕТТА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Согласно международным данным, за последние 5 лет СЖТ встречался у детей, подростков (0,3-0,9%) и взрослых (0,002-0,08%).

Диагностика СЖТ затруднена из-за вариабельности симптоматики и сочетания с другими неврологическими и психиатрическими расстройствами: синдром дефицита внимания и гиперактивности, обсессивно-компульсивное расстройство и тревожные состояния. В настоящее время СЖТ труднокурабелен ввиду появления побочных эффектов от нейролептиков и других антипсихотических препаратов, включая седативные, экстрапирамидные, когнитивные и метаболические нарушения. Разработка новых фармакологических препаратов, направленных на облегчение симптомов СЖТ, является актуальной задачей современной неврологии.

Цель: изучить клиничко-неврологические особенности СЖТ на фоне новых схем лечения и оценить динамику неврологических и аффективных нарушений у пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы публикации за 2020-2024 гг. отечественных и зарубежных авторов, освещающие современные фармакологические методы лечения СЖТ с применением наукометрических библиотек.

Результаты. Постановка диагноза СЖТ заключается в наличии как минимум двух моторных и одного вокального тика в течении дня, которые сохраняются более одного года и проявляются до 18 лет без приема психоактивных веществ или других заболеваний. Для лечения СЖТ применяют блокаторы дофаминовых рецепторов: галоперидол, пимозид и арипипразол (Aripiprazole). Среди побочных эффектов дополнительно встречаются развитие экстрапирамидных проявлений (дискинезии, амиостатический и акинетико-ригидный синдромы).

При тяжелых формах СЖТ предпочтителен арипипразол при средней длительности лечения $18,4 \pm 26,4$ месяца и развитием ассоциированной поздней дискинезии в 3,4% случаев ($n=236$ пациентов с СЖТ) (Lenka A., Jankovic J., 2024). По данным ряда авторов (He, F., Luo, J. et al., 2024) ав РКИ на 8-й неделе прима арипипразола в основной группе детей и подростков ($n=59$) наблюдалось значимое улучшение, по сравнению с плацебо ($n=53$) ([95% доверительный интервал (ДИ)] -5,5 [95% ДИ - 8,4 до - 2,6]) и составило 86,4% и 65,5%, соответственно (отношение шансов 3,6, $p<0,001$). Все лекарственно-индуцированные побочные эффекты были легкие или средней тяжести: сонливость, вялость, снижение пролактина в крови, гриппоподобное состояние и тремор. Частота нежелательных экстрапирамидных проявлений составила 27,9% и 10,3%, соответственно.

В исследовании (Gilbert, D. L. et al., 2023) продемонстрировано снижение тяжести тиков при СЖТ, улучшение профиля безопасности лечения экопипамом (Ecopipam). При этом на фоне лечения через 12 недель значительно снизилось общее количество тиков по сравнению с исходным ($-3,44$, [95% ДИ от $-6,09$ до $-0,79$], $P=0,01$), в т.ч. по шкале клинической оценки тяжести СЖТ ($P=0,03$). Поскольку экопипам воздействует исключительно на рецепторы D1, а не на D2-рецепторы, что снижает вероятность экстрапирамидных побочных эффектов.

По данным исследования (Moretti A., 2020) у 14 пациентов (в возрасте 15-55 лет) с легкими двигательными нарушениями при СЖТ выполнена однократная инъекция ботулотоксина со снижением выраженности двигательных тиков (на 37%) и предвестников (на 94%) в ближайшее время, хотя в основной группе имели место 32 побочных явления и 5 в группе плацебо.

Выводы. Современное фармакологическое лечение СЖТ заключается в сочетании эффективного подавления тиков и минимизацию побочных эффектов. Возникает необходимость в тщательном подборе специфического лечения и разработке новых схем, нацеленных на улучшения качества жизни пациента.

Коценко Ю.И., Ярошенко Ю.Э.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКИХ АТАК

Актуальность. Тревожные расстройства – одна из самых распространенных (301 млн чел. ВОЗ, 2019) категорий психических заболеваний во всем мире. Паническая атака (ПА) связана с высокой степенью нарушения функционирования, коморбидностью с другими психическими расстройствами и заболеваниями, наличием суицидальных мыслей, поведения и завершённым суицидом. В последние годы наблюдается рост (на 26%, ВОЗ, 2020) числа людей, страдающих ПА из-за увеличения стресса и тревожности в социальной среде. В связи с этим, своевременное вмешательство может уменьшить или предотвратить нарушения, связанные с развитием или обострением уже имеющегося психического расстройства.

Цель: изучить и проанализировать современные методы лечения панических атак, акцентируя внимание на нейропсихологических и нейрофизиологических механизмах, стоящих за развитием тревожных расстройств, и выявить эффективные стратегии вмешательства с учетом этих факторов.

Материалы и методы. Проанализированы публикации в наукометрических базах за 2019-2024 гг. зарубежных и отечественных авторов, освещающие современное лечение ПА.

Результаты. Изучив клинические рекомендации и результаты современных исследований, можно отметить, что высокую эффективность в лечении ПА демонстрирует сочетание фармакотерапии и психотерапии. Согласно рекомендациям, выбор стратегии лечения зависит от множества факторов, включая проявления клинической симптоматики, стадию заболевания, особенности личности пациента, его установки и ожидания, а также доступные ресурсы и организационные возможности медицинского учреждения.

Одним из наиболее эффективных методов психотерапевтического вмешательства является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Согласно исследованию Hofmann et al. (2019), проведение 10-15 сеансов КПТ способствует изменению активности префронтальной коры, которая ответственна за планирование, принятие решений и контроль над эмоциями. Это помогает пациентам снизить интенсивность симптомов ПА и уровень тревожности, улучшая общую психологическую устойчивость.

Важную роль в лечении ПА играет фармакотерапия. Доказана эффективность СИОЗС - блокируют обратный захват серотонина в синапсах, что увеличивает его концентрацию в мозге и способствует стабилизации настроения, снижению тревожности и уменьшению частоты панических атак; бензодиазепиновых анксиолитиков - воздействуют на ГАМК, усиливая тормозное действие ГАМК-рецепторов, что способствует снижению активности НС, расслаблению и снижению тревожности; нейрелептиков, атипичных антипсихотиков в сочетании с антидепрессантами - воздействуют на допаминовые и серотониновые рецепторы, что помогает регулировать эмоциональное состояние и уменьшать симптомы тревоги и панических атак (Meyer, Katzman et al., 2023). Ответом на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на $\geq 50\%$, достижением ремиссии балл ≤ 7 (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).

В связи с тем, что панические атаки часто сопровождаются вегетативными дисфункциями, которые усиливают ощущение страха и беспокойства, лечение должно включать не только психотерапевтические и фармакологические методы, но и дополнительные подходы. Среди них особенно выделяются методы релаксации и управления стрессом. Например, дыхательные техники и практики йоги оказывают значительное влияние на ВНС. Практики глубокого дыхания активируют ПНС, снижая уровень кортизола и нормализуют сердечный ритм и артериальное давление, что в свою очередь снижает интенсивность симптомов ПА и улучшает эмоциональное состояние. Эти методы способствуют восстановлению нейрофизиологического баланса в организме, что делает их важным дополнением к основной терапии (Friedman et al., 2022).

Выводы. Современные подходы к лечению панических атак требуют комплексного понимания нейropsychологических и нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе этого расстройства. Недавние исследования показывают, что дисбаланс нейротрансмиттеров, таких как серотонин, дофамин и ГАМК, играет ключевую роль в развитии панических атак. Понимание этих процессов позволяет более точно выбирать терапевтические стратегии и адаптировать их к индивидуальным потребностям пациентов. Фармакотерапия, когнитивно-поведенческая терапия и методы релаксации представляют собой эффективные методы лечения, воздействующие на различные аспекты нейробиологии панических атак.

Кошкин А.Б., Паршиков М.В., Говоров М.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Хирургическое лечение переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости требует высокой квалификации хирурга и сопровождается сложностями, как на этапе предоперационного планирования (выборе хирургического доступа, импланта, последовательность маневров репозиции), так и во время самой операции. Для получения хороших результатов операции на каждом из этапов лечения: предоперационном, интраоперационном и послеоперационным крайне важна детальная визуализация перелома.

На предоперационном этапе при планировании остеосинтеза важным этапом является тщательная оценка морфологии перелома, которую можно провести при помощи самых современных методов диагностики (компьютерная томография), картирования линий перелома, 3D-визуализации, аддитивных технологий (3D печать). Перевод КТ-изображения в STL-формат с последующей печатью полноразмерного 3D-прототипа перелома открывает широкие возможности визуализации перелома, особенно суставной поверхности, позволяет осуществлять подбор и премоделирование импланта, определять доступ к перелому.

Во время операции, чаще всего, для оценки перелома и качества репозиции, хирургу доступны лишь визуализация зоны перелома через хирургический доступ (как правило, весьма ограниченная), и интраоперационные рентгенограммы при помощи электронно-оптического преобразователя (ЭОП), либо мобильного рентген-аппарата. Двухмерное рентгеновское изображение часто не отображает всего объема изменений в структуре дистального метаэпифиза большеберцовой кости, поэтому интраоперационно требуется экспертный анализ внутрисуставных взаимоотношений для оценки репозиции перелома, положения фиксаторов.

С целью максимально полного интраоперационного контроля репозиции перелома пилон предлагается оценивать комплекс рентгенологических параметров, позволяющих оценить степень восстановления нормальных взаимоотношений в голеностопном суставе. В этот комплекс входят 13 параметров: латеральный дистальный угол большеберцовой кости (ЛДУ), передний дистальный угол большеберцовой кости (ПДУ), медиальное/латеральное смещение таранной кости (МЛСТ) и переднее/заднее смещение таранной кости (ПЗСТ), наклон таранной кости, ширина мортис-пространства, латеральное межберцовое свободное пространство, медиальное тибитаранное свободное пространство, большеберцово-таранный угол, длина латеральной лодыжки, длина медиальной лодыжки, ширина внутрисуставной щели и высота внутрисуставной ступеньки. При учете этих параметров также очень важно ориентироваться на их значение на здоровой ноге и лишь при отсутствии возможности сделать это (переломы и их последствия на контрлатеральной конечности или ее отсутствие), рекомендовано ориентироваться на средние значения.

Для послеоперационного контроля также используется компьютерная томография, данные которой при желании также можно конвертировать в 3D-модель и напечатать ее на 3D-принтере. Визуализация репонированного перелома и импланта позволяет оценить качество репозиции, разработать программу реабилитации. Также трехмерная визуализация послеоперационной компьютерной томографии является ценным дидактическим материалом, позволяющим повысить квалификацию хирурга.

Таким образом, пред-, интра- и послеоперационная визуализация является одним из ключевых компонентов успешного лечения переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости.

Кравченко А.И., Кирьякулова Т.Г., Кошкин А.В., Мазниоглов А.В., Тисленко А.Д.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЛИПОАСПИРАТА У ПАЦИЕНТКИ С ГОНАРТРОЗОМ

Актуальность. Остеоартроз - хроническое и прогрессирующее заболевание суставов, при котором нарушается метаболизм и структура суставного хряща, что приводит к его дистрофии и деструкции. На более поздних стадиях заболевания разрушаются суставные поверхности, появляются остеофиты, определяются нарушения в организации субхондральной костной ткани. Низкая способность суставного хряща к самовосстановлению существенно ограничивает возможности лечения пациентов с остеоартрозом. Традиционно используемые нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды подавляют воспаление и достаточно эффективны в купировании болевого синдрома, однако не способны стимулировать регенеративные процессы в поврежденном хряще. В последние десятилетия тканевая инженерия и клеточная терапия занимают все более прочные позиции в клинической медицине. Применение биотехнологий для ускорения процессов регенерации при повреждении кости и мягких тканей стало одним из современных направлений в реконструктивно-восстановительной хирургии. В этой связи в настоящее время большой интерес у исследователей вызывает возможность использования клеток стромально-васкулярной фракции при лечении больных с деформирующим остеоартрозом.

Цель исследования. Клиническая апробация аутологичных клеток стромально-васкулярной фракции у пациентки с длительно текущим гонартрозом 2 степени по Kellgren–Lawrence.

Материалы и методы. Пациентка Д., 57 лет, поступила 20.04.2021 г. с диагнозом: левосторонний гонартроз 2 ст. с болевым синдромом с поражением медиального отдела. Со слов пациентки, 3 года назад впервые почувствовала ноющие боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при нагрузке, травмы колена отрицала. 25.04.2021 г. был произведен забор жировой ткани объемом 30 мл из передней стенки живота путем липосакции под местной анестезией. Механическим путем, при помощи двойного центрифугирования выделена стромально-васкулярная фракция, введена в полость коленного сустава. Послеоперационный период протекал без особенностей, в раннем периоде пациентка передвигалась при помощи костылей с дозированной нагрузкой на левую нижнюю конечность. Клиническая оценка результатов проводилась по шкале WOMAC и альгофункциональному индексу Лекена. Выраженность боли в суставе оценивалась самим пациентом с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. Первая оценка результатов проводилась до проведения терапии, вторая через 1 неделю после внутрисуставного введения стромально-васкулярной фракции и третья через 2 месяца. При ответе на вопросы касательно болевой симптоматики и выраженности ригидности суставов по шкале WOMAC пациентка отмечала вариант №3 «сильная активность» или «крайне сильная». После проведенной терапии болевой симптоматики снизилась до «слабой» и «средней» и снижалась тенденция к суммарному индексу WOMAC. Анализ динамики боли по ВАШ выявил статистически значимое снижение уровня боли к концу лечения по сравнению с исходным уровнем ($65,3 \pm 7,4$ мм исходно против $45,4 \pm 8,3$ мм). На сроке 2 месяца после проведенной терапии больная отмечала возникновение болевого синдрома при значительной нагрузке и носило временный характер.

Заключение. Полученные данные при лечении аутологичными клетками стромально-васкулярной фракции у пациентки с гонартрозом 2 степени свидетельствуют о существенной положительной динамике, выражающейся в уменьшении болевого синдрома (ВАШ, WOMAC), увеличении мобильности пациентки и функциональных возможностей сустава. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о безопасности и хорошей переносимости внутрисуставного введения аутологичных клеток стромально-васкулярной фракции у пациентов с деформирующим остеоартрозом коленных суставов. Данный подход можно рассматривать как один из методов, предупреждающих дальнейшую прогрессию заболевания, подобная терапия может помочь уменьшить боль и другие проявления артрита.

Крайнова И.Ю., Шестопалова Е.Л.

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

ПРОФЕССИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ

Косметологические методы лечения и манипуляции на рынке приобретают все большую востребованность на рынке медицинских услуг. В Волгоградской области работают более четырехсот врачей-косметологов. Более 30 косметологических клиник и кабинетов осуществляют процедуры с использованием аппаратных методов лечения (дарсонвализация, лечение широкополосным импульсным светом, лазерное воздействие на покровные ткани, магнитотерапия, микротоковая терапия, радиочастотное воздействие, фонофорез, электромиостимуляция, электрофорез, ультрафиолетовое облучение тканей), что регламентируется Приказом №381 от 18 апреля 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология» и профстандартом «Врач-косметолог». В последние годы особо популярны среди населения инъекционные процедуры, фотоомоложение и другие. Вместе с тем, в гигиенической литературе отсутствуют научные публикации, посвященные гигиене труда врачей этой специальности. Отдельные работы содержат информацию о юридических аспекта деятельности данных специалистов.

Актуальным представляется изучение и оценка тяжести и напряженности труда врачей-косметологов.

Осуществлен хронометраж рабочего дня косметолога в течение трех человеко-смен, что позволило оценить тяжесть и напряженность трудового процесс в соответствии с требованиями руководства Р 2.2.2006-05.

Тяжесть труда врачей-косметологов обусловлена наличием статической нагрузки при выполнении работы одной рукой при отпуске аппаратных процедур (фотоомоложения, ультразвуковой пилинг и др.), значительным количеством мелких (локальных) стереотипных рабочих движений с участием мышц кистей и пальцев рук, периодическим нахождением в неудобной рабочей позе (неудобное размещение конечностей, наклоны корпуса до 30°, частота наклонов корпуса за смену составляет 105-125 раз). При этом необходимо отметить, что длительное нахождение в позе «сидя», сочетающееся с наклонами корпуса может привести к формированию застойных явлений в органах брюшной полости, таза

Напряжённость труда связана с нагрузкой на сенсорные системы (работа с оптическими приборами (лупой) и эмоциональными нагрузками - степенью ответственности за безопасность других лиц. Дополнительным критерием напряженности труда врачей-косметологов, особенно в частных косметологических клиниках и центрах эстетической медицины, может быть фактическая продолжительность рабочего дня, которая зачастую достигает 12 часов.

Особо необходимо отметить значимость критерия «Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки». В последние годы увеличилось количество судебных исков, связанных с качеством работы косметологов (о возмещении как материального, так и морального вреда). Данный факт обусловлен тем, что при проведении профессиональных манипуляций и процедур, выполнение которых является желанием клиента, а не собственно наличием заболевания, имеет место риск межличностных конфликтов. Медик при этом несет ответственность за функциональное качество основной работы. В течение рабочего дня он не имеет регламентированных перерывов, а фактическая продолжительность рабочего дня зависит от числа клиентов, записавшихся на процедуры, и может превышать 9 часов. .

Выполненное исследование позволило квалифицировать труд врача-косметолога по тяжести и напряженности как труд как 3.2. (третий класс второй степени).

Красножен С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальной стратегией современного здравоохранения является реабилитация как комплекс мероприятий, направленных на помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности для достижения и поддержания оптимального функционирования во взаимодействии с окружающей их средой. Физическая и реабилитационная медицина (ФРМ), представляя собой усовершенствованную систему медицинской реабилитации, обосновывает применение методов современной классической медицины в сочетании с традиционными медицинскими системами и методиками интегративной медицины и детерминируется целостным подходом. В связи со сложившейся в регионе военно-политической ситуацией разработаны схемы применения традиционных методов лечения, включенные в индивидуальные реабилитационные программы пострадавших с последствиями боевых ранений в условиях реабилитационного центра.

Пациент, 26-ти лет, участник СВО. Диагноз: МВТ от 30.01.2023 г. во время боевых действий. Слепое осколочное ранение левой теменной области, открытая проникающая ЧМТ, ушиб головного мозга с наличием эпидуральной гематомы левой гемисферы. Пневмоцефалия. Многооскольчатый вдавленный перелом теменной кости слева со смещением костных отломков экстра- и интракраниально. Состояние после операции от 30.01.2023 – иссечение поврежденных костей черепа, удаление эпидуральной гематомы, состояние после операции от 27.04.2023- пластика дефекта черепа титановым имплантом с формированием посттравматической энцефалопатии в виде афазии (моторной дизартрии), правосторонним спастическим гемипарезом по глубокого в кисти, с цефалгией, вестибулатактическим, выраженным церебрастеническим синдромами, двухсторонним тиннитусом, астено-невротический синдром, с нарушением функции опоры, статики и ходьбы, выраженным нарушением функции мелкой моторики правой кисти. С 02.04.2024 по 24.04.2024 и с 21.10.2024 по 07.11.2024 проходил курс лечения в условиях отделения медицинской реабилитации взрослых ГБУЗ ДНР «ЦКБП». За время нахождения в стационаре получал инфузионную терапию, рефлексотерапию, дополненную фармакопунктурой с применением антигомотоксических препаратов, физиотерапевтическое лечение, проводились индивидуальные занятия лечебной физкультурой, регулярные тренинги с логопедом, кинезотейпирование. На фоне проводимой комплексной терапии, состояние больного постепенно улучшалось: стал самостоятельно передвигаться, самостоятельно себя обслуживать, расширение двигательного режима перенес удовлетворительно, появилась односложная речь. Однако, несмотря на весь проводимый комплекс мероприятий, у больного сохраняется стойкий неврологический дефицит в виде ограничения активных и пассивных движений в правом лучезапястном суставе, межфаланговых суставах, скованность в пальцах правой кисти, нарушены функции опоры, статики и ходьбы, отмечает повышенную утомляемость, периодически раздражительность. Выписывается из отделения в относительно удовлетворительном состоянии.

Конечной целью любых лечебных мероприятий является восстановление соматического и социального статуса бойца. Использование методов физической и реабилитационной медицины в сочетании с комплексом стандартных лечебных процедур позволило ускорить восстановление нарушенных функций, оптимизировать работу всех функциональных систем организма, сформировать четкую тенденцию к восстановлению психического и физического здоровья человека, воздействуя не на устранение причин, вызывающих конкретную патологию, а на мобилизацию защитных адаптационных сил организма.

Кривенко С.Н., Попов С.В., Медведев Д.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

Тяжелая открытая травма конечностей в условиях боевого конфликта вызывается мощными поражающими факторами. Возникающие при этом множественные повреждения, характеризуются массивной травмой мягких тканей, сосудисто-нервных пучков, многооскольчатостью переломов. В подавляющем большинстве случаев имеется дефект костной и мягких тканей, разможнение конечности на большом протяжении. Частота тяжелых открытых травм конечностей в условиях боевого конфликта составляет от 50,8% до 92,5% всех травм. Высокоэнергетический механизм повреждений в 96,7% случаев приводит к развитию у пострадавших травматического шока. При этом травматический шок III-IV степени тяжести диагностируется в подавляющем большинстве случаев – 92,8%. Столь значительный процент шокогенности травм явились причиной летальных исходов в 48,4% случаев. Подавляющее число пострадавших (81,4%) погибает на догоспитальном этапе. Тяжелая открытая травма конечностей в условиях боевого конфликта, изучена нами у 155 пострадавших, находившихся в клиниках Республиканского Травматологического Центра г. Донецка за период ведения специальной военной операции. Мужчин было 108 – 69,7%, женщин - 47 – 30,3%. Боевые травмы составили 74,8% - 116, бытовые 25,2% - 39. Сегменты нижних конечностей поразились в 90,9% (141) случаев, верхние конечности - в 9,1% (14) случаев. Открытые травмы конечностей в 26,5% (41) случаев были многооскольчатые, в 63,2% (98) диагностированы первичные отрывы и разможнение на протяжении конечностей, а в 10,3% (16) отмечен дефект костной и мягких тканей сегментов нижних или верхних конечностей. Оказание помощи пострадавшим осуществлялось сотрудниками специализированных бригад медицинской помощи в 98,1% (152) случаев. 54,8% (85) пострадавших были доставлены в первые 1-2 часа от момента получения травмы. При оказании помощи пострадавшим с открытыми травмами 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. Темп введения жидкостей контролировали измерением ЦВД. О состоянии микроциркуляции судили по разности гематокритных показателей венозной и капиллярной крови, кожно-ректальному темпе-ратурному 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. Объем интенсивной терапии определяли, суммируя количество замещающих, базисных и корригирующих растворов. После устранения угрожающих жизни состояний решались вопросы следующего уровня. Проводилась оценка состояния пораженной конечности и решался вопрос между проведением ампутации или со-хранной тактикой лечения. При этом учитывался размер мягкотканой раны, характер повреждения мягких тканей в зоне перелома, степень нарушения кровообращения и иннервации конечности, степень загрязнения открытого повреждения. Показаниями к проведению ампутации конечностей являлась необратимая ишемия тканей, разможнение конечности более чем на 1/3 по продолжению или разможнение ее дистальной части. Расширением показаний к проведению первичных ампутаций при тяжелых открытых повреждениях следует считать высокий современный уровень протезирования.

Применение индивидуальной тактики лечения тяжелых повреждений (первичная реконструкция, двухэтапный остеосинтез и ампутации по показаниям) после повреждений конечностей при боевой травме, является, на наш взгляд, наиболее предпочтительной для достижения удовлетворительных результатов лечения.

Кривенко С.Н., Попов С.В., Шпаченко Н.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Лечение пациентов с политравмой является актуальной проблемой, так как данный вид травм является одной из наиболее частых причин, приводящих к инвалидизации. Этот вид повреждений сопровождается глубокими нарушениями системы гомеостаза, тяжесть которых превышает адаптационные возможности человеческого организма. С целью исследования аспектов патогенеза травматической болезни пострадавших с политравмой в условиях Республиканского травматологического центра г. Донецка за период 2019-2023 гг. нами было проведено комплексное клинично-лабораторное обследование 140 пациентов с политравмой. Состояние обменных процессов в организме пострадавших изучали на 1, 7, 14, 21 сутки после травмы. В первые сутки после получения травмы количество лейкоцитов у пострадавших составила $7,94 \pm 0,5$ г/л, а абсолютное количество лимфоцитов – 1780 ± 26 кл/мкл. Показатель лейко-Т-индекса, отражающий степень иммунодефицита, равен 7,35, при норме 4-6. Иммунорегуляторный индекс повышен до 4,3 при норме 2,0. Установлена также сопряженность Т-лейкоцитов с Т-хелперами ($r=0,85$) и количеством Т-лимфоцитов ($r=0,75$). Следовательно, активность Т-системы иммунитета в остром периоде после травмы была направлена на обеспечение хелперно-индуктивной функции, что можно оценить, как защитную реакцию системы, направленную на предотвращение инфекционных осложнений. Результаты изучения показателей белкового обмена в первые сутки после травмы показали, что в острый и ранний сроки течения травматической болезни количество общих белков снижалось до $60,24 \pm 1,48$ г/л ($P < 0,05$) по сравнению с нормой ($75,46 \pm 4,72$ г/л). На 7-е сутки после травмы, по сравнению с первыми днями, наблюдалось снижение активности трансаминовых и лизосомальных ферментов и повышение активности амилаз и щелочной фосфатазы. Следует отметить, что, несмотря на снижение активности АСТ, АЛТ, РНК-элементов, ДНК-элементов и катепсина D, их количество превышало пределы нормы. Возросшие показатели циркулирующих иммунных комплексов $91,22 \pm 9,51$ ед. E и иммунорегуляторного индекса указывали на прогрессирование процессов аутосенсбилизации. Анализ корреляционных взаимосвязей показателей иммунной системы на 7-е сутки после травмы показал, что количество лейкоцитов напрямую коррелировалась с числом В-лимфоцитов ($r=0,76$), Т-лимфоцитов ($r=0,68$), Т-хелперов ($r=0,62$) и фагоцитарной активностью ($r=0,66$). Итак, лейкоцитарная реакция организма на данном этапе была обусловлена, как гуморальными, так и клеточными факторами. На 14-е сутки после травмы, по сравнению с первыми днями, наблюдалось повышение концентрации общего белка, белковых веществ и снижение содержания альфа -1 и альфа -2-глобулинов, мочевины, мочевой кислоты и креатинина. Показатели циркулирующих иммунных комплексов в 2,1 раза превышали пределы нормальных величин, составляя $115,3 \pm 16,8$ ед. E. Активность системы фагоцитоза существенно не изменялась в сравнении с ранним периодом травматической болезни. На 21-е сутки после травмы, по сравнению с первыми сутками, отмечалось последующее повышение концентрации общего белка на фоне снижения содержания альфа-1, альфа-2-глобулина, мочевины и креатинина, что в целом свидетельствовало о нормализации белкового обмена у пациентов. В этот период обследования у пострадавших были зарегистрированы нормальные показатели АСТ и АЛТ, кислых фосфатов, креатинкиназы и ЛДГ, а также лизосомальных ферментов. Состояние иммунной системы на 21-е сутки после травмы характеризовалось более низкими, по сравнению с острым периодом, показателями лейкоцитов ($P < 0,05$) и более высокими значениями эозинофилов ($P > 0,05$). При нормальном количестве Т-лимфоцитов наблюдалось увеличение числа В-лимфоцитов, что оценивалось нами, как повышение компенсаторных возможностей системы в ответ на высокие антигенные нагрузки, наличие которых подтверждали высокие показатели циркулирующих иммунных комплексов.

Кривобок А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ УРОЛОГИИ В СООТВЕТСТВИИ С РОССИЙСКИМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ СТАНДАРТАМИ

Имплементация ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава РФ в российское образовательное пространство потребовала внесение изменений в основные и дополнительные профессиональные программы подготовки кадров высшей квалификации работников системы здравоохранения. Особое внимание в процессе такой имплементации на кафедре урологии было уделено формированию системы подготовки квалифицированных врачей-урологов в ординатуре. Для разработки актуальной Программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология необходимо было учесть требования ряда нормативных актов, регламентирующих обязанности врача-уролога и перечень необходимых знаний, умений и навыков, позволяющий оказывать высококачественную медицинскую помощь населению по профилю «Урология». На основании Федерального образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.68 Урология были сформированы универсальные и профессиональные компетенции, которые легли в основу системы подготовки квалифицированных врачей-урологов в ординатуре. Положения, изложенные в Квалификационных требованиях к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» и Профессиональном стандарте «Врач-уролог» позволили сформировать индикаторы компетенций и определить перечень и структуру дисциплин для обязательного изучения, элективных дисциплин и программы практики для ординаторов.

В результате проведенной работы в базовую дисциплину Б1.Б5 «Урология» были включены два новых модуля: «Андрология» и «Нейроурология», а в содержание остальных были внесены изменения. Это позволило обеспечить получение необходимых знаний и умений для осуществления трудовых функций врача-уролога, утвержденных профессиональным стандартом в рамках обязательной части ординатуры по специальности 31.08.68 Урология. Также был разработан ряд новых дисциплин, которые ранее не входили в программу подготовки врачей-урологов:

1. Б1.В.ОД1. «Эндоурология», позволяющая овладеть необходимыми современными диагностическими и лечебными методиками.

2. Б1.В.ОД2. «Клиническая фармакология в урологии», которая реализуется на кафедре фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В. Комиссарова

3. Б1.В.ДВ2. «Лучевая диагностика урологических заболеваний»

4. В.Ф2. «Биопсия и иммуногистохимия в диагностике опухолей мочеполовой системы»

5. Б2.ПВ1. «Научно-исследовательская работа» (программа практики)

Такое изменение программы позволяет сформировать у ординаторов в процессе обучения все требуемые компетенции для осуществления профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности, обеспечить системный подход к подготовке врача-уролога к практической деятельности. Учебно-методическое обеспечение образовательной деятельности при подготовке ординатора (тестовые задания, ситуационные задачи, тематические лекции, методические указания для самостоятельной работы ординаторов и др.) разработаны на основании имеющихся клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи населению, Порядка оказания диспансерной помощи взрослому населению и других документов, позволяющих изучать и использовать последние достижения клинической медицины для оказания качественной помощи пациентам с заболеваниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

Кривобок А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ УРОЛОГИИ

Непрерывное медицинское образование (НМО) как система постоянного повышения квалификации врачей-специалистов действует в Российской Федерации с 2011 г., когда был изменен подход к государственному регулированию осуществления медицинской и фармацевтической деятельности. Необходимость таких изменений была обусловлена стремительным развитием мировой фармацевтической отрасли (разработка и выпуск новых лекарственных средств), появлением новых высокотехнологических методов, которые могут использоваться при диагностике и лечении различных заболеваний. Поэтому для оказания качественной медицинской помощи населению врачу необходимо постоянно совершенствовать свои профессиональные знания и умения. Система НМО предполагает освоение программ повышения квалификации, сертифицированных для определенной специальности, в течение пяти лет. Такой подход к образовательному процессу врача-специалиста обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных навыков и/или расширение квалификации.

В процессе формирования комплекса программ дополнительного профессионального образования на кафедре урологии для врачей-урологов были разработаны программы повышения квалификации, совершенствующие основные профессиональные знания и умения, утвержденные в Профессиональном стандарте «Врач-уролог». Кроме этого, были предусмотрены программы дополнительного профессионального образования, предусматривающие расширение квалификации: «Эндоурология», «Клиническая андрология», «Актуальные вопросы урогинекологии» и др. Для врачей других специальностей (акушеров-гинекологов, хирургов, онкологов) разработана программа профессиональной переподготовки, освоение которой позволяет им работать врачами-урологами после прохождения первичной аккредитации. Программы повышения квалификации «Неотложные состояния в урологии», «Актуальные вопросы урогинекологии» предусмотрены для освоения не только врачами-урологами, но врачами смежных специальностей, поскольку в них освещаются актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний, с которыми сталкиваются многие специалисты.

Оценка качества медицинской помощи в Российской Федерации проводится на основании утвержденных национальных стандартов: клинических протоколов и стандартов оказания медицинской помощи. Они разрабатываются специализированными медицинскими ассоциациями на основании имеющихся международных рекомендаций и подлежат пересмотру каждые три года. Это позволяет своевременно включить в национальные стандарты оказания медицинской помощи современные и наиболее эффективные методы диагностики и лечения различных заболеваний. Поэтому тематическое наполнение практических и семинарских занятий программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки на кафедре урологии, в первую очередь, основывается на изучении актуальных методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, прописанных в клинических рекомендациях и стандартах оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, на кафедре урологии создана система программ дополнительного последипломного образования, позволяющая врачу-урологу, а также врачам других специальностей повышать и расширять свою квалификацию, а также своевременно овладевать современными знаниями и умениями, позволяющими оказывать качественную медицинскую помощь при заболеваниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов.

Кривобок А.А., Колганов А.И., Мурадов Т.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ИМУННЫХ КЛЕТОК В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ

Введение. Результаты многочисленных клинических исследований, посвященных изучению роли различных популяций иммунных клеток в системе противоопухолевого иммунитета, показывают высокую гетерогенность клеточного состава микроокружения опухоли при опухоли паренхимы почки (ОПП). Мировые исследования патогенеза развития онкологических заболеваний в целом свидетельствуют о приоритетном значении определения качественного и количественного состава иммунокомпетентных клеток. Поэтому изучение иммунного статуса пациента с ОПП позволит выявить дополнительные критерии ранней диагностики, прогнозирования течения ОПП и контроля эффективности противоопухолевой терапии.

Цель работы. Изучить влияние иммунных клеток на развитие и прогрессирование опухолей паренхимы почки.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные иммунологическим изменениям при различных стадиях опухолей паренхимы почки.

Результаты и обсуждение. В настоящее время уделяется огромное внимание изучению прогностической значимости лимфоцитов, инфильтрирующих опухоль. В исследовании L. Senovilla et al. (2012 г.) оценивалось прогностическое и предиктивное значение субпопуляций Т-лимфоцитов, инфильтрирующих опухолевую ткань органов. Авторы установили, что выраженная опухолевая инфильтрация Т-цитотоксическими (CD8+) лимфоцитами, NK-клетками (естественными киллерами), M1-макрофагами и дендритными клеткам в некоторых вариантах злокачественных новообразований являлась независимым благоприятным прогностическим фактором. Вместе с тем, высокое содержание цитотоксических Т-лимфоцитов (фенотип CD4+, CD25+, транскрипционного фактора FOXP3), CD4+ Т-лимфоцитов, альтернативно активированных противовоспалительных макрофагов (M2Mф) указывало на неблагоприятный прогноз заболевания. Рядом исследователей установлена детерминация регуляторными Т-лимфоцитами (РТЛ) развития иммунологической толерантности. В исследованиях российских ученых было установлено, что при ОПП наблюдается увеличение количественного уровня РТЛ с фенотипом CD3+CD4+CD25^{high}CD127^{low}, в то время как количество Т-регуляторов остается неизменным по сравнению с контрольными показателями. Также установлено, что РТЛ и Т-эффекторы действуют согласованно в процессе опухолевого роста, о чем свидетельствует положительная взаимосвязь с NK-клетками, проявляющаяся через экспрессию CD28 и CD57. Отрицательные взаимосвязи были установлены с зрелыми и регуляторными популяциями NK-клеток. Авторы пришли к выводу, что взаимодействие РТЛ, ТЦЛ и NK-клеток, которое играет ведущую роль в иммунных и патогенетических механизмах злокачественных новообразований почки, может быть использовано в иммунотерапии, направленной на активацию противоопухолевого иммунного ответа.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают важность более детального исследования как качественных, так и количественных изменений в иммунной системе пациентов с ОПП, связанных с динамикой заболевания, клиническим и биохимическим ответом на лечение. Это позволит разработать индивидуализированные подходы к лечению ОПП и создать новые, более эффективные методы противоопухолевой терапии.

Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Беседин И.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК

Актуализация проблемы. Злокачественные новообразования различной этиологии являются одной из ведущих причин мировой смертности. Их доля составляет около 16% общей смертности населения. В свою очередь доля непосредственно почечноклеточного рака (ПКР) составляет 3% от всех злокачественных новообразований. В нормальных условиях иммунная система организма обладает рядом противоопухолевых механизмов, которые контролируют появление мутантных клеток. ПКР является достаточно гетерогенным и обладает сложным и относительно уникальным микроокружением, которое обеспечивает механизм иммунного уклонения (ИУ). ИУ включает в себя изменение аутоантигенности опухоли и создание иммуносупрессивной среды. Знания о механизме ИУ имеют важное значение для определения и реализации эффективных методов лечения ПКР.

Цель работы. Оценка влияния иммунологических нарушений на процесс роста, развития и пролиферации ПКР.

Материалы и методы. В работе были использованы данные зарубежных исследований механизма ИУ влияющего на процесс роста, развития и пролиферации ПКР.

Результаты и обсуждение. По данным ряда исследований цитокины, непосредственно образуемые опухолевыми клетками или иммунным микроокружением опухоли (МО), играют ключевую роль в росте, пролиферации и инвазии рака. К иммуносупрессивным цитокинам относятся интерлейкин-10 (IL-10), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), простагландин E2 (PGE2) и трансформирующий фактор роста- β (TGF- β). IL-10 - цитокин, ингибирующий пролиферацию Т-клеток и цитокиновый ответ, который играет важную роль в регуляции воспаления и в управлении адаптивными иммунными реакциями. Клетки ПКР побуждают моноциты вырабатывать IL-10 и контролировать экспрессию молекул на поверхности клеток, представляющих антиген. VEGF - представляет собой белок, продуцируемый опухолевыми клетками который стимулирует пролиферацию эндотелиальных клеток и ангиогенез. Он является основным ингибирующим цитокином в МО. Исследования показали, что VEGF играет важную роль в дифференцировке дендритных клеток и ингибирует созревание незрелых дендритных клеток. Незрелые или не полностью зрелые дендритные клетки могут опосредовать иммунную толерантность опухоли и вызывать анергию Т-клеток или пролиферацию регуляторных Т-клеток. Следовательно экспрессия VEGF может связана с прогрессированием опухоли и плохим прогнозом поскольку он вызывает ангиогенез опухоли, и защищает опухолевые клетки от атак иммунной системы. PGE2 - является биологически липидом с доказанными иммуносупрессивными свойствами. Было показано, что фибробласты и некоторые иммунные клетки в МО экспрессируют высокие уровни PGE2. Существует определенная корреляция между экспрессией PGE2 и прогрессированием опухоли. Экспрессия PGE2 в почечноклеточной карциноме была выше, чем в нормальной почечной ткани. PGE2 при раке почек может трансформировать CD4+FOXP3-Т-клетки в CD4+CD25+FOXP3+ регуляторные Т-клетки, чтобы избежать иммунного надзора. TGF- β способствует развитию опухоли, метастазированию и ингибирует противоопухолевый иммунитет хозяина на поздних стадиях, способствуя трансформации эпителиальных клеток в стромальные клетки и способствуя фенотипированию иммунных клеток для поддержки опухоли.

Вывод. В последние годы были изучены иммуносупрессивные клетки и их секретируемые цитокины. Однако МО до сих пор остается сложным и динамически развивающимся. Выявление механизмов ИУ при ПКР заложило прочную основу для определения подходящих молекулярных мишеней, поэтому дальнейшие исследования в этом направлении будут актуальными и перспективными.

Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Давлеев Д.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Актуализация проблемы. Острые и хронические формы пиелонефрита являются самыми распространёнными инфекционными заболеваниями мочевой системы у взрослых и детей. Ежегодно во всем мире регистрируется прирост новых случаев заболевания. При этом растет и частота осложнений, инвалидизации и смертности. На современном этапе увеличивающаяся доля малосимптомных и атипичных случаев пиелонефрита создает трудности для раннего распознавания и своевременного лечения гнойно-деструктивных форм заболевания. Тактика ведения больных острым пиелонефритом определяется патогенезом и особенностями клинического течения заболевания и она имеет различия в зависимости от формы пиелонефрита. В связи с особенностями лечения пациентов важное значение приобретает их дифференцировка на группы с острой необструктивной серозной и гнойной формами болезни.

Цель работы. Разработка метода прогнозирования острого серозного и гнойного пиелонефрита по данным биохимических показателей крови у пациентов.

Материалы и методы. Работа выполнена на клинической базе кафедры урологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава РФ. Проведен ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение с диагнозом острый необструктивный серозный и острый необструктивный гнойный пиелонефрит.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного анализа установлено, что при остром серозном и гнойном пиелонефрите имеет место выраженная эндогенная интоксикация. Интоксикационный синдром при остром пиелонефрите связан с увеличением продукции молекул средней массы (МСМ), свободных радикалов, накоплением веществ незавершенного метаболизма, перекисного окисления липидов и конечных продуктов обмена. Он также поддерживается угнетением альбуминсинтезирующей функции печени и снижением антиоксидантного потенциала организма. При гнойном пиелонефрите биохимические показатели, отражающие синдром эндогенной интоксикации имеют относительно контроля более выраженный характер изменений. У пациентов с серозным и гнойным пиелонефритом были выделены двенадцать биохимических показателей сыворотки крови, на основании которых возможна дифференцировка формы острого пиелонефрита. Такими показателями являются: концентрация общего билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, эффективной концентрации альбумина, С-реактивного белка (СРБ), гаптоглобина, МСМ 254, диеновых конъюгатов (ДК) ималонового диальдегида (МДА), а также величина индекса токсичности и активности супероксиддисмутазы (СОД). Оценка значимости этих критериев осуществлялась по методу Вальда и формуле Байеса и заключалась в вычислении баллов диагностических показателей (ДП) в логарифмической шкале информативности признаков. ДП вычисляли по формулам: $+ДП = 10\log(P_1/P_2)$ и $-ДП = 10\log(P_3/P_4)$. Если сумма баллов всех ДП_і будет ≥ 20 , то у тестируемого пациента с вероятностью 95% следует ожидать наличие гнойного пиелонефрита, если ≤ -20 , то - серозного.

Выводы. Из полученных данных и их сравнения прогнозируемых и реальных следует, что показатели концентрации общего билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, эффективной концентрации альбумина, СРБ, гаптоглобина, МСМ 254, ДК, МДА, а также величины индекса токсичности и активности СОД могут являться дополненными критериями диагностики той или иной формы пиелонефрита. Разработанная методика прогнозирования формы пиелонефрита имеет 95%-ю точность и ее целесообразно использовать в клинической практике для обоснования способа лечения пациентов.

Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Ярков В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ПРОЦЕСС ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуализация проблемы. Рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место по смертности от рака у мужчин. Одним из ключевых процессов, играющих роль в опухолевой прогрессии РПЖ и резистентности к противоопухолевой терапии, является эпителиально-мезенхимальный переход. Процесс ЭМП зависит от различных факторов и включает в себя множество механизмов, которые, в конечном итоге, приводят к возникновению мезенхимального фенотипа. Одним из таких факторов является влияние микроокружения опухоли (МО) на процесс эпителиально-мезенхимального перехода, что приводит к формированию резистентной к иммунному ответу и стандартной терапии линии опухолевых клеток, распространению опухолевых клеток по всему организму.

Цель работы. Оценка влияния микроокружения опухоли на процесс эпителиально-мезенхимального перехода при РПЖ.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные изучению влияния МО на процесс эпителиально-мезенхимального перехода при РПЖ.

Результаты и обсуждение. По данным ряда исследований, РПЖ тесно взаимодействует с МО и элементами стромы, прилегающими к опухолевым клеткам, что создает иммуносупрессивное МО. Ключевыми стромальными компонентами в данном случае являются сосудистые и нейронные сети, фибробласты (особенно раково-ассоциированные фибробласты, CAFs), ассоциированные с опухолью эндотелиальные клетки (ТЕС), иммунные клетки и измененный внеклеточный матрикс. В процессе развития эпителиально-мезенхимального перехода клетки МО взаимодействуют с поляризованными макрофагами М2, стимулируют CAFs к взаимодействию с клетками с характеристиками стволовости, что увеличивает подвижность опухолевых клеток РПЖ и их метастатическое распространение. Опосредованное снижение раково-ассоциированными фибробластами регуляции MIR-1247 способствует активации и прогрессии эпителиально-мезенхимального перехода, повышает клеточную инвазию и обеспечивает появление признаков стволовости в клетках РПЖ. Стромальные клетки индуцируют эпителиально-мезенхимальный переход в клетках РПЖ, обеспечивая связь между переходом и прогрессией опухолевого процесса. Другим путем эпителиально-мезенхимального перехода, опосредованным МО, является путь Akt/mTOR. Хотя точная роль mTOR-пути при РПЖ остается неясной, некоторые авторы подчеркивали роль mTOR как фактора, влияющего на процесс ангиогенеза и метастазирования в лимфатическую систему у пациентов с РПЖ.

Выводы. В ходе проведенного анализа установлено, что влияние МО на процесс эпителиально-мезенхимального перехода при РПЖ реализуется несколькими путями: с помощью раково-ассоциированных фибробластов и макрофагов М2 за счет снижения регулирующего влияния MIR-1247; посредством фактора транскрипции AP1 по пути Akt/mTOR. В целом, определение возможностей фармакологического влияния на ремоделирование МО может являться перспективным направлением в лечении РПЖ, особенно устойчивого к стандартной терапии. Поэтому дальнейшее изучение влияния МО как на РПЖ в целом, так и на процесс эпителиально-мезенхимального перехода требует проведения более глубоких исследований.

Криволап Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В современной клинической практике базовым принципом полноценного восстановления и сохранения высокого уровня здоровья пациентов различного профиля является принцип персонализации в здоровьесбережении и здоровьевосстановлении.

Забота о сохранении, и, в особенности, повышении уровня здоровья пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) требует создания, мобилизации и применения единой системы реабилитации, включающей медицинские, психологические, социально-экономические, педагогические, профессиональные и др. мероприятия. Взаимосвязь прогностического, лечебного и реабилитационного процесса и является основой физической и реабилитационной медицины (ФРМ), направленной на восстановление физической активности, функциональных возможностей, профессиональной пригодности, качества жизни пациентов с различной патологией.

Нездоровый образ жизни, генетическая детерминированность наиболее распространенных ХНИЗ, имеющаяся сопутствующая патология рассматриваются как основные факторы, нарушающие соматическую и психологическую безопасность жизнедеятельности человека и препятствующие социальной и профессиональной реализации его, как личности. Поэтому рациональное применение восстановительных технологий в реабилитации, позволяющее повысить уровень здоровья во всех возрастных группах (молодежи, в особенности) формирует социальную и экономическую безопасность государства и нации.

Кроме того, с целью формирования инновационных персонализированных программ, а также повышения эффективности восстановительных мероприятий крайне необходима интеграция и систематизация различных немедикаментозных средств и методов реабилитации. Поэтому современный взгляд на полноценную, эффективную реабилитацию предполагает мультидисциплинарное воздействие.

Именно мультидисциплинарность реабилитационного воздействия с участием специалистов медицинского и немедицинского профилей позволяет пациентам различных возрастных групп (и, в особенности, молодого, трудоспособного возраста) полноценно восстановиться после острых событий при распространенных ХНИЗ, а также полностью реализоваться в профессиональной и социальной сферах.

Мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК) на всех этапах реабилитации обеспечивает принятие сбалансированных решений и сопровождение больного на многофакторной основе, разрабатывает персональную программу профильной реабилитации, осуществляет текущее медицинское наблюдение и проведение комплекса реабилитационных мероприятий, определяет необходимость, продолжительность, последовательность и эффективность участия каждого специалиста в каждый конкретный момент времени реабилитационного процесса.

С целью компенсации патологических изменений при ХНИЗ нарушений и мотивации к реализации жизненных установок пациентов также применяют психодиагностические, психокоррекционные и психотерапевтические методики. Для повышения эффективности психовосстанавливающих воздействий необходимо проведение потенцирующей психотерапии с участием всех специалистов МДРК, для этого организывают обучение в виде тренингов, семинаров по тематике потенцирующей психотерапии.

Таким образом, цель всего процесса реабилитации в клинике внутренних болезней – сохранение достигнутых в процессе восстановления результатов, долгосрочное поддержание сформированных позитивных изменений в образе жизни, модификация факторов риска и вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний.

Криулина К.С., Петривная О.В.

ФГБОУ ВО «Азовский государственный педагогический университет», Бердянск

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАЦИИ ИСТОРИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ В СИСТЕМУ ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В современном обществе наблюдается всё более острое разделение людей на различные социальные группы и слои. В этой связи сформировалась категория граждан, которых принято называть лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ).

Инклюзия в сфере образования представляет собой процесс обучения и воспитания, при котором все дети, независимо от их физических, интеллектуальных, психических или иных особенностей, интегрируются в единую систему образования. Внедрение инклюзии является позитивным шагом как для детей с ОВЗ, так и для их сверстников без отклонений в развитии. Однако, эффективность инклюзивного подхода напрямую зависит от грамотной организации образовательного процесса с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка. Для этого необходимы высококвалифицированные специалисты: психологи, логопеды, дефектологи. В настоящее время, к сожалению, не все образовательные учреждения располагают достаточным количеством таких кадров.

Современная система образования в Российской Федерации стремится к созданию равноправных условий для всех детей, включая тех, у кого имеются нарушения развития.

Современная система образования ставит перед специалистами новые вызовы, связанные с необходимостью работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности (ОВЗ). Будущий специалист должен обладать не только общими педагогическими и психологическими знаниями, но и уметь применять их в контексте коррекционной работы.

Подготовка специалистов по работе с детьми с ОВЗ ведется в высших и средних учебных заведениях. Однако, этот процесс требует времени. В то же время, инклюзия уже внедрена, и школы, детские сады вынуждены искать альтернативные решения, заменяя недостающих специалистов учителями-предметниками и воспитателями.

В частности, специалисту дошкольного образования необходимо:

- Уверенно ориентироваться в специфике нарушений развития у детей с ОВЗ, понимать влияние этих нарушений на организацию режима дня и педагогического взаимодействия;
- Организовывать различные формы совместной и непосредственной образовательной деятельности с детьми, а также сотрудничать с родителями, которые часто нуждаются в поддержке;
- Понимать специфику построения коррекционно-образовательного маршрута для каждой категории детей с ОВЗ, дифференцировать содержание и формы реализации адаптированных образовательных программ в различных институциональных условиях;
- Владеть методиками развития социально-коммуникативных навыков и оптимизации поведения дошкольников, технологиями формирования доброжелательного социально-психологического климата в группе и коррекции детско-родительских отношений.

Однако современная система подготовки кадров не всегда достаточно полно отвечает этим требованиям.

Необходимо расширить спектр профессиональных умений будущих специалистов, чтобы они могли:

- Работать с индивидуальными проблемами каждого ребенка с особыми образовательными потребностями;
- Формировать адаптивную образовательную и социальную среду;
- Обладать гибкостью мышления и профессиональной интуицией для своевременной профилактики социальных трудностей у детей, испытывающих трудности в освоении основной образовательной программы.

Также важно сохранить баланс между дифференциацией и интеграцией детей с нормальным и нарушенным развитием, что требует от специалиста способности работать как с детьми с ОВЗ, так и с нормально развивающимися детьми.

Отсутствие достаточной компетентности у педагогов в вопросах обучения и воспитания детей с ОВЗ является одной из ключевых проблем современной системы образования. Преподаватели общеобразовательных школ часто не обладают необходимым опытом работы с детьми с ОВЗ и недостаточно осведомлены о особенностях их развития, обучения и воспитания.

Инновационность программ подготовки не должна сводиться к разработке отдельных специализаций, касающихся особенностей образовательной и коррекционно-развивающей деятельности с детьми, имеющими различные нарушения (слуха, зрения, психического развития, интеллекта, эмоционально-волевой сферы и речи, опорно-двигательного аппарата), а также условий их инклюзии в общество нормотипично развивающихся сверстников. Это диктует необходимость разработки программ двухпрофильной подготовки, взаимообогащения специальностей и выделения новых интегративных компетенций, делающих выпускников вуза универсальными специалистами.

Идея индивидуализации подготовки педагогов к работе с детьми с ОВЗ в условиях инклюзивного образования нашла свое воплощение в модели персонифицированного и непрерывного процесса развития профессиональной компетенции педагогов, направленного на гуманистические цели и ценности.

Программы повышения квалификации позволяют не только повысить теоретическую и методическую грамотность педагогических работников с учетом их индивидуальных образовательных потребностей, но и создать условия для принятия педагогом идеи индивидуальных целей, задач и путей получения образования обучающимися.

Таким образом, исходя из всего выше сказанного о недостаточности вузовской подготовки к работе с детьми с ОВЗ и трудностях работы педагогов, которые прошли повышение квалификации для работы с детьми с ОВЗ была сформирована цель данного исследования.

Круподер А.С., Киёк О.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В настоящее время много внимания уделяется вопросам формирования здорового образа жизни среди молодежи, одним из важных составляющих которого является здоровое питание. Организму студенческой молодежи свойственны некоторые особенности, обусловленные возрастом, влиянием условий обучения и быта. Усвоение учебного материала, занятия, сдача зачетов и экзаменов требуют значительного психоэмоционального напряжения. Одним из факторов поддержания высокого уровня умственной и физической работоспособности студентов является рациональное питание. Кроме того, следует отметить, что питание, состав его нутриентов способствуют регуляции иммунитета на клеточном, тканевом, органном, системном уровнях и организма в целом. В ряде исследований доказано иммуномодулирующее и иммунопротекторное действие различных пищевых компонентов, способствующих укреплению и повышению иммунитета, в том числе и в период сезонной заболеваемости ОРВИ.

Целью исследования стала оценка пищевого поведения студентов медицинского вуза.

Для достижения цели исследования нами было проведено анонимное анкетирование 200 студентов медицинского вуза в возрасте от 18 до 22 лет. Результаты обработаны статистически.

Анализ данных, полученных в ходе анкетирования показал, что 95% респондентов знают принципы рационального питания и лишь 57% их соблюдают. На вопрос какие обстоятельства могли бы вас побудить питаться правильно преобладают такие ответы, как проблемы со здоровьем (59%), лишний вес (49%), пропаганда здорового питания (18%). Три процента анкетировавшихся ответили, что их рациональное питание является частью соблюдения ими здорового образа жизни. При оценке распределения пищевого рациона в течение дня установлено, что лишь у 27% анкетировавшихся ежедневно присутствуют завтрак, обед и ужин. Перекус между приемами пищи имеют 90% опрошенных обучающихся. В большинстве случаев в качестве перекуса студенты предпочитают фрукты (56%), хлебобулочные изделия (55%), йогурт (49%), а также сладости (35%) и сухофрукты (30%). Чипсами перекусывают 11% респондентов. Анализ индивидуального ассортимента продуктов, составляющих пищевой рацион студентов, показал, что фрукты и овощи присутствуют ежедневно у 50% и 69% обучающихся соответственно. Среди белков животного происхождения преобладает мясо (71%), рыбу употребляют только 7% опрошенных. Ежедневно молоко и кисломолочные продукты употребляют 66% студентов. Частота потребления колбасных изделий, копченых и маринованных продуктов, фаст фуда соответственно следующая: ежедневно - 27%, 9% и 10%, 2-3 раза в неделю - 27%, 22% и 17%, 1 раз в неделю - 27%, 36% и 48%, совсем не употребляют - 15%, 31% и 27%. На вопрос соблюдаете ли вы какую-либо диету: большинство (74%) ответили, что не соблюдают, 13% - придерживаются диеты с целью сброса веса, 7% - в качестве диеты применяют голодание и 5% - вынуждены придерживаться определенного питания в связи с заболеванием.

Результаты проведенных исследований показали, что несмотря на высокий уровень знаний о принципах рационального питания, пищевое поведение студентов имеет ряд недостатков. Основные проблемы в пищевом поведении студентов: несбалансированное питание и несоблюдение его режима, что чаще всего связано с плотным учебным графиком и нехваткой времени. Таким образом, необходимо не только активное проведение информационной работы среди студенческой молодежи приверженности к рациональному питанию, но и создание условий, способствующих соблюдению режима дня.

Крутых Е.Б., Рыбников В.Н.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ (ЦОЗСИР) НА БАЗЕ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» Г. КУРСКА ЗА 2018 – 2022 ГГ.

Проблема бесплодия в современном мире с каждым годом становится актуальнее, т.к. возрастает процент обращений пациентов с различными патологиями репродуктивной системы, гормональными нарушениями, генетическими факторами, определяющими ту или иную форму диагноза «бесплодие». По данным ВОЗ на 2020 год проблема бесплодия касалась от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире, и с каждым годом это число растет. В России показатель бесплодия составляет около 15%, что в целом примерно повторяет общемировую статистику. Вследствие повышения заболеваемости возрастает интерес к этиологии, патогенезу, вариациям клинических признаков, диагностике и, в особенности, к лечению нарушений репродуктивных функций, где важная роль отводится методам ВРТ. Вспомогательные репродуктивные технологии – это современная область медицины, представляющая собой комплекс лечебных и диагностических мероприятий, позволяющих реализовать детородную функцию при обнаружении ранее неизлечимых форм бесплодия.

Цель работы: сделать статистические заключения о частоте встречаемости того или иного вида бесплодия в разных возрастных группах, составляющих диагноза, применяемых методах ВРТ, частоту применения их на практике и их результатах, сделать вывод об эффективности работы центра.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска. Были проанализированы 900 медицинских карт пациенток центра охраны семьи и репродукции (ЦОЗСиР).

Результаты. Анализ полученных данных показал: наблюдение, лечение пациенток с бесплодием без использования ВРТ – 60,5 %; с использованием методов ВРТ – 39,5 %,

Из них: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – 58,3 %; инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ) – 2,4 %; искусственная маточная инсеминация спермой мужа/донора (ИОСМ/ИОСД) – 8 %; криоконсервация половых клеток, эмбрионов, их перенос – 26,6 %; использование донорских ооцитов – 3 %; использование донорской спермы – 0,6 %; использование донорских эмбрионов – 0 %; суррогатное материнство – 0 %; преимплантационная генетическая диагностика – 1,1 %.

Исходы ВРТ: неудачные попытки (беременность не наступила с первого раза) – 37,5 %; удачная беременность с помощью ВРТ (с первой попытки) – 21,1 %; анэмбриония – 0,8 %; биохимическая беременность – 12,6 %; выкидыш/аборт – 4,5 %; замерзшая беременность – 2,8 %.

Выводы. Таким образом, показатель эффективности лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий в Перинатальном центре г. Курска довольно высок. Процесс врачебной помощи парам, имеющим в анамнезе бесплодие, с успешным оплодотворением индивидуален и очень сложен, лишь каждой пятой женщине удастся забеременеть с первой попытки с ВРТ. После 35 лет способность к зачатию постепенно снижается, что также влияет на количество попыток. Наиболее часто применяемым методом ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Часть пациенток достигают желаемого результата без помощи вспомогательных репродуктивных технологий на фоне адекватной терапии и хирургической коррекции.

Крюков И.А., Волошин В.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МНОГОМЕРНЫЙ ДИСПЕРСИОННЫЙ АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОРОНОК МОЛЯРОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЮНОШЕЙ

Актуальность. Исследования, направленные на изучение размеров зубов, зубных дуг, челюстей и зубочелюстных сегментов в прикладном и клиническом значении, являются актуальной задачей морфологии и стоматологии. Нарушение соответствия размеров зубных дуг челюстей является одной из причин нарушения окклюзионных взаимоотношений, а несоответствие размеров зубов параметрам зубных дуг нередко требует экстракционных методов лечения, в ходе которых достигается оптимальная функциональная окклюзия. В свою очередь, окклюзионные нарушения отражаются на функциональных показателях челюстно-лицевой области. По данным ранее проведенных работ представляют также интерес исследования, направленные на определение размеров коронок зубов для выбора прописи брекетов и размеров металлических дуг при ортодонтическом лечении. Несмотря на важность вышеописанных положений, в отечественной литературе представлено незначительное количество морфологических работ, посвященных изучению одонтометрических показателей коронок зубов в целом и больших коренных зубов – в частности. Кроме того, в морфологических работах не часто находит свое применение метод многомерного дисперсионного анализа, позволяющий оценить влияние того или иного фактора (в данном случае – типа зубных дуг) одновременно на несколько параметров одонтометрии.

Цель. Провести многомерный дисперсионный анализ параметров одонтометрии первого и второго больших коренных зубов верхнего зубного ряда юношей, проживающих в Луганской Народной Республике.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 78 юношей с полным комплектом постоянных зубов, физиологической окклюзией и разными типами зубных дуг. Объем выборки проведен с учетом рекомендаций Кригер Е.А. После изготовления гипсовых моделей зубных рядов с помощью штангенциркуля с цифровой индикацией проводили измерения мезиодистального (md), вестибулолингвального (vl) размеров и высоты (h) коронок первого и второго моляров верхнего зубного ряда с точностью до 0,01 мм. Проводили типирование участников исследования по индексу верхней зубной дуги. Первый тип представлен юношами с мезогнатической, второй – брахиогнатической, третий – долихогнатической формами верхней зубной дуги. Оценку различий между группами юношей с разными типами зубных дуг осуществляли с помощью однофакторного дисперсионного анализа. Критический уровень значимости всех рассчитанных в работе статистических критериев определен на уровне 0,05.

Результаты. В качестве многомерной зависимой переменной, на которую было изучено влияние типа верхней зубной дуги, была изучена переменная, состоящая из параметров md, vl и h. Установлено, что переменные в указанном наборе довольно коррелированы. Это подтверждается результатами проведения теста Бартлетта ($\chi^2 = 153,29$; $p=0,001$). Проверка многомерной нормальности распределения данных свидетельствует в пользу применяемого метода (статистика теста Шапиро = 0,949; $p=0,302$). Установлено, что М-тест Бокса не достигает уровня статистической значимости. При этом результаты проведения теста Пилля свидетельствуют в пользу статистически значимого влияния типа верхней зубной дуги юношей на рассматриваемую зависимую переменную ($F=0,327$; $p<0,001$).

Вывод. Тип верхней зубной дуги юношей оказывает статистически значимое влияние на многомерную переменную, представленную такими одонтометрическими параметрами, как мезиодистальный, вестибулолингвальный размеры и высота коронок моляров верхнего зубного ряда.

*Кубаренко В.В., Яворская Е.Д., Карпекина Е.И., Исмаева А.И.,
Клёмин В.А., Сажина О.С., Ушич О.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОСНИМКА В СТОМАТОЛОГИИ

В настоящее время фотодокумент имеет широкое применение: стоматологический портфолио - облегчает взаимоотношения между врачами и зуботехнической лабораторией, для разъяснения пациенту конкретного метода оказания стоматологической помощи, часть документации в судебных делах; инструмент маркетинга; рекламный аспект; для контакта со страховыми компаниями; научно-исследовательской работы; фиксация необычных (эксклюзивных клинических) случаев или особенностей оказания медицинской помощи; для оформления отчетной документации; диагностический фотоснимок.

Фиксацию обследования пациента проводится с помощью фотоаппарата или интраоральной камеры.

Выбор типа фотоаппарата остается дискуссионным аспектом данной проблемы, особенно в правовом вопросе.

Для стоматологических целей к цифровым фотоаппаратам предъявляется ряд требований по разрешающей способности и диапазонам цвета. Однако такую фотографию легко можно ретушировать, а современное программное обеспечение позволяет это проводить беспрепятственно.

Традиционные фотографии, особенно негатив или слайд, имеют не модифицированное автотипное изображение.

По этой причине цифровая технология фотосъемки является большей проблемой в правовом и научном аспекте.

Концепция внутриротовых камер используются для: информирования, подготовки документации, улучшения осмотра в сложных случаях лечения, обеспечить видимость в случае, когда невозможно непосредственно осмотреть рабочее поле.

Умелое использование стоматологической видеокамеры открывает широчайшие возможности для диагностики и лечения.

Выводы

У врача же появляются следующие дополнительные возможности:

получить информацию для оценки стоматологического статуса; увидеть небольшие кариозные полости; обнаружить устья корневых каналов; документировать результаты до и после лечения; визуализировать ошибки в лечении зубов на всех этапах; заметить корень зуба на фоне костной ткани при удалении зубов; показать пациенту эстетические результаты восстановления зуба; вносить фотографию пациента в электронную карту;

регистрировать изменения прикуса при протезировании и ортодонтическом лечении; выявить минимальные (в начале) воспалительные изменения десневого края при пародонтите и гингивите; выявить невидимые глазом сколы эмали зубов, пломбирочного материала, керамической массы коронок.

Кувенева М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА

Введение. Алиментарное ожирение, являющееся результатом избыточного потребления калорий и недостаточной физической активности, стало одной из наиболее значительных проблем общественного здоровья в современном мире. Оно не только влияет на физическое состояние человека, но и оказывает серьезное воздействие на его иммунную систему. Исследования показывают, что ожирение может привести к нарушениям в функционировании иммунных клеток, что в свою очередь повышает риск инфекционных заболеваний, аутоиммунных расстройств и других патологий.

Цель. Изучить экспериментально влияние алиментарного ожирения на иммунную систему белых лабораторных крыс-самцов, 60-дневным питанием гранулированного корма с добавлением фруктозы и животного жира, а также влияние корректоров.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 600 самцах белых лабораторных крыс. На момент начала проведения эксперимента средняя масса животных составляла 221-250 г. В 1-ой группе находились контрольные крысы, которые получали обычный рацион питания и воду. Во 2-ой группе находились крысы, которые питались кормом с добавками жира и фруктозы. В 3-ей группе находились крысы, которым давалась вода с высоким коэффициентом жёсткости. В 4-ой группе находились крысы, которым наносился дефект на бугристости большеберцовой кости. В 5-ой группе находились крысы, которым давалась вода с высоким коэффициентом жёсткости, а также корм с добавками жира и фруктозы. В 6-ой группе находились крысы, которым давалась вода с высоким коэффициентом жёсткости и наносился дефект на большеберцовой кости. В 7-ой группе находились крысы, которые питались кормом с добавками жира и фруктозы, а также наносился дефект большеберцовой кости. В 8-ой группе находились крысы, которые сочетали корм с добавками жира и фруктозы, воду с высоким коэффициентом жёсткости, а также дефект большеберцовой кости.

Через 7, 15, 30 и 60 суток, после начала проведения эксперимента животных выводили из него путем декапитации под эфирным наркозом в соответствии с «Международными рекомендациями по поводу медико-биологических исследований с использованием лабораторных животных». Массу животных измеряли при помощи лабораторных весов. Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Результаты. Алиментарное ожирение приводит к увеличению массы и размеров органов иммунной системы у лабораторных крыс, что негативно сказывается на их функциональных возможностях. Введение корректоров питания способствует снижению как массы, так и размеров этих органов, что может улучшить иммунный ответ.

Выводы. Подводя итоги проведённого исследования и проанализированной литературы, можно сделать вывод, что алиментарное ожирение влияет на массу и размер органов иммунной системы, что пагубно влияет на иммунную систему.

Кувенева М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛОЩАДИ ГЕТЕРОХРОМАТИНА И ЭУХРОМАТИНА ЯДЕР МУКОЦИТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ФУНДАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭКСТРАКТА ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ

Особенной группой препаратов, доступных для использования, являются антиоксиданты, в том числе природного происхождения.

Пищеварительная система человека очень чувствительна к действию различных факторов, контактирующих с организмом. Морфофункциональные изменения в желудке часто появляются вследствие влияния химических и физических факторов на организм. Патологические процессы, манифест которых связан с повреждением мембран, характерны и для структур слизистой оболочки желудка. Хорошо изученной причиной повреждения мембран является процесс перекисного окисления липидов. Вместе с тем, интенсивность перекисного окисления липидов в значительной мере определяется состоянием антиоксидантной защитной системы организма и его обеспечением антиоксидантами.

Таким образом, изучение воздействия на желудок препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами, является актуальным. Известно, что препараты эхинацеи пурпурной являются антиоксидантами, угнетающими интенсивность процессов свободнорадикального окисления липидов, что с успехом применяется в различных отраслях медицины. Но влияние экстракта эхинацеи пурпурной (ЭЭП) на желудок изучено мало.

Целью нашего исследования было изучение влияния ЭЭП на показатели ядер мукоцитов слизистой оболочки фундального отдела желудка крыс.

Исследование проводилось на 36 белых беспородных крысах-самцах массой 300-350 грамм. Первую группу составили интактные крысы, вторую – крысы, получавшие с помощью зонда внутривентрикулярно ЭЭП из расчёта 200 мг/кг. Забор материала осуществлялся на первые, тридцатые и шестидесятые сутки эксперимента. Для исследования применялся метод электронной микроскопии.

Площадь гетерохроматина ядер мукоцитов слизистой оболочки фундального отдела желудка крыс, подвергавшихся влиянию ЭЭП, не изменялась в сравнении с соответствующим показателем крыс контрольной группы ($p > 0,05$).

В результате сопоставления площади эухроматина ядер мукоцитов слизистой оболочки фундального отдела желудка крыс, перенесших воздействие ЭЭП, данного показателя у интактных крыс контрольной группы было установлено, что под влиянием ЭЭП на первые сутки исследования площадь эухроматина увеличилась на 14,6%, а на тридцатые сутки – на 16,7% ($p < 0,001$).

Уменьшение индекса соотношения площади гетерохроматина и площади эухроматина ядер мукоцитов крыс, которые подвергались действию ЭЭП, в сравнении с аналогичным показателем интактных крыс контрольной группы составило 8,1% и 10,9% ($p < 0,01$) на первые и тридцатые сутки наблюдения соответственно.

Выявленные нами изменения показателей ядер мукоцитов слизистой оболочки фундального отдела желудка крыс указывают на наличие положительного эффекта при применении ЭЭП, как антиоксидантного препарата, обладающего потенциальными гастропротективными свойствами, т.к. увеличение площади эухроматина может косвенно указывать на возможное усиление секреторной активности мукоцитов.

Считаем необходимыми дальнейшее исследование в этом направлении для выяснения дополнительных эффектов применения ЭЭП, как препарата, обладающего антиоксидантными свойствами, для коррекции негативных изменений морфофункционального состояния органов пищеварительной системы, возникающих в условиях действия неблагоприятных экологических факторов.

Кувенёва М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ АУДИОВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЛОГИИ ФГБОУ ВО «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИОННОГО ДАВЛЕНИЯ

Ведение. Исходя, из того что многие зарубежные бесплатные обучающие платформы на данный момент недоступны, а имеющиеся не слишком удобны по причине жестких лимитов, как по количеству участников, так по времени работы. Переход на программное оборудование (ПО) российских разработчиков, в данной ситуации, является единственно правильным и необходимым.

Приведем основные характеристики используемых нами сервисов онлайн-обучения.
Видеозвонки от Mail.ru.

Бесплатная площадка для проведения вебинаров и сервис для видеозвонков с лимитом в 100 участников и без ограничения по времени. Сервис работает из веб-браузера и из приложения Почта Mail.ru для Android и iOS.

Достоинства программы:

1. Демонстрация экрана; 2. Наличие чата, где можно отправлять сообщения со смайликами и стикерами, прикрепить фото и видео, файл, создать опрос, записать голосовое сообщение при выключенном для всех микрофоне. 3. Два режима отображения участников — только говорящий для вебинаров и все участники для обсуждений.

Недостатки:

Отсутствует возможность быстрого подключения к конференции с чужого ПК (например: компьютерный класс) не имеющего аккаунта на Mail.ru;

Чат доступен только тем, кто присоединился к встрече через почту Mail.ru. Участники, не вошедшие в почту, не увидят сообщений.

«Звонки ВКонтакте»

Достоинства программы:

Сервис бесплатный;

1. Неограниченное количество участников видеоконференции; 2. Имеется возможность работать по короткой ссылке; 3. Предоставляет возможность транслировать участникам конференции рабочий стол, отдельное окно или вкладки браузера. 4. Можно планировать звонок, есть чат, есть функция «поднять руку», записывать звонок

Недостатки программы:

1. Для звонков в соцсети, необходим аккаунт в VK, авторизоваться через сторонний сервис невозможно. 2. Чат не в самой программе, а перебрасывает тебя в VK; 3. Большое количество багов в ПК – версии. 4. Также как и в других отечественных продуктах не отрегулирован вопрос полнофункционального использования доски.

Выводы. Анализируя вышеизложенное можно сделать вывод, что путь российских властей на обеспечение перехода на собственные ресурсы в плане программного обеспечения, особенно с учетом жесткого санкционного давления, можно сказать, увенчался успехом. Минимальная функциональность бесплатного уровня таких мощных программ, как Zoom, уже достигнута и превзойдена, при том техническом оснащении, на котором мы находимся.

Кузьменко А.Е., Иванов М.В., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Потанов В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Больные острым панкреатитом (ОП) оставляют 5 – 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15 - 20% наблюдений развитие острого панкреатита(ОП) имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-50 %

Цель работы - улучшить результаты лечения больных ОП путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материал и методы исследования. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной его классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин - 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) - 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс - у 49 (9,5%). Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции -17 (4,7%).

Результаты и их обсуждение. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J.Ranson,. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson - 0-3), тяжелый ОП был у 76 (13,5%) больных (6 и более критериев Ranson). Чем больше критериев Ranson зарегистрировано, тем выше вероятность неблагоприятного течения заболевания вплоть до фазы гнойных осложнений и летального исхода. Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная консервативная терапия в течение 5- 10 дней. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а позже - лапароскопическая холецистэктомия.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных . Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы. Выполнено 207 операций (однократно оперировано 152 больных, дважды-20, трижды-5): вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрэквестрэктомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны - 177, этапная некрэктомия - 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки - 5, илеостомия - 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия - 4.

Антибактериальная терапия у 104 больных проводилась в виде экстракорпорального введения Меронема 1г в сутки в течение 8 дней, затем в/в 500мг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней Умерли 12 чел. (все оперированные). Причинами смерти явились: аррозивное кровотечение - 3, прогрессирующая забрюшинная флегмона, сепсис - 3, желудочно-кишечное кровотечение - 3, полиорганная (печеночно-почечная, сердечно-сосудистая) недостаточность - 3.

Заключение.

Операцией выбора при ОП билиарной этиологии является лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока, при наличии холедохолитиаза первым этапом выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а затем лапароскопическая холецистэктомия. Пациентам со стерильным панкреонекрозом показано консервативное лечение.

Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Межаков С.В., Шаталов С.А., Страшко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Применение в клинической практике ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) позволило достичь определённых успехов в диагностике опухолей печени и жёлчных протоков.

Целью исследования было совершенствование методов диагностики очаговых поражений печени.

Материалы и методы. В рамках исследования было проведено обследование и лечение 49 пациентов (мужчин - 20 (45%), женщин - 29 (55%)) в возрасте от 20 до 85 лет, страдающих заболеваниями печени и внутрипеченочных желчных протоков. Пациенты были разделены на две группы. В стационаре им были проведены компьютерная томография (КТ) и контрастная КТ печени и желчных протоков, перкутанная перидуктальная холангиография (ППХГ), эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), а также пункционная биопсия печени под ультразвуковым контролем.

Результаты и обсуждение. В первой группе изученных пациентов результаты биопсии и гистологического исследования показали, что у 40% пациентов был диагностирован гепатоцеллюлярный рак печени, саркома печени - у 2%, тератома - у 10%, рак желчного пузыря - у 8%, рак холедоха - у 8%. Среди доброкачественных опухолей выявлены: гемангиома - у 2,5%, кисты - у 16%, абсцессы - у 10%, аденома - у 1,6%. Во второй группе обнаружены метастазы у 10 пациентов, гепатоцеллюлярный рак у 6 пациентов и холангиоцеллюлярный рак у 4. Проведен анализ диагностики первичных и вторичных злокачественных образований печени, а также доброкачественных образований. Отмечено разнообразие поражений, связанное с характером заболевания, его стадией и морфологическими особенностями. Минимальный размер выявленных новообразований при помощи УЗИ и КТ составлял от 0,3 до 0,5 см. При КТ органов брюшной полости (печени) и особенно КТ с контрастированием при первичном раке в 4% случаев опухоль имела неоднородную структуру и четкие границы. Метастатические опухоли были обнаружены при УЗИ и КТ с последующим подтверждением диагноза в 9% случаев. Среди обследованных пациентов с заболеваниями печени, кроме злокачественных первичных и метастатических новообразований, были выявлены и доброкачественные очаговые поражения. Гемангиомы печени были обнаружены в 11,5% случаев, кисты печени - в 9,2% случаев, абсцессы печени - в 8%, аденома - в 11,1%.

Выводы. Точность диагностики очаговых поражений печени при УЗИ составляет 75%, при КТ - 85%. Применение УЗИ и КТ с пункционной биопсией повышает точность диагностики до 95-98%.

Куйдан Д.С., Головенко В.А., Верич А.А., Якименко Р.Д., Полозова А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОКЛЮША В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Начиная с 2012 г., в Российской Федерации поддерживался необходимый уровень охвата профилактическими прививками от коклюша (>95%). Однако, начиная с 2022 г. (после отмены антиковидных ограничительных мероприятий) в стране наблюдается неуклонный рост заболеваемости коклюшем, причем треть заболевших детей до болезни имели полный курс вакцинации в анамнезе. Наблюдаются высокие уровни заболеваемости коклюшем среди всех групп детского населения, а также среди взрослых. Аналогичная картина по коклюшу наблюдается и на территории Донецкой Народной Республики (ДНР).

Цель исследования: оценить эпидемический процесс коклюша в 2023 г. и за 9 месяцев 2024 г. в ДНР.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев коклюша по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: В 2023 году на территории ДНР отмечался значительный подъем заболеваемости коклюшем. Всего был зарегистрирован 131 случай этого заболевания, показатель заболеваемости составил 4,55 на 100 тыс. населения, тогда как в 2022 г. были зарегистрированы 2 случая, показатель заболеваемости – 0,07 на 100 тыс. населения. Заболеваемость коклюшем регистрировалась практически на всех административных территориях ДНР. Наибольшее количество – 81 случай - было зарегистрировано в г. Макеевке.

Анализ возрастной структуры заболеваемости коклюшем в 2023 году показал, что дети в возрасте от 0 до 17 лет составляют 96,9 %, взрослое население – 3,0%. Удельный вес детей до 14 лет составил 96,0 %, подростков 15–17 лет – 3,9 %. Заболеваемость детей в возрасте до одного года составила 13,38 % от общего количества заболевших детей. Дети первого года жизни входят в группу высокого риска в отношении заболеваемости коклюшем, что подчеркивает важность их своевременной иммунизации. Лабораторно было подтверждены 102 случая заболевания коклюшем, в том числе 5 случаев бактериологическим методом, 46 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и 541 серологическим методом. В 29 случаях диагноз коклюш установлен клинически.

За 9 месяцев 2024 г. в ДНР было зарегистрировано 332 случая заболевания коклюшем (показатель 12,53 на 100 тыс. населения), что оказалось в 8,9 раз выше аналогичного периода 2023 г. В возрастной структуре заболевших преобладало детское население – 92,5 % (307 случаев). Среди заболевших детей наибольшее количество случаев зарегистрировано в возрасте от 0 до 14 лет – 84,0% (279 случаев), в т.ч. детей первого года жизни – 63 человек, от 1 года до 2 лет – 29 случаев и от 3 до 6 лет – 46 случаев. В 284 случаях диагноз коклюш был подтвержден лабораторно, в т.ч. у 5 человек - бактериологическим методом, 36 - методом ПЦР и 243 человека - серологическим методом.

Из 307 заболевших детей полный курс вакцинации и ревакцинацию против коклюша имели 86 человек (28,0%), у 42 детей (13,7%) курс вакцинации еще не был завершен, и 179 детей (58,3%) не были привиты против коклюша. Из них 122 ребенка (68,2%) не были вакцинированы по причине отказа от проведения профилактических прививок.

Выводы. В ДНР необходимо активизировать противоэпидемическую работу против коклюша путем развития надежных систем эпидемиологического надзора и формирования противоэпидемического потенциала. Это позволит оптимизировать эпидемиологический надзор за коклюшем.

Кулемзина Т.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Должность «врача физической и реабилитационной медицины» введена в «Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников» Донецкой Народной Республики согласно Приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.02.2021г. № 309). 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 организации.

Кафедрой интегративной и восстановительной медицины в 2020 году по поручению Правительства Донецкой Народной Республики была разработана дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Физическая и реабилитационная медицина».

Необходимость разработки программы была обусловлена несколькими факторами: спецификой подготовки данных специалистов, фактом формирования и развития службы реабилитации в Донецком регионе и огромной потребностью в специалистах реабилитационных профилей в связи со сложной военно-политической ситуацией в Донецкой Народной Республике в последние 10 лет.

«Физическая и реабилитационная медицина» – мультидисциплинарная научно-клиническая специальность, объединяющая физическую медицину (включает методы и средства для лечения пациентов) и реабилитационную медицину (включает методы и средства для коррекции последствий инвалидизирующих заболеваний и повреждений).

Освоение дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки позволяет приобрести врачу профессиональные навыки, необходимые для формирования индивидуальных реабилитационных и абилитационных программ в системе оказания специализированной и первичной медицинской помощи, и профилактики, паллиативной помощи, а также медико-социальной экспертизы по вопросам назначения технических средств реабилитации.

Деятельность специалистов ФРМ детерминируется целостным подходом. Применяемые технологии базируются на принципах доказательной медицины, а их эффективность иллюстрируется предупреждением и коррекцией возможных органических, и функциональных нарушений, восстановлением и сохранением профессиональной трудоспособности, улучшением качества жизни и социальной интеграции пациента.

Персонифицированные схемы восстановления пациентов составляются с учетом исходного состояния и адаптационных возможностей организма (уровня физического здоровья, реабилитационного потенциала), конституциональных признаков (физических и психоэмоциональных; врожденных и сформировавшихся в результате травматического повреждения и последующего болезненного состояния с ограничением жизнедеятельности), наличия синдромов традиционной китайской диагностики; соблюдаются принципы многоуровневости и индивидуальности видов, количества и последовательности процедур при идентичности выставленных диагнозов.

В соответствии с тенденциями развития этого направления в Российской Федерации данная образовательная программа дает право и обязывает формировать мультидисциплинарную реабилитационную команду для обеспечения качества оказания медицинской помощи реабилитационного направления и контролировать процесс на всех ее этапах.

**Кулигин А.В., Ершова К.А., Савичев Д.М., Прохоров Р.С.,
Подрезова Г.В., Иоффе Д.М.**

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов
Стоматологическая клиника «Практик», Саратов

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Лечебные стоматологические вмешательства у детей раннего возраста в большинстве случаев проводятся в условиях общей анестезии или седации с использованием ингаляционных анестетиков. Особенности инвазивного вмешательства, поверхностное расположение нервного окончания, характер болевой импульсации и психоэмоциональная лабильность пациентов данной возрастной категории влияют на выбор вида обезболивания.

Управляемость общей анестезией является одной из приоритетных проблем для врачей-анестезиологов, особенно в амбулаторных условиях. Оценка адекватности анальгезии и седации в стоматологической практике у детей раннего возраста в условиях общей анестезии вызывает особый интерес.

Цель исследования – оценить адекватность проводимой ингаляционной анестезии Севофлураном с помощью расчетных показателей qNOX/qCON в условиях мониторинга аппаратом Conox QM7000-M у детей 1,5-5 лет при стоматологических вмешательствах.

Материал и методы. В условиях стоматологического кабинета было проведено лечение среднего кариеса 10 ± 3 зубов у 30 детей (16 мальчиков и 14 девочек) в возрасте от 1,5 до 5 лет в условиях общей анестезии. Состояние пациентов было оценено по МНОАР II (ASA I). Длительность наркоза в среднем составляла 180 ± 30 минут.

Для оценки уровня глубины анестезии использовался монитор Conox QM7000-M (Fresenius Kabі, Германия). В данной модели брали два параметра: qCON, qNOX. Мониторинг параметров qNOX и qCON основан на регистрации корковой ЭЭГ с последующей обработкой в специализированной адаптивной сети, использующей логическую архитектуру нечеткого вывода (ANFIS - adaptive neuro-fuzzy inference system).

Индекс qNOX отражает уровень ноцицепции, значение индекса qNOX коррелирует с вероятностью ответа на болевое раздражение. Оценка глубины седации в ходе проведения общей анестезии осуществляется с использованием параметра qCON.

Результаты и обсуждение. До начала анестезиологического пособия уровень сознания детей по педиатрической шкале ком Глазго оценивался как ясное сознание (15 баллов). По клиническим признакам угнетение сознания наступало к 30-й сек от начала ингаляции севофлурана. К концу 1-й мин индукции индекс qCON достигал значений 75-80.

В дальнейшем значения индекса седации снижались в отношении исходных величин и к 5-й мин приближались к значению 36-45. Далее — на 6-8 мин, значения показателя не имели статистически значимых различий от уровня qCON на пятой минуте, но достоверно отличались от контрольных значений. После перехода на поддерживающую концентрацию Севофлурана 2%об (~1 MAC) на 8-й мин от начала индукции анестезии происходило постепенное повышение индекса qCON до значений 40—55 на протяжении 5—6 мин, что указывало на достижение достаточной глубины седации. Полученные значения при поддерживающих концентрациях Севофлурана (~1 MAC) сохранялись на протяжении всего периода наркоза.

Индекс qNOX, как индикатор болевой стимуляции, у всех исследуемых пациентов во время интубации трахеи, пункции периферической вены, находился в пределах значений 38-60, что отражало адекватность уровня ноцицептивной защиты детей во время анестезии.

В конце операции qNOX начал увеличиваться за 45 сек до первых признаков восстановления сознания, в то время как qCON только через 1,5 мин после них. Индексы qCON и qNOX

имели различную скорость изменения показателей при оценке уровня сознания и отсутствия реакции на стимулы во время индукции и при восстановлении сознания.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования можно утверждать, что индексы qCON/qNOX являются объективными критериями адекватности анестезии при стоматологических вмешательствах, использование индексов qCON/qNOX позволяет снизить расход ингаляционных анестетиков во время моноанестезии в стоматологической практике у детей, что обеспечивает экономически эффективный подход к планированию анестезии в амбулаторных условиях.

Курбанов С.А., Габдрахманова А.Ф., Курбанова Ч.С.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ

Глаукома на сегодняшний день рассматривается не только как медицинская, но и как социально-экономическая проблема. В Российской Федерации насчитывается около 1,3 млн. (2019 г.) больных глаукомой. Хирургическое лечение глаукомы позволяет снизить внутриглазное давление (ВГД) более эффективно и длительно, чем медикаментозное лечение. Однако, ей присущи быстрая потеря эффективности, поэтому в практике врачи-офтальмологии с целью пролонгации гипотензивного эффекта довольно часто прибегают к применению различных антиглаукомных дренажей.

Цель: сравнительная оценка гипотензивной эффективности синустрабекулэктомии с имплантацией коллагенового дренажа и классической синустрабекулэктомии.

Материал и методы. Исследование проведено в клинических базах ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ГБУЗ РБ ГКБ №10 г. Уфы, Всероссийский центр глазной и пластической хирургии), включены пациенты, соответствующие следующим критериям: возраст старше 40 лет, установленный диагноз первичная открытоугольная глаукома с длительностью заболевания не менее 6 месяцев, отсутствие сопутствующих заболеваний органа зрения, отсутствие компенсации уровня ВГД на фоне местной медикаментозной терапии. В исследование включены 162 пациента (162 глаза), которые были распределены случайным образом в две сопоставимые группы по полу, возрасту, стадии глаукомы и по зрительным функциям. В первую группу (I) включены 83 пациента (83 глаз), им проведена операция синустрабекулэктомии с имплантацией дренажа, состоящего из гемостатической губки (Патент РФ на изобретение №2738309 от 11.12.2020), средний возраст их составил 66 [61; 70] лет. Второй группе (II) включены 79 пациентов (79 глаз), им проведена операция классическая синустрабекулэктомия, их средний возраст составил 65,5 [60; 72] лет. Всем пациентам проведено комплексное офтальмологическое обследование, а также исследование качества жизни (КЖ) с применением русифицированной версии специфического офтальмологического опросника «Glaucoma quality of life-15 (GQL-15)». Статистическая обработка проведена в программах Excel (Microsoft) и Statistica 8.0 (Statsoft).

Результаты и обсуждение

До операции уровень ВГД составил у пациентов в первой группы 36,3 [31; 41], второй группы 39 [31; 45] мм рт.ст. по Маклакову. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде гипотония и отслойка сосудистой оболочки встречалась в I группе в 2,2% и 0% случаев, а во второй группе 9,3% и 4,6%, соответственно. Уровень ВГД через 24 месяцев составил в I группе 18 [15; 21] мм рт.ст., во второй группе 26 [20; 27] мм рт.ст., следует отметить в последней группе в сроки от 6 мес. до 12 мес. Были назначены гипотензивные препараты в связи с повышением уровня ВГД. При ОКТ исследовании фильтрационной подушки в I группе визуализировалась выраженная фильтрационная подушка, а во второй группе она была плоской, что явилось причиной повышения уровня ВГД и назначения гипотензивных капель. При анализе результатов специфического офтальмологического опросника GQL-15 в норму принято если респонденты собирают 15 баллов, чем выше баллы, тем хуже КЖ. Пациенты до операции в I группе набрали 27 [19; 36] баллов, во второй группе 33 [22; 50] баллов, спустя 1 месяц данные показателя изменились на 21 [13; 28] и 40 [25; 52] баллов, соответственно.

Заключение.

Таким образом, синустрабекулэктомия с применением коллагенового дренажа дает выраженный и длительный гипотензивный эффект, а также способствует улучшению КЖ пациентов по сравнению с классической синустрабекулэктомией. При выборе хирургического вмешательства целесообразно применение антиглаукомных дренажей с целью предотвратить прогрессирование глаукомной оптической нейропатии и сохранить зрение.

Курганова А.В., Татаурова В.П., Гаврилова О.Ф.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Целью проведенного исследования явилось изучение динамики показателей вегетативной регуляции и симпатоадреналовой системы у детей с ожирением и избыточной массой тела из группы риска по артериальной гипертензии под влиянием санаторно-курортного лечения. Процессы, приводящие к повышению АД у детей с ожирением и избыточной массой тела, сложны и носят мультифакториальный характер. У детей с ожирением не просто увеличивается вес, а нарастает количество жировой ткани, основу которой составляют адипоциты. Эти клетки продуцируют такие вещества, как лептин, который влияет на симпатическую нервную систему, увеличивая ее активность, а это, в свою очередь, приводит к повышению давления. В постоянном повышении АД при ожирении играет немаловажную роль ренин-ангиотензин-альдостероновая система, так как адипоциты продуцируют в большом количестве ангиотензиноген, оказывающий вазоконстрикторный эффект. Значимыми для развития АГ являются: функциональное состояние ЦНС, координирующее деятельность вегетативной нервной системы (ВНС), из гуморальных факторов – прессорные медиаторы – катехоламины (норадреналин, адреналин).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 92 ребёнка с первичной артериальной гипертензией: 46 – с ожирением, 45 - с избыточной массой тела, прибывших на санаторно-курортное лечение. Возраст детей от 10 до 16 лет. Комплекс санаторно-курортного лечения включал адекватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение, из них 20 детей получали в комплексе сухие углекислые ванны (СУВ). По показаниям была проведена санация хронических очагов инфекции. Состояние вегетативной регуляции и вегетативной реактивности оценивали методом КИГ и клиноортостатической пробы. Определение функциональной активности симпатико-адреналовой системы организма проводили методом изучения уровня экскреции катехоламиновых гормонов (адреналина и норадреналина) в порциальной моче. Результаты исследований. Анализ данных КИГ показал, что у детей с ожирением преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы регистрировалось у 52,2%, в группе детей с избыточной массой тела у 34,1%. Данные ИН $105,2 \pm 10,2$ и $86,9 \pm 10,5$ усл. ед. соответственно по группам. Состояние процессов адаптации по данным вегетативной реактивности характеризовалось гиперсимпатикотоническим вариантом ответной реакции у 39,1% в обеих группах. В группе детей с ожирением до лечения адреналин в моче был незначительно повышен по среднестатистическим показателям ($2,9 \pm 0,1$ нг/мин), содержание норадреналина определялось ниже возрастных норм $2,0 \pm 0,1$ нг/мин. При индивидуальном анализе адреналин был повышен у 41% детей, а норадреналин снижен у 72% обследованных детей. В группе детей с избыточной массой тела до лечения уровень адреналина в моче был в пределах нормальных значений, ближе к верхней границе нормы ($2,6 \pm 0,2$ нг/мин), содержание норадреналина оказалось сниженным ($1,9 \pm 0,1$ нг/мин). При индивидуальном анализе повышение адреналина отмечалось у 45% больных детей, а норадреналин был снижен у 85% обследованных детей. После санаторно-курортного лечения содержание адреналина в моче в пределах нормы имело место у 96% и 93% детей с ожирением и избыточной массой тела, уровень норадреналина - у 46% детей по сравнению с 17% до лечения. Уровень норадреналина нормализовался у 73% детей по сравнению с 28% до лечения. Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения у 14,7% детей с ожирением и 11,1% с избыточной массой тела наблюдалась нормализация АД. Выявлено сниже-

ние симпатического влияния вегетативной регуляции у 18,7% и 17,0% детей соответственно, наиболее отчетливая динамика наблюдалась в группе детей, получающих в комплексе сухие углекислые ванны. Выводы: Установлено, что при развитии первичной артериальной гипертензии (ПАГ) у детей с ожирением и избыточной массой тела, важную роль играет гиперсимпатикотония и гормонально-метаболические нарушения, о чем свидетельствует более активная продукция катехоламинов у детей с ожирением. Санаторно-курортное лечение оказывает благоприятное влияние на состояние вегетативной и симпатико-адреналовой системы.

Куринный А.М.

Многопрофильный медицинский центр Major Clinic, Москва.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗОБСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ. МЕТА-АНАЛИЗ

Введение. При своевременном и адекватном проведении антикоагулянтной терапии острого венозного тромбоза глубоких вен нижних конечностей, подвздошно-бедренного сегмента частота развития посттромботической болезни (ПТБ) достигает 30-50%. Тяжелые формы ПТБ развиваются с частотой 5-15%, приводящие к значимому ухудшению качества жизни, инвалидизации пациентов и необходимости больших материальных затрат на лечение. Так же наличие ПТБ является важным фактором развития рецидива острого венозного тромбоза, вторичной варикозной трансформации поверхностных вен нижних конечностей.

Цель исследования. Оценить возможности катетер-управляемого тромболитика с тромбаспирацией (КУТсТА) в предупреждении развития посттромботической болезни у пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в сравнение со стандартным лечением новыми оральными антикоагулянтами (НОАК).

Материалы и методы. Проведен анализ данных статей Pubmed, Embase и Cochrane Library. Критерии включения: острый тромбоз с вовлечением подвздошно-бедренного венозного сегмента, наличие выраженного болевого синдрома и отека, продолжительность заболевания до 14 суток. Критерии исключения: анемия со снижением гемоглобина ниже 80 г/л, тромбоцитопения с уровнем тромбоцитов ниже 80×10^9 /л, тяжелая почечная недостаточность, хирургические операции за последние 14 дней, беременность и ранний послеродовый период. Всего проанализировано 180 человек, из которых 100 - основная группа, 80 - контрольная. Группы сравнения различались по тактике лечения. Пациентам основной группы проводился катетер-управляемый тромболитик препаратом Актилизе (5 мг болюсно, далее 1 мг/час), нефракционированный гепарин (500 ЕД/час через инфузомат) продолжительностью 24-72 часа. По окончании тромболитической терапии назначали антикоагулянтную терапию. Пациентам контрольной группы сразу назначали антикоагулянтную терапию. Пациенты основной и контрольной группы получали Ривароксабан 15 мг 2 раза в день 3 недели, далее 20 мг 1 раз в день, компрессионный бандаж 2 класса компрессии. Срок терапии 6 месяцев. В основную группу включено 100 пациентов в возрасте 22-64 лет (средний возраст – $39,2 \pm 19,8$), из них 63 женщин (63%) и 37 мужчин (37%). В контрольную группу включено 80 пациентов в возрасте 28-67 лет (средний возраст – $42,4 \pm 21,2$), из них 48 женщин (60%) и 32 мужчин (40%). Спустя 6 месяцев всем пациентам проводилась оценка тяжести посттромботической болезни по шкале Villalta, качество жизни по CIVIQ-20, ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей.

Результаты. У пациентов основной группы осложнений (больших кровотечений, геморрагических инсультов) тромболитической терапии не было. Небольшие, но клинически значимые кровотечения были представлены одним случаем маточного кровотечения в основной группе и одним случаем в контрольной (гематурия). По одному случаю малого кровотечения было отмечено в обеих группах: носовое в основной группе, подкожное кровотечение в контрольной группе. Развитие кровотечений не потребовало отмены антикоагулянтной терапии. Через 6 месяцев проведена оценка по шкале Villalta: в основной группе средний балл – $1,8 \pm 1,4$ балла, в контрольной – $6,8 \pm 2,9$ балла. Качество жизни по CIVIQ-20: в основной группе средний балл – $23,2 \pm 3,4$ балла, в контрольной – $32,4 \pm 8,2$ балла. В обеих группах случаев рецидива венозного тромбоза отмечено не было.

Выводы. Эндовазкулярная дезобструкция является эффективной и относительно безопасной методикой лечения острого венозного тромбоза при строгом соблюдении критериев отбора пациентов. Ее применение приводит к максимально быстрому регрессированию жалоб, снижению частоты развития посттромботической болезни, улучшению качества жизни.

Курмаев С.И., Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

ЗНАЧЕНИЕ ГЕРМЕТИЗАЦИИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ МИКРОПОДТЕКАНИЯ НА СТЫКЕ ИМПЛАНТАТ-АБАТМЕНТ

Рядом исследований было доказано, что наличие микро-зазора на стыке имплантат-абатмент (СИА) может привести к проникновению бактерий и способствовать развитию периимплантита. К тому же поперечные окклюзионные нагрузки (циклическая нагрузка) на протез во время функционирования вызывают изгиб и микродвижение всей системы дентального имплантата (ДИ), увеличивают зазор на стыке и создают эффект перекачки между внутренними поверхностями имплантата и окружающими тканями.

Целью исследования было изучение герметичности СИА на экспериментальной модели после нанесения материала «GapSeal» путём оценки микробной инвазии во внутренний интерфейс дентальных имплантатов.

Всего было использовано 30 дентальных имплантатов TSIII (Osstem Implant, Южная Корея) с внутренним коническим соединением размером 4,2x10 мм и соответствующие им абатменты. Каждый ДИ был закреплён в вертикальном положении с помощью эпоксидной смолы EpoFix (Struers) в специально изготовленных камерах с отсеком для раствора с бактериями и стандартизации объема. Кроме этого, смола имела модуль эластичности близкий к челюстной кости, что делает экспериментальную модель максимально приближенной к естественным условиям в полости рта. Дентальные имплантаты были разделены на две группы: 1 – на внутреннюю поверхность крепления ДИ перед установкой абатмента был нанесен герметик GapSeal (Hager&Werken, Германия) (n=15), 2 – без нанесения герметика (n=15). Каждый образец погружался в 10 мл бактериальную суспензию из культуры *Enterococcus faecalis*. К каждому ДИ прилагали 200 000 циклов жевательной нагрузки силой 80 Н и частотой 1 Гц на симуляторе жевания CS-4 (SD Mechatronik, Германия). После извлечения образцов с внутренней резьбовой части ДИ были взяты пробы бумажными полосками Dentsply, которые далее были погружены в 1 мл стерильного физиологического раствора. Произведён посев десятикратных разведений на питательный агар в чашках Петри стандартного размера и далее инкубация в термостате при 37 градусах в течение 24 часов. Для каждого образца было подсчитано количество колониеобразующих единиц (КОЕ/мл) с помощью обработки изображений на программе OpenCFU. Статистический анализ проведен при помощи программы OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США) методом Two-sample t-Test. $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Случаев поломки деталей экспериментальных образцов не наблюдалось, что позволило включить их всех (n=30) для оценки микроподтекания в зоне СИА. Бактериальная контаминация была обнаружена во всех образцах (100%) без нанесения герметика, тогда как в первой группе (GapSeal) микробная инвазия наблюдалась только в 5 (33,3%) образцах. Количественная оценка бактериальной обсеменённости экспериментальных моделей обнаружила статистически значимое большее количество КОЕ (в среднем 92,14 КОЕ/мл) на образцах ДИ без герметика, тогда как в образцах с GapSeal данный показатель был меньше 15,7 раз (5,88 КОЕ/мл) ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показали, что герметизирующий материал GapSeal уменьшил бактериальную инвазию *Enterococcus faecalis* во внутренние структуры ДИ через зону СИА *in vitro* при динамической нагрузке. Эффект был обусловлен как уменьшением размера микро-зазора на СИА, так и наличием антибактериального вещества (тимола) в составе герметика.

Куртина Д.В., Мельниченко В.В., Коваленко С.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДУХОВНОГО КРИЗИСА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Актуальность исследования. Сегодня человечество находится в ситуации пролонгированного материального и духовного кризисов. Особенно это актуально для населения Донбасса, переживающего обстановку боевых действий. Специальная военная операция оставляет глубокий след в психике людей, которые непосредственно участвуют в ней. Многие из них переживают духовный кризис и эмоциональные перегрузки, вызванные потерей смыслов и ценностей. Эти состояния сопровождается нарушением поиска «сакрального» и требует переоценки жизненных приоритетов. Прохождение через этот кризис зачастую побуждает людей создавать новые ориентиры на основе полученного опыта, однако случаются и столкновения с тревогой, трудностями в социальной среде, что повышает риски психических расстройств в популяции.

Цель исследования. Изучить выраженность духовного кризиса у военнослужащих с верифицированными посттравматическими стрессовыми состояниями.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении медико-социальной реабилитации Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка. Всего приняло участие в исследовании 115 военнослужащих (в возрастной группе от 18 до 55 лет). С помощью структурированного клинического диагностического проводилась верификация посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Испытуемые были разделены на 2 основные группы исследования: 1 группу составили мобилизованные лица с признаками ПТСР – 87 чел. (75%); во 2 группу вошли мобилизованные без признаков ПТСР, но с симптомами тревожно-депрессивного и диссоциативного характера – 28 чел. (25%). Для определения уровня выраженности духовного кризиса была применена методика диагностики духовного кризиса (Шутова Л.В., Ляшук А.В.). Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «IBM SPSS Statistics 23».

Результаты и обсуждение. У исследуемых в первой группе (лица с признаками ПТСР) по показателю «Вероятность духовного кризиса» получен результат $55,23 \pm 12,96$, а во второй группе (без признаков ПТСР, но с симптомами тревожно-депрессивного и диссоциативного характера) – $37,48 \pm 12,94$, на уровне значимости $p \leq 0,05$. Шкала «Напряженность экзистенциального вакуума» показала результат в первой группе $55,87 \pm 13,4$, а во второй группе – $36,89 \pm 11,12$, на уровне значимости $p \leq 0,05$. Также проанализировав шкалу «Духовный кризис в прошлом» и «Духовный кризис в настоящее время» получен результат в первой группе $48,17 \pm 15,67$ и $68,59 \pm 18,35$ соответственно на уровне значимости $p \leq 0,05$, а во второй группе без признаков ПТСР, но с симптомами тревожно-депрессивного и диссоциативного характера по тем же показателям – $40,18 \pm 16,88$ и $37,4 \pm 13,93$, на уровне значимости $p \geq 0,05$.

Выводы. Таким образом, различия между первой и второй группами исследования по показателю «Духовный кризис в прошлом» не являются статистически значимыми. Это свидетельствует о том, что наличие ПТСР не оказывает влияния на развитие духовного кризиса в прошлом. Однако, в результате анализа показателей «Вероятность духовного кризиса», «Напряженность экзистенциального вакуума» и «Духовный кризис в настоящее время» были выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с ПТСР и без него, но с симптомами тревожно-депрессивного и диссоциативного характера. Это указывает на то, что у участников боевых действий с развившимся ПТСР, в условиях выраженной напряженности экзистенциального вакуума, значительно возрастает вероятность возникновения и развития духовного кризиса, что приводит к дезинтеграции личности, социальной изоляции и формированию психопатологической продукции.

Курышева О.А., Налетов А.В., Мацынина Н.И., Якимчук Н.В., Глуховская М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АЛЛОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА

Первичные иммунодефициты представляют собой гетерогенную группу заболеваний с генетическими нарушениями иммунной системы. Они характеризуются нарушением врожденного или адаптивного иммунитета и другими сопутствующими расстройствами.

Единственный куративный метод лечения классического синдрома Вискотта-Олдрича – трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) от HLA-совместимого родственного или неродственного донора.

Мальчик К., 2020 года рождения находился на лечении в педиатрическом отделении ГБУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» с июля 2020 года по февраль 2021 года. Пациент обследован в клинике. На основании данных обследования, проведенной телемедицинской консультации сотрудниками ведущих медицинских центров Российской Федерации, данных результатов молекулярно-генетического обследования «Панель иммунологическая и определение TREC/KREC», пациенту установлен диагноз: Первичный иммунодефицит. Синдром Вискотта-Олдрича. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Анемия легкой степени тяжести. Диспластическая кардиопатия (минимальная трикуспидальная и пульмональная недостаточность, аберрантная хорда в верхушечном отделе левого желудочка). По результатам проведенной телемедицинской консультации рекомендовано продолжить назначенную терапию, провести HLA-типирование ребенка, с целью трансплантации костного мозга. В октябре 2021 года проведена аллогенная неродственная ТГСК от полностью совместимого донора.

Ранний посттрансплантационный период осложнился течением мукозита желудочно-кишечного тракта 2-3 степени. Инфекционные осложнения представлены течением инвазивного аспергиллеза легких.

Восстановление донорского кроветворения по тромбоцитарному ростку (более 20 тыс./мкл) зафиксировано к 14 дню. Тромбоциты более 50 тыс./мкл - к 16 дню, более 100 тыс./мкл – к 21 дню. По лейкоцитарному ростку восстановление кроветворения зафиксировано на 22 день, по нейтрофилам – на 23 день.

Трансплантат прижился самостоятельно, без стимуляции гранулоцитарным колониестимулирующим фактором на 25 день, химеризм полный донорский.

Течение острой реакции трансплантата против хозяина I степени (кожи II степени) с 25 дня, полный ответ на терапию системными глюкокортикостероидами.

Трансплантат функционирует удовлетворительно, химеризм полный донорский, гемо-трансфузионно не зависим.

Таким образом, комбинированная посиндромная терапия инфекционных проявлений данного первичного иммунодефицита, проявлений экземы, заместительная терапия внутривенно иммуноглобулином, тромбоконцентратом у пациентом с синдромом Вискотта-Олдрича дает лишь временный положительный эффект. Пациенту с данным синдромом проведен единственно возможный куративный метод лечения - аллогенная неродственная ТГСК.

Кустов Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У САМЦОВ КРЫС С МОДЕЛЬЮ СИСТЕМНОГО АУТОИММУННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Системные аутоиммунные заболевания (САЗ) – это группа расстройств, включающая патологию различных органов и систем, связанных с нарушением иммунитета, при котором формируется специфический иммунный ответ организма на компоненты собственных тканей. В связи с ухудшающейся экологической обстановкой и повышением стрессогенности жизни, количество людей, страдающих САЗ в последнее время резко возросло, так же, как и снизился возраст их дебюта, а потому проблема диагностики и лечения САЗ, а также сопутствующих патологий является актуальным направлением медицинской науки.

Одной из особенностей современной жизни является изменение рациона и культуры питания людей, что приводит к нарушениям обменных процессов и напряжению клеточных систем, призванных регулировать биохимические реакции на всех уровнях жизнедеятельности организма. Это, в свою очередь, способствует развитию как САЗ, так и сопровождающих их осложнений. Использование в качестве дополнительных средств коррекции различных биологически активных веществ и субстратов, например, некоторых аминокислот, призвано оказать протективный эффект на клеточном уровне и ингибировать либо аутоиммунные процессы, либо вызванные ими нарушения функции других органов и систем. Также представляет интерес поиск простых и надежных лабораторных маркеров оценки данных процессов.

Поскольку серин, являясь ко-агонистом глицинового сайта связывания глутаматных NMDA-рецепторов, влияет на психическую деятельность и, в частности, на двигательную активность, которые значительно страдают при таком САЗ как ревматоидный артрит, его длительное низкодозовое применение призвано улучшить качество жизни пациентов с артритом. Однако остаются вопросы влияния серина на иммунную систему, базовыми элементами которой являются показатели белой крови. Кроме того, представляется интересным выяснить влияние такой терапии на систему гемостаза.

Нами изучалось влияние аминокислоты серин на лейкоцитарную формулу и время свертывания крови у самцов крыс с моделью САЗ по типу смешанного ревматоидного артрита. Животных разделяли на 3 равновеликие группы по 10 особей в каждой: интактные, самцы с САЗ (контроль) и самцы с САЗ после применения серина. Серин вводили внутривентриально ежедневно в течение 90 дней инъекцией по 0,5 мл из расчета 50 мг/кг веса тела. Показатели фиксировали на разных этапах эксперимента, но не менее 3 раз для каждого животного.

Моделирование САЗ приводило к некоторому снижению уровня гранулоцитов на фоне незначительного повышения уровня агранулоцитов. Также наблюдалось существенное сокращение времени свертывания периферической крови. Применение серина достоверно увеличивало относительное количество палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов и снижало уровень лимфоцитов причем как по сравнению с группой контроля, так и по сравнению с интактными крысами. Время свертывания в этой группе несколько увеличивалось, не достигая зафиксированной нормы.

Можно сделать вывод, что исследованные параметры периферической крови оказались достаточно чувствительными и информативными маркерами развития САЗ по типу ревматоидного артрита и были эффективными в мониторинге его коррекции длительным введением серина.

Кустов Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ НА ПОВЕДЕНИЕ САМЦОВ И САМОК КРЫС С ГОНАДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СОПРЯЖЕННОЙ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ревматоидный артрит (РА) является тяжелым системным аутоиммунным заболеванием соединительной ткани, часто развивающимся на фоне гормональных перестроек организма, связанных, в частности, со сниженным уровнем половых стероидов, и проявляющимся помимо дисфункции иммунной системы в нарушении психической деятельности, вызванном, прежде всего, болевым синдромом и ограничением двигательной активности, с последующим ухудшением качества жизни вплоть до инвалидизации пациента. Известно, что в мире РА страдают свыше 1% населения, причем в большей степени заболеванию подвержены женщины. Кроме того, в связи с ухудшением экологической обстановки, патология стала дебютировать раньше и протекать тяжелее, часто сопровождаясь другими аутоиммунными расстройствами. Формирование «порочного круга» аутоиммунных реакций, применение в качестве лекарственных средств первой линии гепатотоксичных препаратов осложняет и ограничивает возможности лечения РА, в связи с чем представляет интерес поиск новых способов коррекции не только основного заболевания, но и сопутствующих нарушений. Одним из перспективных направлений лечения данного системного аутоиммунного расстройства и его осложнений является трансплантация стволовых клеток.

Грумминг у млекопитающих является важным элементом зоосоциального поведения, и включает в себя ряд типичных ритмичных двигательных актов, замыкающихся на уровне гиппокампа. Таким образом, можно предположить, что РА будет оказывать существенное влияние на груминговое поведение и общую двигательную активность животных, а также формирование поведенческих паттернов, аналогичных высшей психической деятельности человека. Это делает груминг важным биологическим маркером развития аутоиммунной патологии и мониторинга ее лечения.

В комплексном исследовании на взрослых лабораторных крысах обоего пола нами изучалась груминговая и двигательная активность в норме, при моделировании смешанного коллаген-адьювантного артрита у нормогонадных и гипогонадных (удаление семенников и яичников) особей, а также после введения этим животным суспензии стволовых клеток (СК) кордовой крови. В качестве показателей груминга брали количественные значения элементарных актов (э.г.а.) умыывания, лизания, чесания и отряхивания, подсчитывали время, затраченное животным на груминг за период наблюдения и вычисляли интегративные индексы интенсивности и процента времени груминга. Кроме того, регистрировали общую двигательную активность.

Были выявлены достоверные различия груминговой активности у самок на разных стадиях эстрального цикла и при сравнении с таковой у интактных самцов. Развитие РА приводило к существенному снижению груминга и двигательной активности у нормогонадных животных обоих полов. Трансплантация СК этим крысам в разной степени восстанавливала исходный уровень значений показателей, причем лучшие характеристики были получены у самцов. Развитие РА на фоне гипогонадного состояния у самцов вызывало еще более значимое снижение всех видов груминга и двигательной активности, чем у нормогонадных особей с артритом, в то время как у самок с РА овариэктомиа меньше влияла на изучаемые показатели поведения. Введение СК гонаддефицитным самкам с моделью артрита способствовало более полноценному восстановлению физиологических параметров груминговой и двигательной активности по сравнению с аналогичной группой самцов.

Таким образом, можно сделать вывод о наличии полового диморфизма в груминговом поведении между самцами и самками крыс, нивелирующемся на фоне развития РА при нормальном функционировании половых желез, но более выраженно проявляющемся при соответствующем гипогонадном состоянии. Трансплантация СК кордовой крови способствовала восстановлению исходного уровня изучаемых показателей как у нормо-, так и у гипогонадных самцов с РА. У самок же с РА более полноценное восстановление груминга и двигательной активности после трансплантации СК наблюдалось при сочетании с гипофункцией гонад.

Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В последние годы отмечается рост частоты инфекционных поражений нервной системы в результате ухудшения экологической и экономической ситуации, а также стресса на фоне перманентно текущих военных действий. Эти заболевания составляют 40-50% от общего числа патологии нервной систем и до 60% причин инвалидизации. Менингококковая инфекция (МИ) сопровождается наиболее высокими показателями летальности из-за развития инфекционно-токсического шока (ИТШ) разной степени тяжести и глубины полиорганных поражений, особенно у детей до одного года, поэтому актуальны своевременная диагностика и неотложная помощь на догоспитальном этапе. Целью нашей работы явилось выяснение причин неблагоприятных исходов МИ.

Под нашим наблюдением находилось 50 детей с генерализованными формами МИ в 2015-2018 гг. и 2023-2024 гг. Это дети в возрасте от 2 месяцев до 12 лет включительно. Среди всех заболевших: дети первого года жизни составили 50% (25 детей). Тяжелые формы болезни развивались у детей с фоновой патологией (аллергические заболевания, внутриутробные инфекции, аномалии развития, тимомегалия, паратрофия). Разрыв во времени по госпитализации больных в клинику был связан с перепрофилированием инфекционного корпуса в госпиталь для пациентов с коронавирусной инфекцией.

Первичный диагноз в 58,2% случаев был ошибочным, с чем была связана поздняя госпитализация. «Острый менингит» или «Менингококковая инфекция» был установлен у 28% детей. При постановке первичного диагноза были допущены ошибки. Чаще всего выставлялись диагнозы: ОРВИ с явлениями менингизма (25%), реже вирусный энцефалит (20%), энтеровирусная инфекция (20%), грипп (15%), острая кишечная инфекция (10%). В 66% случаев менингит сочетался с менингококцемией, в 45% - с энцефалитом.

Анализ случаев доставки в стационар детей с инфекционно-токсическим шоком (ИТШ) 3 степени показал, что от момента регистрации первых признаков ИТШ на дому до его полного развития проходит обычно 40-60 минут! Поэтому от быстроты диагностики и оказания неотложной помощи этим детям напрямую зависит течение и исход заболевания, возможность развития полиорганной недостаточности и, особенно, глубины и тяжести, поражения надпочечников с развитием синдрома Уотерхауз-Фридерихсена (либо обратимого состояния, связанного с нарушением кровообращения в корковом и мозговом слое, либо с развитием тотальных кровоизлияний в надпочечники), вентрикулитов, эпендиматитов и необратимых, несовместимых с жизнью изменений в органах и тканях.

Заболеваемость, исходы и резидуальные последствия МИ остаются актуальной проблемой в инфектологии. Имеет место низкий уровень настороженности населения, да и участковых врачей по поводу возможных осложнений при МИ, что приводит к позднему обращению родителей за медицинской помощью, а также частому отказу от госпитализации при первичном обращении. В связи с этим необходимо усилить санпросветработу в этом направлении для предупреждения негативных последствий болезни.

**Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В.,
Шавкун Н.П., Кандаурова И.А.**

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются актуальной проблемой детской инфектологии из-за их широкой распространенности и роли в формировании гастроинтестинальной патологии у детей. Несмотря на значительные достижения в изучении клиники и патогенеза ОКИ 50% - 80% случаев диарей до настоящего времени остаются этиологически нерасшифрованными, что приводит к ошибкам в диагностике и лечении. В последние годы возрос удельный вес кишечных расстройств, вызываемых условно-патогенной флорой. Наиболее сложной и актуальной для педиатров является проблема смешанных инфекций. Из-за отсутствия критериев постановки диагноза «смешанная кишечная инфекция» к этой конкретной патологии относят любые заболевания, при которых обнаруживают несколько возбудителей, независимо от момента заражения.

Проведен анализ выделения возбудителей ОКИ у детей за 2023 - 2024 г.г. по данным бактериологической лаборатории нашей клиники.

За этот период. отмечается увеличение выделения сальмонелл. Дети до 1 года составили 1/4 часть всех заболевших. Выросла пищевая токсикоинфекция, даже были случаи заболевания у детей первого года жизни. Возрос удельный вес кишечных расстройств, вызываемых условно-патогенной флоры и чаще всего, выделялся патогенный стафилококк у детей до 2-х лет.

При анализе течения сальмонеллезной инфекции выявлено, что начало болезни у большинства детей было постепенным с максимальным развитием всех симптомов к 3-7 дню от начала заболевания и вызывалось «госпитальными» штаммами сальмонелл тифимуриум у 87% детей. Интоксикационный синдром характеризовался фебрильной температурой, вялостью, адинамией, отказом от еды и питья. Желудочно-кишечные расстройства проявлялись гастроэнтеритом (52%) или энтероколитом (48%) с нечастой, но упорной рвотой. Заболевание протекало в среднетяжелой (42%) и тяжелой форме (48%), с повторным выделением возбудителя у 12% детей.

Из условно-патогенных возбудителей в фекалиях маленьких детей часто обнаруживаются протей (35,3%), особенно мирабилис (60,9%), клебсиеллы (34,7%), *Escherichia coli* (16,1%), *Enterobacter* (13,9%). У 49 детей возбудители были выделены на 1-й неделе заболевания, на 2-й неделе болезни частота их выделения значительно уменьшалась (у 17) и по исчезновении клинических симптомов ко времени выписки из стационара возбудители не определялись.

Клиническая картина кишечных расстройств, вызванных Клебсиеллами и *Enterobacter*, в основном сходна. Заболевание начиналось остро с явлений гастроэнтерита и энтероколита. У детей первых 3-х месяцев жизни заболевания протекали в основном в среднетяжелой форме - 53,7% случаев.

Среднетяжелые формы заболеваний характеризовались температурой в пределах 37,6- 38° С. Длительность температурной реакции в среднем 2-3 дня. Срыгивания и рвота наблюдались в 16,7% случаев от 2 до 6 раз в сутки и прекращались в среднем на 2-й день пребывания в стационаре. Стул желто-зеленого цвета, жидкий, изредка зеленого цвета со слизью (16,8%), частотой от 3 до 5 раз в сутки.

Все выше сказанное подчеркивает актуальность бактериологических исследований при однообразных симптомах кишечных расстройств различной этиологии.

Лагно О.В., Башнина Е.Б., Туркунова М.Е., Корытко Т.Е., Мыслинчук Е.С.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 44», Районный эндокринологический Центр
для детей и подростков, Санкт-Петербург

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Актуальность. Диагностика и терапия пациентов с низкорослостью занимает особое место в работе детского эндокринолога и педиатра. Дефицит соматотропного гормона по данным Института детской эндокринологии составляет 8,8% в структуре причин низкорослости. По уровню дефицита соматотропного гормона (СТГ) выделяют тотальный и парциальный дефицит гормона роста. Наблюдение пациентов с парциальной (частичной) соматотропной недостаточностью имеет ключевое значение, так как диагностика данной патологии затруднена из-за необходимости правильной интерпретации сомнительных результатов СТГ-стимулирующих тестов, сопряжена с наличием сопутствующей патологии у пациентов с низкорослостью, разной эффективностью терапии препаратами рекомбинантного гормона роста. Применение в терапии соматотропного гормона позволяет этим пациентам достичь социально приемлемого роста.

Цель исследования: оценить изменения физического развития (ФР) у детей и полового развития у подростков с парциальной СТГ-недостаточностью на фоне терапии рекомбинантным гормоном роста, проанализировать структуру сопутствующей патологии у данной группы пациентов.

Задачи исследования:

1. Оценить данные антропометрического исследования у детей с парциальным дефицитом СТГ до начала терапии препаратами рекомбинантного гормона роста (Соматропином) и на фоне лечения.

2. Изучить структуры сопутствующей патологии у детей с парциальным дефицитом СТГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с диагностированной парциальной СТГ-недостаточностью. Оценено физическое развитие пациентов параметрическим методом. Собраны данные анамнеза жизни и заболевания из амбулаторных карт обследуемых пациентов и проведена статистическая обработка данных.

Результаты. Среди обследованных пациентов 6,6% родились с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) по гипопластическому типу, 23,3% — с ЗВУР по гипотрофическому типу, 70,1% имели нормальные ростовые и весовые показатели при рождении.

До терапии преобладал низкий уровень ФР у 60%, у 30% пациентов наблюдался уровень ФР ниже среднего, у оставшихся 10% — очень низкий уровень. На фоне терапии у 20% пациентов нормализовались показатели ФР. У 46,6% ФР расценено как ниже среднего, у 30% — как низкое, у 3,3% детей сохранялся очень низкий уровень ФР. У всех пациентов оценено стандартное отклонение (SDS) по скорости роста: у 62% на фоне терапии скорость роста превысила популяционную для соответствующего пола и возраста, у 30% выявлен средний уровень скорости роста и лишь у 3,3% скорость роста была ниже среднего.

По данным МРТ головного мозга и гипофиза у 12 человек были выявлены изменения: у 2 — пролабирование миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, у 2 — синдром пустого турецкого седла, у 2 — киста кармана Ратке, у остальных пациентов наблюдались эктопия нейрогипофиза, неоднородность гипофиза, расширение ретроцеребрального пространства, картина постгипоксических изменений, признаки арахноидальной кисты правой лобной доли. Среди сопутствующей патологии у 2 детей (6,6%) был диагностирован врожденный порок сердца (к моменту начала терапии — оперированный), у 5 (16,6%) — целиакия, у 5 пациентов (16,6%) было выявлено нарушение осевого скелета, у 2 (6,6%) — резидуальная

энцефалопатия и у 2 (6,6%) наблюдалась задержка речевого развития. 23,3% подростков имели задержку полового развития.

Выводы. Выявлено улучшение показателей роста после применения Соматропина у пациентов с парциальной СТГ-недостаточностью: скорость роста возросла, уровень физического развития приблизился к среднему. Ведущее место (40%) в структуре сопутствующих заболеваний у пациентов занимает патология головного мозга и гипофиза, диагностированная по данным МРТ.

Лазич Лю

Ассоциация «Психорелакс», Добой, Босния и Герцеговина

ТЕНДЕНЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ

В последнее десятилетие Босния и Герцеговина сосредоточила усилия на совершенствовании инклюзивного образования, но все еще существуют серьезные проблемы в его реализации и поддержке детей с ограниченными возможностями. Цель работы – подчеркнуть важность постоянного внимания к улучшению образования детей.

Босния и Герцеговина стремится привести свою систему образования в соответствие с международными стандартами инклюзивности. Это означает соблюдение статьи 24 Конвенции о правах людей с ограниченными возможностями (ООН, 2006 г.), которая продвигает «инклюзивное образование» и, следовательно, разработала набор показателей для мониторинга инклюзивного образования в качестве руководства для министерств образования и образования. институты (MyRight, Дуга, 2020). Упомянутые показатели относятся к мероприятиям и действиям, которые Босния и Герцеговина предпринимает для внедрения инклюзии в образование, и они делятся на: показатели для мониторинга в области законодательства (принятие и гармонизация законов, положений и стратегий), которые регулируют вопросы образования детей, обучения и профессионального развития преподавательского состава и специалистов; показатели для мониторинга внедрения в области участия лиц во всех жизненных ситуациях политики приема для доступа к обычному образованию, адаптации учебных программ для каждого отдельного учащегося, а не рассмотрения их как группы с выдачей сертификатов для конкретных детей, установления правил оценки и продвижения и поддержки инклюзии; показатели финансового мониторинга, обеспечивающие наличие финансовых ресурсов, а также обеспечение финансирования образования, мониторинга и материально-технической поддержки для проведения занятий. Совет министров Боснии и Герцеговины в 2020 г. принял Рекомендации по инклюзивному образованию, направленные на реализацию концепции инклюзивности в образовании, обеспечение доступа к образованию для детей и мониторинг прогресса. Нагрузка ложится на систему образования, перед которой поставлена задача создать процесс обучения и добиться оптимизации образовательной среды, отвечающей потребностям большинства детей при оптимальном использовании материально-дидактических ресурсов.

Современное инклюзии в образовательной системе в Боснии и Герцеговине сталкивается с многочисленными проблемами, такими как нехватка ресурсов и инфраструктуры, персонала в школах, отсутствие подготовки учителей, помощников учителей и родителей, а также социальная стигматизация (Somun Krumpalija, 2017; ЮНИСЕФ БиГ, 2017; Мадунич, Драгаш и др., 2023; RU_Inclusive_education в Федерации БиГ, 2024). Результаты анализа указывают на существование проблем в реализации инклюзивного образования и указывают на возможные пути и решения. Развитие технологий продолжается, примером чему служат школы в кантоне Сараево (9 школ), которые в рамках пилотного проекта в 2022 году внедрили программное обеспечение BoardMaker 7 Communicator, которое поддерживает приспособления для детей с ограниченными возможностями и повышает качество преподавания и реализации учебных программ для всех учащихся (Bjelan, Kafedžić, 2022). В Республике Сербской в 2021 году были открыты четыре Ресурсных центра для детей и молодежи с отклонениями в развитии – в Биелине (филиал Центра Дервента, охватывающий еще 16 муниципалитетов), Требинье, Восточном Сараево и Баня-Луке. Идея состоит в том, чтобы обеспечить раннее вмешательство и поддержку детских садов и школ в наблюдении за учениками, разработке учебных программ, адаптации учебных материалов для работы с детьми и обучении учителей (www.buducnostderventa.net). Это указывает на наличие идей и необходимость пропаганды финансовых ресурсов для реализации этих идей и оптимизации инклюзивного образования.

Ласачко С.А., Гончарова В.В., Трубникова И.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗВИТИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ

Актуальность: Гиперплазия эндометрия (ГЭ) представляет собой актуальную медико-социальную проблему. В настоящее время в структуре онкологической заболеваемости у женщин рак эндометрия занимает второе место после злокачественного поражения молочных желез, и, согласно долгосрочному прогнозу ВОЗ, уже через несколько лет возглавит структуру женской онкологической заболеваемости в большинстве развитых стран. За последние несколько десятилетий заболеваемость раком эндометрия увеличилась во многих странах, и предполагается, что эта тенденция связана с ростом распространенности ожирения. Хорошо известно, что прогрессирование рака эндометрия выше у женщин с атипичной гиперплазией по сравнению с женщинами с неатипичной гиперплазией, но величина этого риска неопределенна.

Цели. Оценить на основе систематического обзора литературы факторы риска развития рака эндометрия для определения стратегия лечения у пациенток с гиперплазией эндометрия. Изучить эпидемиологические данные о фоновом риске в популяции собранные в ходе клинических испытаний.

Материалы и методы. Был проведен систематический обзор литературы с 2013 по 2023 года с использованием баз данных Embase и PubMed, MEDLINE, и Web of Science. Поиски были разработаны для выявления исследований по эпидемиологии ГЭ, опубликованных на английском языке с 2013 г. В исследованиях требовалось наличие данных о подтвержденной морфологически ГЭ не менее чем у 500 женщин. Соответствующими исходами было изучение распространенности и заболеваемости ГЭ и/или влияние предварительно определенных факторов риска, включая возраст, индекс массы тела (ИМТ) и сахарный диабет (СД).

Результаты. Всего было просмотрено 2834 статей, и в обзор была включена 41 ссылка. Частота прогрессирования ГЭ с атипией в рак эндометрия увеличивалась с возрастом и достигала 141 и 360 случаев на 100 000 у южнокорейских женщин в возрасте 46–50 лет и женщин в США в возрасте 45–49 лет соответственно. Распространенность ГЭ сильно зависела от исследуемой популяции. При объединенном анализе 32 исследований атипической гиперплазии общая распространенность прогрессирования в рак эндометрия составила 32,6%, в то время как ни в одном исследовании не оценивали развития рака эндометрия при неатипической гиперплазии. Исследования факторов риска показали, что увеличение возраста, ИМТ и диабета связаны с увеличением распространенности гиперплазии эндометрия.

Выводы. Опубликованные данные об эпидемиологии ГЭ у женщин неоднозначны, со значительными различиями в методологии исследования и популяциях. Основными факторами, влияющими на распространенность и заболеваемость ГЭ с последующим развитием рака эндометрия, являются СД, изменения в щитовидной железе (гипотиреоз), ожирение, гипертоническая болезнь, нарушение рецептивности эндометрия при хроническом эндометрите.

Краткое резюме на русском языке: Проведен литературный обзор материала о развитии рака эндометрия у пациенток с гиперплазией эндометрия, во время которого были определены основные факторы риска развития ГЭ.

Краткое резюме на английском языке: A literature review of the material on the development of endometrial cancer in patients with endometrial hyperplasia was carried out, during which the main risk factors for the development of GE were identified.

Ласачко С.А., Чернявский А.Р., Баитовенко Т.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Эндометриоз — мультифакторное, дисгормональное, иммунозависимое, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием вне полости матки. Данное заболевание является опухолевидным процессом, обладающим способностью к инфильтративному росту, является хроническим, доброкачественным, эстрогензависимым воспалительным заболеванием, которое обнаруживается примерно у 10% женщин репродуктивного возраста и 35—50% женщин с тазовой болью и бесплодием. Существует множество классификаций эндометриоза, что затрудняет унифицирование данных, полученных из разных источников. Традиционно генитальный эндометриоз разделяют на наружный, располагающийся вне матки, и внутренний, располагающийся в теле матки. Эндометриоз яичников, маточных труб, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища относят к наружному, а эндометриоз тела матки (аденомиоз) — ко внутреннему. Экстрагенитальный эндометриоз топографически не связан с половыми органами и может поражать любые органы и ткани, однако доказательность некоторых описаний экстрагенитального эндометриоза в настоящее время оспаривают. Внедрение эндохирургических методов диагностики и лечения позволило выявить так называемые малые формы наружного генитального эндометриоза, когда диаметр очага не превышает 5 мм, но рубцовые изменения брюшины могут иметь место. Корреляции выраженности процесса с клинической картиной не отмечают. Важно выделять узловую форму аденомиоза, когда эндометриоидная ткань разрастается внутри матки в виде узла, напоминающего миому матки. Несмотря на большое количество публикаций, посвящённых теме эндометриоза, на данный момент в клинической практике не выработан единый подход к его диагностике, а также отсутствуют специфические меры профилактики, что снижает эффективность лечения. Таким образом, дальнейшие исследования, посвященные диагностике, лечению и профилактике эндометриоза, являются по-прежнему актуальными.

Ластков Д.О., Елизарова О.В., Клишкан Д.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИНАМИКА ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ И КАЧЕСТВА ВОДЫ В ДНР

В 2008-2009 гг. в Донецкой области начался процесс резкого падения производства, что обусловило сокращение количества промышленных объектов (на 30%), численности трудящихся (на 11%), в т.ч. женщин (на 10%). Это, в свою очередь, привело к уменьшению количества источников централизованного и нецентрализованного водоснабжения, наиболее выраженному с началом локального военного конфликта (2014 г. по сравнению с 2013 г.) – в 3,3 раза и 2,5 раза. Стабилизация количества источников с последующим ростом произошла, соответственно, в 2022 и 2018 гг.

В связи с этим анализ показателей качества воды проводился по шести периодам: I – довоенный (2008-2010 гг.), II – предвоенный (2011-2013 гг.), III – период активных боевых действий (2014-2016 гг.), IV – военный стабильный (2017-2019 гг.), V – пандемии (2020-2021 гг.), VI – СВО (2022-2023 гг.). Также выполнена сравнительная оценка показателей за довоенные (I-II) и военные (III-VI) периоды в целом. Основным источником централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения являлся канал «Северский Донец-Донбасс», однако в 2014-2015 гг. из-за повреждений во время обстрелов его неоднократно останавливали, что привело к ухудшению показателей качества питьевой воды: органолептических (цветности, мутности, вкуса, сезонно – жесткости), токсикологических (в первую очередь, органических соединений, в т.ч. фенола и его производных) и интегрального – окисляемости. В январе 2022 г. подача воды из канала была прекращена. Для подачи воды в регион построены водоводы «Дон-Донбасс» и «Ханженковский», восстановлены закрытые ранее скважины, созданы резервные водохранилища, но подача воды населению в отдельных городах до сих пор осуществляется по несколько часов через день. Серьезной проблемой также является потенциальный сброс неочищенных шахтных вод из прудов-отстойников 60 шахт, находящихся в стадии ликвидации, что неблагоприятно повлияет на качество воды.

Отмечается постоянный рост удельного веса проб, не соответствующих гигиеническим нормативам, в военные периоды с максимумом в период боевых действий (VI и III), что связано с повреждениями инфраструктуры и изменением источников водоснабжения.

Процент проб, не соответствующих нормативам по санитарно-химическим показателям в целом за все военные периоды (III-VI) был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем за довоенные (I-II) в централизованных (в 1,7 раза) и нецентрализованных (в 1,35 раза) источниках питьевого водоснабжения, водопроводах (в 2,3 раза), в т.ч. из поверхностных источников (в 5,9 раз), в распределительной сети (в 2,2 раза), в т.ч. по органолептическим показателям (в 3,2 раза). Доля проб, не соответствующих нормативам по микробиологическим показателям в целом за все военные периоды была достоверно ($p < 0,01-0,05$) больше, чем за довоенные в централизованных источниках питьевого водоснабжения (в 2,1 раза) и в распределительной сети (в 2,0 раза), в т.ч. по коли-формам (в 2,1 раза).

Низкое качество и недостаток воды для хозяйственных целей приводят к несоблюдению требований личной и общественной гигиены, о чем свидетельствуют установленные корреляции между уровнями заболеваемости населения в анализируемые периоды и количеством источников централизованного (слабая связь) и нецентрализованного водоснабжения ($R=0,638$, $p < 0,04$). В настоящее время население ДНР на безальтернативной основе потребляет для питья только качественную фасованную (бутилированную) воду, что, по-видимому, является одной из причин снижения заболеваемости населения.

*Ластков Д.О., Клименко А.И., Горохова А.А., Михайлова Т.В.,
Беседина Е.И., Жидких Т.Н.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИДАКТИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ

На современном этапе развития и реформирования системы образования в России особую актуальность приобретает вопрос поиска новых и совершенствования существующих форм и методов обучения, а также способов контроля и оценки формирования компетенций у обучающихся на всех образовательных уровнях. В последнее десятилетие наблюдается усиление связи между контролем и обучением. Целевые установки, определяющие результаты образования, задаются в терминах измеряемых результатов. Контроль в медицинском университете при преподавании гигиены является научной и прикладной педагогической проблемой.

На кафедре гигиены и экологии им. проф.О.А.Ласткова ФГБОУ ВО «ДонГМУ» МЗ РФ постепенно, шаг за шагом вызревали два взаимосвязанных метода обучения студентов – компетентностный подход и ситуативное обучение, что в современной литературе получило название кейс-метод (case study method).

Методологический и онтологический анализ позволил уточнить содержание гигиены как предмета, который интегрирует фундаментальные и клинические дисциплины для специальности «лечебное дело» в медицинских университетах. Фундаментальность преподавания гигиены, ее многосторонние прикладные аспекты, связь с предшествующими и последующими кафедрами создает ее уникальность в обучении студентов 3-4 курсов. Наиболее значимыми из них являются теории функциональных систем, гомеостаза, адаптации, патогенеза, резистентности, стресса, утомления, моделирования, кибернетики, отражения и др.

Дидактический контроль в преподавании гигиены студентам 3-4 курсов, обучающихся по специальности «лечебное дело» представляет собой систему различных инструментов, которые используются в ходе практических, итоговых занятий, а также экзамена, и основанных на компетентностном подходе с широким применением кейс-метода.

Эта система включает в себя следующие основные элементы:

- 1.1. тщательный отбор содержания обучения, который состоит из гармонического сочетания методологических основ гигиены и современных актуализированных проблем профилактики массовых заболеваний среди населения;
- 1.2. формулировку иерархических целей различных форм обучения, ориентированных на формирование профессиональных компетенций;
- 1.3. разработку рабочих программ обучения;
- 1.4. разработку методического обеспечения самостоятельной работы студентов, ее трансформация в диалектическую форму обучения и контроля процесса приобретения компетенции;
- 1.5. разработку технологии, оценку эффективности, непрерывную коррекцию рубежного и финального контроля формирования профессиональных компетенций с применением различных инструментов статистического анализа.

В работе обоснован и предложен к рассмотрению на федеральном уровне оригинальный стандарт технологии разработки и структуры контрольного теста в преподавании гигиены. Он включает в себя короткую санитарную ситуацию, вопрос по контролируемой компетенции, несколько правдоподобных ответов, из которых только один правильный.

Ластков Д.О., Пармас О.В., Николенко О.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАДОНОВАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ЗАКРЫТИИ УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Радон вместе со своими дочерними продуктами радиоактивного распада, в соответствии с оценками Научного Комитета по влиянию атомной радиации (НКДАР) ООН, составляет приблизительно три четверти годовой индивидуальной эффективной дозы облучения, которую получает население от земных источников радиации, и чуть более половины этой дозы от всех естественных источников радиации. К основным источникам радона в воздухе жилых помещений относятся выделение радона из почвы и из строительных материалов, поступление с наружным воздухом, с водопроводной водой, природным газом.

Уровень радона в воздухе жилых помещений Донбасса колеблется в широких пределах: от 10 до 900 Бк•м⁻³. Соответственно, дозы облучения населения страны могут достигать высоких значений.

Поскольку концентрация радона и других газов в пластах земной коры выше, чем на поверхности, их диффузия всегда происходит по направлению к поверхности земли.

Особенностями застройки и эксплуатации шахтных поселков Донбасса являются: малоэтажность, использование для строительства материалов-отходов металлургической промышленности (шлаков), отсутствие изоляции воздуха помещения от подстилающей почвы (уплотнение, бетонные «подушки»), наличие не изолированных от почвы подвальных помещений – погребов, которые увеличивают площадь эманации радона, отопление домов сжигаемым каменным углем и природным газом при неадекватной системе вентиляции и высокой герметизации помещений (особенно в холодный период времени). По данным научной литературы, каждая из этих особенностей застройки повышает уровень радона в воздухе жилых помещений. Уровень радона в помещениях, расположенных ниже уровня земли, выше, чем в комнатах первого этажа.

Изучение радиационной ситуации в выработках угольных шахт показало, что в воздухе основных подземных рабочих мест обнаруживаются высокие уровни дочерних продуктов распада радона и торона, пылерадиационного фактора.

Донецкий угольный бассейн расположен на сложной горно-геологической платформе. Наличие шахтных выработок, которые размещены в несколько ярусов, обуславливает перемещение горны х массивов, образование трещин различной величины и, как следствие, облегчает эманацию радона из почвы. Этот фактор набирает значимости в настоящее время, когда, вследствие военных действий, шахтные предприятия останавливают работу и нет возможности проведения полного комплекса мероприятий по поддержанию отработанных выработок (предупреждение обвалов, обводнения, вентиляционные работы и др.).

В довоенный период при наложении схем расположения шахтных выработок, геологических нарушений местности и карты города (в месте обследованных домов) установлено, что подавляющее большинство помещений с повышенным содержанием в воздухе радона находится именно над этими зонами. Этот факт можно объяснить наличием повышенной трещиноватости и открытой пористости почвы, а также аэродинамической связи обрушенной вследствие проведения горных работ толщи пород с поверхностью. Очевидно, основным источником поступления радона в воздух жилых помещений является почва и в меньшей мере – строительные материалы.

Таким образом, в комплекс мероприятий по проведению работ на остановленных угольных шахтах должны быть включены мероприятия по снижению их неблагоприятного воздействия на экологическую ситуацию с проведением радонового мониторинга по территории над шахтными полями предприятия.

Ластков Д.О., Попович В.В., Близнюк М.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОНЬЮНКТИВИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В 2012-2021 ГГ.

Цель работы состояла в оценке неспецифического влияния тяжелых металлов на заболеваемость и распространенность конъюнктивита у населения техногенного региона, в т.ч. в условиях последствий военного и эпидемического дистресса при локальном военном конфликте.

Материалы и методы. В качестве объекта окружающей среды нами была выбрана почва г. Донецка, а в качестве модели загрязнения – концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (далее – ТМ), период полувыведения которых из почвы составляет от десятков до тысяч лет. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почвах г. Донецка. Выполнены расчет и анализ уровней заболеваемости и распространенности конъюнктивита среди основных групп населения (дети, подростки и взрослое население, в т.ч. лица пенсионного возраста) с учетом возрастных и гендерных различий по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, в сравнении со среднегородскими показателями в течение 4-х временных периодов: довоенного (2012-2013 гг.), переходного военного – начала боевых действий (2014-2016 гг.), стабильного военного (2017-2019 гг.) и пандемии (2020-2021 гг.). Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat. Различия между показателями довоенного и военных периодов, возрастными и гендерными группами, городскими районами оценивались методом множественных сравнений Шеффе. Рассчитаны коэффициенты корреляции ($p < 0,05$) между максимальной кратностью превышения концентрации тяжелых металлов в почве каждого района и показателями состояния здоровья населения.

Результаты и обсуждение. В течение всего анализируемого периода наибольшие (как правило, достоверно) показатели распространенности (заболеваемости) конъюнктивитов были у подростков и детей. Минимальные показатели были характерны для групп взрослого населения, а в контрольном районе – для подростков. Однонаправленная групповая динамика в военные периоды наблюдается в загрязненных районах, в т.ч. из зоны военного конфликта, в отличие от контрольного района.

Последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие тяжелых металлов на уровни распространенности (Pb, Sr, Al, Tl + военный дистресс) и заболеваемости (Pb, Sr, Al, Cu, P, Zn, Cd, Mn + военный дистресс) конъюнктивитом подростков, заболеваемости детей-школьников (Hg + военный + эпидемический дистресс). Для взрослого населения данные факторы риска не относятся к приоритетным.

Максимальные показатели заболеваемости и распространенности конъюнктивитов отмечаются в контрольном районе: среди взрослого населения – все периоды, среди детей – в военные периоды, среди подростков – только в период пандемии. В довоенный и оба военных периода наибольшие уровни у подростков наблюдаются в загрязненных районах, минимальные – в «чистом» районе.

Гендерные различия характеризуются тенденцией к превалированию уровней конъюнктивитов мальчиков у детей и девушек у подростков, а также женщин у взрослого населения контрольного района. У взрослого населения загрязненных районов отличия достоверно носят противоположный характер, что объясняется влиянием вредных условий труда у мужского населения. С началом локального военного конфликта, как правило, наблюдается снижение показателей конъюнктивитов у детей пострадавших районов и подростков загрязненных районов; для взрослого населения характерны противоположные тенденции.

Ластков Д.О., Ткачев П.В., Клишкан Д.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ

В научной литературе освещены разнообразные факторы риска болезней нервной системы у различных возрастных и гендерных групп населения. Однако недостаточно внимания в развитии данной патологии уделено экологическим факторам, в первую очередь, в условиях последствий военного (локальный конфликт) и эпидемического (пандемия COVID-19) дистресса.

В качестве объекта окружающей среды нами была выбрана почва г. Донецка, а в качестве модели загрязнения – концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов. Выполнены расчет и сравнительный анализ уровней заболеваемости (общей и первичной) болезнями нервной системы среди взрослого населения с учетом возрастных и гендерных различий по всем районам и группам районов г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 6-ти временных периодов: довоенного (I – 2008-2010 гг.), предвоенного (II – 2011-2013 гг.), переходного военного – начала боевых действий (III – 2014-2016 гг.), стабильного военного (IV – 2017-2019 гг.), пандемии (V – 2020-2021 гг.) и СВО (VI – 2022-2023 гг.). Группы районов формировались с учетом степени загрязнения почвы, их вовлеченности в локальный военный конфликт и локализации, что позволило снизить влияние межрайонной миграции.

Противоположная динамика уровней патологии в близлежащих районах, очевидно, объясняется миграционными процессами (внутри группы районов и извне). В целом отмечается четкая тенденция к снижению уровней заболеваемости в период активных боевых действий (значимо по городу в целом, и в не пострадавших районах) с последующим ростом в IV периоде. Гендерные различия характеризуются превалированием уровней патологии у мужчин над женщинами. К возрастным особенностям следует отнести, как правило значимые, минимальные уровни заболеваемости в группе лиц пенсионного возраста по городу и всем группам районов. Максимальные уровни патологии среди пенсионеров отмечались в центральных районах, что, по-видимому, также обусловлено миграцией населения. Это подтверждает рост показателей заболеваемости у лиц пенсионного возраста из не пострадавших районов в IV-VI периодах при снижении уровней патологии в остальных районах, в первую очередь, из зоны военного конфликта. Сильная связь общей заболеваемости выявлена только у пенсионеров из группы окраинных не пострадавших районов в VI периоде с содержанием в почве ртути ($R=0,797$, $p < 0,002$). Отсутствие роста патологии под действием экологических и стресс-факторов риска объясняется также достоверным изменением структуры населения с началом боевых действий из-за миграции: рост удельного веса взрослого населения (за счет мужчин) с 2015 г. и, что самое важное, – лиц пенсионного возраста (треть взрослого населения в 2018 г., треть всего населения города в 2020-2021 гг.). Еще одной важной причиной снижения показателей изучаемой патологии является «перетекание» в другие группы болезней. В отличие от болезней нервной системы при расстройствах психики и поведения максимальные уровни патологии наблюдаются у лиц пенсионного возраста, наибольшие показатели во всех группах населения характерны для загрязненных районов, были выявлены корреляции с содержанием в почве кадмия, цинка и фосфора у взрослого населения при отсутствии таковых у пенсионеров.

Вопреки существующей парадигме в условиях экокризисного региона стресс-факторы риска не привели к росту заболеваемости болезнями нервной системы у взрослого населения Донецка. Выявленные региональные особенности изменений показателей состояния здоровья вследствие миграции и изменения структуры населения необходимо учитывать при проведении социально-гигиенического мониторинга.

Латышевская Н.И., Давыденко Л.А, Прудаев А.А.

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

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ СТРОИТЕЛЬНОГО ТЕХНИКУМА

Неблагоприятная демографическая ситуация в РФ определяет актуальность изучения факторов, участвующих в формировании репродуктивного потенциал молодых людей.

Методом анкетирования и интервьюирования выполнено изучение характеристик репродуктивного поведения и репродуктивных установок 215 девушек, учащихся строительного техникума в возрасте $18 \pm 0,9$ лет.

Анализ сексуального поведения учащихся девушек показал, что половые контакты практикуют 81,7% девушек, у 87,3% из них половой дебют имел место до 16 лет. Для большинства девушек (72,8%) характерны нерегулярные половые контакты с частотой несколько раз в месяц. При этом, значительное число девушек (за период 6 месяцев) отметили контакты с несколькими половыми партнерами (32,6%).

Исследования показали, что во время последнего полового акта 48,1% девушек практиковали незащищенный секс. В качестве средства контрацепции 89,3% учащихся строительного колледжа используют мужской презерватив, считая его наиболее эффективным и доступным средством контрацепции. Результаты анкетирования показали, что у большинства девушек отсутствуют знания и опыт применения гормональной контрацепция; девушки не обращались к гинекологу по вопросам контрацепции.

Анализ репродуктивных установок показал, что 81,5% девушек считают добрачные половые связи нормально формой поведения, при этом 76,8% опрошенных продемонстрировали положительное или безразличное отношение к коммерческому сексу.

Анализ информированности о факторах риска репродуктивному здоровью показал, что 68,7% девушек владеют информацией о том, что аборт, раннее начала половой жизни, частая смена половых партнеров представляют опасность для репродуктивного здоровья, но считают, что опасность преувеличена. При этом 73,2% девушек серьезно относятся к информации о том, что причинами нарушений репродуктивного здоровья могут быть инфекции, передаваемые половым путем, 65,4% девушек интересуются причинами и вопросами профилактики таких инфекций.

Анализ установок на создание семьи и деторождение показал, что 76,3% девушек хотят жить в зарегистрированном браке, другая часть девушек согласны на гражданский брак. При этом значительная часть девушек 58,9% считают, что до рождения ребенка нет необходимости регистрировать брак.

Наиболее благоприятным возрастом для вступления в брак большинство девушек (64,1%) считают возраст 23-25 лет, 32,1% девушек планируют вступление в брак на возраст старше 25 лет. Значительная часть девушек считает, что низкая материальная обеспеченность, отсутствие собственного жилья, отсутствие постоянной работы является причинами, по которым не следует регистрировать брак.

Исследования показали, что 69,8% девушек планируют в будущем иметь одного-двух детей, 9,7% ответили, что не планируют иметь ребенка. Значительное число девушек планируют рождение первого ребенка на второй – третий годы брака, второго – через 5 лет после рождения первого.

Следует отметить, что 53,5% девушек не ведут менструальный календарь, большинство девушек не посещают регулярно гинеколога.

Реализация репродуктивной функции девушек, учащихся строительного техникума в значительной степени ограничена особенностями репродуктивного поведения и репродуктивными установками, что необходимо учитывать при организации профилактической работы в области сохранения репродуктивного здоровья молодых людей.

Латышевская Н.И., Левченко Н.В., Шестопалова Е.Л.

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

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СПОРТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Цель – оценка вовлеченности обучающихся общеобразовательных организаций в занятия физической культурой и спортом.

В исследовании принимали участие обучающиеся начального, среднего и старшего звена общеобразовательных организаций г. Волгограда (152 мальчика и 207 девочек).

Для исследования спортивной и физкультурно-оздоровительной деятельности обучающихся была разработана анкета. Вопросы позволили установить вовлеченность учащихся в спортивные секции в образовательной организации и вне школы, а также отношение школьников к уроку физкультуры.

Результаты показали, что в среднем 80% - учащихся начальной школы, 70-60% - учащихся средней школы и 50-56% - старшеклассников вовлечены в занятия спортом в различных секциях. Так, наиболее активно в дополнительные спортивные занятия и секции вовлечены учащиеся начальной школы, в среднем звене вовлеченность начинает сокращаться, а после 8-9 класса и вовсе падает. Однако это не означает, что у детей с возрастом падает интерес к спорту, подростки выбирают самостоятельную (неорганизованную) форму физического воспитания, такую как «стрит воркаут», подразумевающую уличные тренировки на оборудованных площадках, а также домашние тренировки. Около 25% подростков ответили, что занимаются данными видами тренировок.

Несмотря на то, что в 100% обследуемых школ имеются спортивные секции, больше 85% учащихся занимаются в спортивных секциях вне школы.

Интересно отметить, что вовлеченность в занятия спортом значительно выше среди учащихся школ Центрального района города по сравнению со школами отдаленных (промышленных) районов города, а также выше среди гимназистов по сравнению с учащимися общеобразовательных школ. Несомненно, важный фактор дополнительной спортивной активности детей - материальное положение семьи, их социальный статус.

Выявлено, что мальчики занимаются в спортивных секциях в 1,5 раза чаще девочек. Самыми популярными спортивными секциями среди учащихся начальной школы являются: для мальчиков - футбол, спортивные единоборства и боевые искусства (бокс, карате, дзюдо, самбо, борьба, тхэквондо), плавание; для девочек – гимнастика, танцы, акробатика, плавание. Начиная с класса 4-5, у школьников меняются предпочтения: у мальчиков – добавляется легкая атлетика, спортивная гимнастика, водное поло; у девочек – к гимнастике и танцам добавляется большой теннис, синхронное плавание, легкая атлетика, волейбол и гандбол. Среди старшеклассников: у юношей наиболее популярной спортивной секцией стали спортивные единоборства, кроссфит, занятия в тренажерном зале; у девушек – танцы, йога, настольный теннис, волейбол.

По мнению родителей школьников начальных классов, к причинам, мешающим посещать детям дополнительно спортивные секции, относят: отсутствие свободного времени (50%), прежде всего, у родителей, удаленность спортивных сооружений от дома (30%), особенно для учащихся школ промышленного района города, что требует больших затрат (времени, денег).

Нехватка денежных средств (финансовые ограничения) (20%) – причина, по которой дети не занимаются в спортивных секциях, больше характерна для родителей школьников промышленного района. Родители школьников старше 10 лет ответили, что чаще всего дети не посещают дополнительные физкультурно-спортивные занятия и секции, потому что или не хотят (23%) или нет единомышленников, с кем можно было ходить вместе, как для детей, так и для родителей.

Таким образом, для повышения вовлеченности обучающихся общеобразовательных организаций в систематические занятия физической культурой и спортом, ведении ЗОЖ и участия в массовых физкультурно-спортивных мероприятиях.

Лебедкина А.М., Стефанов Г.М., Клишкан И.Д

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ ИММУНОТЕРАПИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение: Иммуноterapia – современное направление в лечении ряда онкологических заболеваний, при котором осуществляется искусственная стимуляция иммунной системы человека, приводящая к более эффективному распознаванию и уничтожению опухолевых клеток. И комбинирование такого метода лечения с традиционными подходами может способствовать повышению эффективности терапии пациента.

Цель: Проведение анализа научных статей для оценки клинической эффективности применения иммунотерапии в сочетании с химиотерапией у пациентов с онкологическими заболеваниями, по сравнению с изолированным использованием химиотерапии. Критериями оценки будут выступать такие показатели, как общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования, частота объективного ответа (т.е. регрессии опухоли).

Материалы и методы исследования: С целью изучения современных данных по рассматриваемой теме был проведен анализ научных статей, представленных в электронных базах КиберЛенинка, PubMed, SpringerOpen за период с 2019 по 2023 год. В итоге проанализированы данные 902 пациенток (100,0%) с раком молочной железы с тройным негативным фенотипом и 403 пациентов (100,0%) с метастатическим мелкоклеточным раком легкого. Пациенты были разделены на 2 группы: основная, получавшая изолированную химиотерапию и группа сравнения, которая получала химиотерапию в комбинации с иммунотерапией. Среди пациенток с раком молочной железы 451 женщина (50,0%) относилась к основной группе, и 451 (50,0%) – к группе сравнения. Основная группа получала химиотерапию наб-паклитаксела в дозе 100 мг/м² в 1, 8, 15 дни каждые 4 недели. У группы сравнения дополнительно проводилась иммуноterapia в виде атезолизумаба в дозе 820 мг в 1 и 15 день. Среди лиц с раком легкого 202 (50,1%) пациента относились к основной группе, 201 пациент (49,9%) – к группе сравнения. В основной группе химиотерапия проводилась карбоплатином АUC 5 мг/мл/мин в 1-й день и этопозидом 100 мг/м² в 1-3-й день 21-дневного цикла на протяжении 4 циклов. Группа сравнения получала дополнительно иммуноterapia в виде атезолизумаба 1200 мг 1 раз в 3 недели. У пациенток с раком молочной железы с тройным негативным фенотипом было проведено наблюдение на 12,9 месяце, у пациентов с метастатическим мелкоклеточным раком легкого наблюдение было проведено на 13,9 месяце.

Результаты исследования: В основной группе женщин с раком молочной железы выживаемость составила 17,6 месяца, а в группе сравнения – 21,3 месяца ($p=0,084$). Выживаемость без прогрессирования у пациентов основной группы составила 5,5 месяца, у пациентов группы сравнения – 7,2 месяца ($p=0,003$). Частота объективного ответа у группы, принимающая изолированную химиотерапию, достигла 43,0%, у группы сравнения – 59,0%, при этом частота полного ответа составила 1,0% и 10,0%, а частичного – 42,0% и 49,0% соответственно.

Общая выживаемость у пациентов основной группы с раком легкого составила 10,3 месяца, у пациентов группы сравнения – 12,3 месяца ($p=0,007$). Выживаемость без прогрессирования в группе, принимающая изолированную химиотерапию, достигла 4,3 месяца, а в группе сравнения – 5,2 месяца ($p=0,017$). Частота объектного ответа в основной группе составила 64,0%, в группе сравнения – 60,0%, при этом частота полного ответа достигла 1,0% и 2,0%, а частичного – 63,0% и 58,0% соответственно.

Вывод: Оценивая результаты исследования можно сказать, что применение иммунотерапии совместно с химиотерапией дает более выраженный клинический эффект по сравнению с использованием изолированной химиотерапии в лечении описанных онкологических заболеваний. Так общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования и частота объективного ответа были выше среди лиц, получавших комплексную терапию, которая включала иммуноterapia. Поэтому иммуноterapia имеет реальную перспективу применения как составляющая часть комплексного лечения онкологических заболеваний.

Левченко Е.В., Кравцова Е.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

УНИКАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) был не только талантливым врачом, оказывавшим помощь простым людям, но и человеком, прошедшим через ссылки, заключение и пытки, после чего удостоенным Сталинской премии. Как хирург, он спас множество людей от слепоты, хотя сам со временем потерял зрение. Обладая глубокими знаниями, даром слова и непоколебимой верой, он был истинным примером христианской силы духа, наставником, учёным и святым.

Родившийся 27 апреля 1877 года в Керчи, Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий стал третьим ребёнком из пяти в семье. Его крёстное имя, Валентин (означающее «сильный»), было дано в честь мученика Валентина Интерамнского, наделённого Господом даром исцеления. Подобно своему покровителю, Валентин стал врачом и священнослужителем. В монашестве он принял имя Лука в честь апостола Луки, который также был врачом и иконописцем.

В 1899 году семья Войно-Ясенецких переехала в Киев, где Валентин окончил гимназию и художественную школу. Размышляя о своей карьере, он рассматривал две дороги: искусство или медицина. Желание помогать людям стало решающим фактором, и Валентин выбрал медицину. В университете он привлекал внимание преподавателей и студентов своей принципиальностью и бескорыстием, а после выпуска заявил, что будет работать сельским врачом.

Войно-Ясенецкий считал, что профессионализм врача требует высокой моральной культуры. Совесть, долг, милосердие, сострадание и забота являются основными моральными ориентирами врача, которые помогают установить связь с пациентом и понять его состояние. Психотерапия, как духовное воздействие врача на пациента, рассматривалась им как эффективное средство лечения многих заболеваний. Согласно Войно-Ясенецкому, основой медицинской этики является религиозное стремление к выполнению долга перед Богом, совестью, человечеством и пациентом.

Сострадание, милосердие и забота являются неотъемлемыми чертами врача. Способность сочувствовать и сопереживать необходима каждому врачу и базируется на высокой эмоциональной культуре. Практическое проявление сострадания выражается в заботе и милосердии. В основе мировоззрения Святителя Луки лежит человеколюбие, основанное на христианских заповедях. Любовь, являясь связующим звеном в цепи добродетелей, делает человека по-настоящему гуманным. Гуманность, основанная на любви и сострадании к пациенту, является сутью врачебной практики, без которой медицина теряет своё предназначение. Святитель Лука выделял три фактора, влияющие на выздоровление: вера врача и пациента, доверие пациента к врачу, и участие врача в формировании этого доверия.

Доброжелательное отношение врача часто способствует выздоровлению пациента. Психотерапия, являющаяся духовным воздействием врача, является важной частью лечебного процесса. Святитель Лука утверждал, что без духовного наполнения слово теряет силу, а подлинное исцеление невозможно без любви, веры и праведных поступков целителя.

Левченко И.Л.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Проблема ожирения в настоящее время является объектом пристального внимания органов исполнительной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации на самом высоком уровне. Показатели деятельности медицинских организаций по работе с пациентами, страдающими указанным заболеванием, в 2024 году включены Министерством здравоохранения Российской Федерации в перечень мониторируемых в рамках отраслевого Инцидента № 9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения».

Ожирение является основной причиной развития более двухсот заболеваний, которые прогрессируя, становятся ведущими причинами смертности. Это заболевания сердечно-сосудистой системы, осложняющиеся развитием острого нарушения мозгового кровообращения и иными сосудистыми катастрофами, сахарный диабет и иные эндокринные расстройства, заболевания пищеварительной системы, в том числе раковые заболевания кишечника, пищевода, желчного пузыря и поджелудочной железы, заболевания опорно-двигательной системы, расстройства репродуктивной функции и заболевания иных групп.

Несмотря на значимость алиментарных и психоэмоциональных факторов в развитии ожирения, в том числе самоконтроля пациентами пищевых привычек и формирования устойчивых навыков регулярной физической активности, значение контроля состояния здоровья пациентов со стороны медицинских организаций также достаточно велико. Согласно Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному приказом Минздрава Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н, ожирение является заболеванием, при установлении диагноза которого пациент должен быть взят под диспансерное наблюдение, показатели его здоровья должны быть подвержены постоянному контролю, как минимум ежегодно. Это исследование гормонального фона, диагностика функций и состояния желудочно-кишечного тракта, проведение по показаниям консультирования врачом-кардиологом, диетологом, психиатром и других специальностей. В соответствии с требованиями Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н, охват пациентов диспансерным наблюдением должен составлять не менее 70%.

К сожалению, в настоящее время охват пациентов с ожирением диспансерным наблюдением остается крайне неудовлетворительным, поскольку врачи-специалисты более сосредоточены на активном ведении заболеваний, сопряженных с ожирением и являющихся его последствиями, а диагноз ожирения в этой ситуации остается без должного внимания.

Так, медицинскими организациями Санкт-Петербурга, предоставляющими первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, за первое полугодие 2024 года было установлено свыше 180 тысяч случаев ожирения, как самостоятельного заболевания, для которого предусмотрены планомерные лечебно-диагностические мероприятия. При этом охват пациентов с этим диагнозом диспансерным наблюдением составляет только 55,3%, а доля пациентов, посетивших врача в течение последнего года составляет только 14,4%.

Видится, что сложившаяся картина недостаточного внимания медицинских организаций к пациентам с ожирением требует принятия неотложных мер по развитию профилактических мероприятий, в том числе профилактических приемов в рамках диспансерного наблюдения для пациентов с ожирением.

Лежнина Е.К., Коробкеев А.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ ВЕТВЕЙ ПРАВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ГИПЕРСТЕНИКОВ И НОРМОСТЕНИКОВ

Отмечено, что тип телосложения человека является прогностическим фактором для развития заболеваний коронарного русла сердца. При этом причиной возникновения ишемической болезни сердца может стать извитость венечных артерий, выраженность которой необходимо учитывать при проведении коронарного стентирования.

Цель работы: представить морфометрические показатели задней межжелудочковой и правой краевой ветвей правой венечной артерии при гиперстеническом и нормостеническом соматотипах. У гиперстеников изучена 31 прижизненная коронарограмма, а у нормостеников – 35 ангиограмм. Рассмотрены сердца людей пожилого возраста с правовенечным вариантом ветвлений венечных артерий без нарушений коронарного кровотока. Для определения соматотипа применен индекс Пинье, а для установления варианта ветвлений венечных артерий – критерии А.А. Коробкеева. Морфометрические показатели установлены в специальной компьютерной программе «Видео-Тест-Морфология, 5,0», а также рассчитан коэффициент извитости изученных сосудов. Статистический анализ результатов проводили с использованием программы «SPSS».

Результаты. У лиц гиперстенического типа телосложения внутренний диаметр устьевого отдела правой краевой ветви составил 1,80 [1,70; 2,00] мм. Вместе с тем начальный отдел задней межжелудочковой ветви на 25% превышал его значения у правой краевой ветви, достигая 2,40 [2,10; 2,60] мм, $p < 0,0001$. У нормостеников просвет начального отдела задней межжелудочковой ветви также больше диаметра правой краевой ветви на 21%, составляя соответственно 1,90 [1,80; 2,10] мм и 1,50 [1,40; 1,70] мм, $p < 0,0001$. Сравнительный анализ просвета задней межжелудочковой ветви у гиперстеников и нормостеников показал их значимые различия с превалированием его величины у лиц гиперстенического соматотипа ($p < 0,0001$). Внутренний диаметр устья правой краевой ветви также больше у лиц гиперстенического типа телосложения, чем у нормостеников ($p < 0,0001$).

Длина задней межжелудочковой и правой краевой ветвей у гиперстеников составляет соответственно 81,50 [72,70; 91,90] мм и 78,40 [71,80; 90,70], $p = 0,789$. Тогда как у нормостеников протяженность указанных ветвей имеет значимое различие величины ($p = 0,037$), составляя у задней межжелудочковой ветви – 76,7 [72,10; 92,20] мм, а у правой краевой – 75,00 [71,00; 77,50] мм. Длина задней межжелудочковой ветви у гиперстеников и нормостеников не имеет значимых различий ($p = 0,837$). Тогда как протяженность правой краевой ветви гиперстеников больше, чем на сердцах нормостеников ($p = 0,019$).

У лиц гиперстенического типа телосложения коэффициент извитости задней межжелудочковой ветви равен 1,13 [1,06; 1,21], а у правой краевой ветви достигает 1,27 [1,19; 1,50], $p < 0,0001$. У нормостеников коэффициент извитости правой краевой ветви также больше, чем у задней межжелудочковой ветви, составляя 1,28 [1,22; 1,35] и 1,14 [1,10; 1,26], $p < 0,0001$. На сердцах гиперстеников и нормостеников отсутствует значимое различие значений коэффициента извитости как в бассейне задней межжелудочковой ветви ($p = 0,151$), так и у правой краевой ветви ($p = 0,812$).

Выводы: 1. У гиперстеников и нормостеников просвет устьевого отдела задней межжелудочковой ветви больше, чем у правой краевой ветви ($p < 0,05$). Внутренний диаметр основных ветвей правой краевой ветви превалирует на сердцах гиперстеников ($p < 0,05$).

2. Длина правой краевой ветви у лиц гиперстенического соматотипа больше, чем на объектах нормостеников ($p < 0,05$).

3. У лиц обоих соматотипов коэффициент извитости у правой краевой ветви больше, чем в бассейне задней межжелудочковой ветви.

Лейкина В.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

В последние десятилетия среди детей раннего возраста отмечается не только рост частоты регистрации острого обструктивного бронхита (ООБ), но и увеличение числа детей с повторными случаями ООБ (Таточенко В.К., 2015, Нестеренко З. В., 2017). Рецидивирующее течение ООБ у детей раннего возраста связывают со многими факторами, в том числе и с нарушениями функционирования иммунной системы (Геппе Н.А., 2013, Новинский А.Б. и др., 2015). Неоднозначность данных о состоянии иммунного статуса детей раннего возраста с рецидивирующим течением ООБ требует дальнейшего изучения этого вопроса, особенно в межрецидивный период.

Цель исследования

Изучить особенности иммунного статуса детей раннего возраста с рецидивирующим течением ООБ в межрецидивный период.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 1-го года до 3-х лет с повторными эпизодами ООБ. За год, который предшествовал исследованию, у детей регистрировали ООБ от 2 до 4 раз, что позволило констатировать у этих детей рецидивирующее течение ООБ. Объем иммунологических исследований: определение количества СД3+, СД4+, СД8+, СД22+лимфоцитов, уровней IgA, IgM, IgG, ЦИК, фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов, фагоцитарного числа и спонтанного НСТ-теста. Обследование детей проводили в межрецидивный период. В качестве группы сопоставления обследовано 16 практически здоровых детей в возрасте от 1-го года до 3-х лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В межрецидивный период у детей с рецидивирующим течением ООБ определялось достоверное ($P<0,001$) снижение количества СД3+лимфоцитов, у 70% детей выявили дефицит СД8+лимфоцитов. Низкое содержание СД3+лимфоцитов и СД8+лимфоцитов может свидетельствовать о реализации у исследуемых детей одного из звеньев механизма гиперпродукции IgE, что может приводить к развитию сенсibilизации к неинфекционным аллергенам и в дальнейшем формированию бронхиальной астмы. Гуморальные факторы иммунитета у детей характеризовались достоверным ($P<0,01$) снижением СД22+лимфоцитов, уровней IgM, IgA и IgG и повышением уровней ЦИК в сыворотке крови, что может свидетельствовать о низкой степени противовирусного иммунитета у этих детей в межрецидивный период и предрасполагают к возникновению у них повторных ОРВИ, которые являются основными этиологическими факторами ООБ. Кроме того, у детей с рецидивирующим течением ООБ выявлено снижение поглотительной способности нейтрофильных гранулоцитов при одновременно высоком уровне фагоцитирующих нейтрофильных гранулоцитов, а также достоверное ($P<0,001$) превышение нормативных значений уровней спонтанного НСТ-теста, что свидетельствует о повышенной бактерицидной активности нейтрофильных гранулоцитов и может быть следствием возможной персистенции вирусной и/или бактериальной флоры в организме.

Заключение

Иммунный статус детей раннего возраста с рецидивирующим течением ООБ в межрецидивный период характеризуется вторичной иммунной недостаточностью с дефицитом супрессорной субпопуляции лимфоцитов и основных классов сывороточных иммуноглобулинов, а также нарушением функционального состояния фагоцитирующих клеток. Результаты исследования диктуют необходимость проведения рациональной иммунокорректирующей терапии в комплексе реабилитационных мероприятий детей раннего возраста с рецидивирующим течением ООБ.

Лепихов И.П., Щербинин А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ МОРГАНИИ ЯИЧКА

Целью исследования является анализ опыта консервативного лечения перекрута гидатиды яичка и определения показаний к проведению оперативного лечения.

Материалы и методы: Нами проведено проспективное исследование результатов лечения больных с перекрутом гидатиды яичка за период 2022 - 2023 гг. Всего на лечении за указанный период находилось 286 детей.

Всем больным, которые поступали в отделение с диагнозом перекрут гидатиды яичка проводился клинический осмотр и дальнейшее дообследование, включавшее УЗИ органов мошонки с доплерографией, которое использовалось для исключения перекрута яичка.

Современные ультразвуковые возможности диагностики и мониторинга состояния органов мошонки позволяют отойти от устоявшихся аксиом в лечении и проводить консервативное лечение с динамическим наблюдением.

Результаты исследования: Из всех пациентов, 96 (33,5%) детей были оперированы в ургентном порядке в виду выражено отека и гиперемии мошонки, выраженного болевого синдрома и невозможности исключить перекрут яичка.

Остальным 190 пациентам (66,4%) была назначена консервативная терапия. Последняя в себя включала: антибактериальную терапию (антибиотики широкого спектра действия), а также охранительный режим, ограничение физической активности, противовоспалительные препараты (НПВС), местное лечение (Троксевазин, Троскарутин) - с целью уменьшения местного отека. Данное лечение проводилось в течении 72 часов, с ежедневным сонографическим контролем для оценки динамики. В качестве критериев успешности лечения мы оценивали отсутствие жалоб, регресс отека и гиперемии мошонки, отсутствие болезненности при пальпации.

Необходимость в оперативном лечении на фоне консервативной терапии возникла у 21 (11%) ребенка. Из них у 10 (5,2%) детей оперативное лечение было выполнено в течении первых суток после назначения консервативного лечения. Критериями перехода к оперативной тактике служили: отрицательная клиническая и ультразвуковая динамика в течение суток, нарастание отека и гиперемии яичка в течении первых суток, сонографически размер гидатиды более 0,8 мм. У оставшихся 11 (5,7%) детей поводом для проведения хирургического лечения явилось отсутствие положительной клинической и ультразвуковой динамики в течение 3 суток, консервативного лечения. Во всех случаях проводилась ревизия органов мошонки и удаление гидатиды Моргани.

Выводы: 1. Консервативное лечение при трансформации гидатиды является эффективно и безопасным методом. 2. Консервативный метод ведения пациентов основан на расширенных возможностях лучевой диагностики и своевременного мониторинга состояния органов мошонки в динамике. 3. Проведенная терапия позволила добиться положительных результатов у 2/3 больных.

Лесковец Е.С.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов

АКТУАЛЬНЫЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Фундаментальной основой благополучно развитого общества является здоровье его населения, одним из индикаторных показателей которого является здоровье детского, а, в частности, подросткового контингента. Однако именно старший подростковый возраст находится в группе риска распространения негативных поведенческих факторов и хронизации заболеваний на фоне обучения в системе профессионального образования, в которой процесс получения специальных навыков предусматривает контакт с производственной средой.

В течение последних трех лет в системе среднего профессионального образования (СПО) Российской Федерации активно реализуется программа «Профессионалитет», основу которой составляет кластерный подход к организации обучения студентов, обеспечивающий подготовку квалифицированных специалистов для разных отраслей экономики, что особенно важно в современных условиях импортозамещения.

Целью данной работы является прогнозирование возможных проблем адаптации у студентов учреждений СПО, реализующих программу «Профессионалитет», на основе изучения и логического обобщения научной литературы о проблеме исследования.

Программа «Профессионалитет», реализуемая в организациях СПО для выпускников 9-11 классов, направлена на практико ориентированное обучение с использованием высокотехнологичного современного оборудования, позволяющего за короткий срок освоить востребованную рабочую профессию. На фоне цифровизации системы образования такие интенсивность и технологичность учебно-производственного процесса требуют от современных студентов быстрой адаптации, активного участия и вовлеченности, что порой может быть ограничено в виду физиологической несостоятельности защитных механизмов и, как следствие, сенситивности организма подростков, формирующейся под непосредственным влиянием факторов и условий производственной среды в учреждениях СПО.

Поэтому в обязательном порядке нужно оценивать уровень физического развития обучающихся, функциональные возможности систем организма, психофизиологический статус, личностную систему ценностей состояния здоровья, поведенческие факторы риска у студентов не только в процессе всего периода обучения, но и на этапе поступления у будущих абитуриентов. Данный комплексный подход поможет выявить группы риска среди обучающихся разных специальностей, своевременно оценить возможное развитие патологических процессов и рекомендовать проведение соответствующих коррекционных профилактических и оздоровительных мероприятий и, как следствие, минимизировать либо вовсе избежать возможные последствия для здоровья подростков, обеспечить безопасное с гигиенической точки зрения погружение молодых специалистов в процесс конкурентоспособной трудовой среды.

Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Джеломанова С.А., Костецкая Н.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОКИНОВ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Постменопауза является неотъемлемой частью жизни женщины. Пережившая естественную менопаузу, женщина обычно проводит около 30 лет в состоянии пониженного уровня эстрогенов, что может сопровождаться различными симптомами и метаболическими нарушениями. Симптомы климактерического синдрома (КС) встречаются у женщин с частотой до 80%. По данным некоторых исследований, важную роль в развитии этих симптомов играет системное воспаление. Так, у женщин в постменопаузе с проявлениями КС отдельные авторы отмечают повышение уровней таких маркеров воспаления, как интерлейкин (ИЛ)-1 β , ИЛ-8, ИЛ-10 и фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α). В то же время, данные о взаимосвязи сывороточного содержания провоспалительных цитокинов с отдельными симптомами климактерического синдрома в доступной литературе практически не представлены.

Цель исследования. Изучить корреляционные связи клинических проявлений климактерического синдрома с сывороточным содержанием ИЛ-1 β , -6, -8 и ФНО- α у женщин в ранней постменопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 229 женщин 48-57 лет с длительностью менопаузы до 5 лет и климактерическим синдромом, подтвержденным в ходе опроса и клинического обследования. Для оценки тяжести симптомов психосоциальной сферы использовался опросник шкалы Грина. В сыворотке крови измеряли уровни ИЛ-1 β , -6, -8, ФНО- α . Силу связи показателей определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты. Сывороточное содержание ИЛ-1 β показало достоверную ($p < 0,05$) обратную корреляцию с нарушением концентрации внимания. Уровень ИЛ-6 демонстрировал обратную связь с нарушением концентрации внимания ($p < 0,05$) на фоне положительной корреляции с выраженностью чувства усталости или недостатка энергии ($p < 0,05$), тяжестью приливов ($p < 0,001$), степенью ночной потливости ($p < 0,05$) и суммарной тяжестью всех вазомоторных симптомов ($p < 0,005$). Концентрация ИЛ-8 отличалась достоверной ($p < 0,001$) прямой корреляцией с тяжестью нарушения сна, выраженностью приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, тяжестью приливов, а также степенью ночной потливости. Также была обнаружена достоверная ($p < 0,001$) прямая корреляция уровня ИЛ-8 с суммарной выраженностью нарушений психосоциальной сферы, вазомоторных симптомов, а также общей суммой баллов по шкале Грина. Корреляционные связи уровня ФНО α с тяжестью отдельных симптомов КС или с суммой баллов по кластерам шкалы Грина нами выявлены не были ($p > 0,05$). Выявленные ассоциации провоспалительных ИЛ-6 и ИЛ-8 с рядом симптомов КС согласуются с данными отдельных авторов, указывающих в частности на тесную прямую связь между выраженностью приливов и уровнем интерлейкина-8. Обнаруженная нами корреляция уровня ИЛ-8 с тяжестью депрессивного состояния подтверждается рядом исследований, установивших связь между воспалением и депрессией в пери- и постменопаузе, а также обнаруживших значительное повышение на фоне депрессии уровней воспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ФНО- α) в сыворотке крови женщин в перименопаузе.

Заключение. Женщины в ранней постменопаузе, страдающие климактерическим синдромом, характеризуются достоверными ($p < 0,05$ – $p < 0,001$) корреляционными связями тяжести симптомов КС с сывороточным содержанием провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8.

Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Костецкая Н.И., Джеломанова С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ЧАСТОТУ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КОНЦЕНТРАЦИЮ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ

Климактерический синдром (КС) проявляется ранними, средневременными и поздними нарушениями. Ряд исследователей связывают частоту и тяжесть ранних клинических проявлений КС с увеличением уровня провоспалительных цитокинов. Также есть данные о том, что лиганд активатора рецептора ядерного фактора κ B (RANKL), являющийся членом семейства факторов некроза опухоли и играющий ключевую роль в развитии остеопороза после менопаузы, может влиять на терморегуляцию. Поэтому некоторые ученые предлагают рассматривать его как потенциальный биомаркер вазомоторных симптомов при климаксе. Существует множество исследований использования витамина D для лечения поздних проявлений КС, таких как остеопороз, однако его воздействие на ранние симптомы изучено недостаточно. Представляет также интерес оценка влияния приема холекальциферола на содержание маркеров костного метаболизма у таких пациентов.

Цель исследования. Оценить динамику клинических проявлений климактерического синдрома и сывороточных уровней RANKL, остеопротегерина (OPG), а также соотношения OPG/RANKL при использовании препарата витамина D в комплексе со стандартной заместительной гормональной терапией (ЗГТ) у женщин в ранней постменопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 188 женщин 48-57 лет с длительностью менопаузы до 5 лет. Контрольную группу составили 73 женщины с отсутствием клинических проявлений КС. Из 115 женщин с клиническими проявлениями КС 58 пациенток (группа сравнения) проходили стандартную ЗГТ препаратом Фемостон® 1/10 в течение 6 месяцев, а другим 57 женщинам (основная группа) дополнительно был назначен прием препарата витамина D на тот же период. Для оценки частоты симптомов психосоциальной сферы использовался опросник шкалы Грина. В сыворотке крови измеряли уровень RANKL и OPG.

Результаты. Использование только ЗГТ привело к статистически значимому ($p < 0,05$) снижению доли женщин с жалобами на проблемы со сном и на чувство неудовлетворенности или депрессии. Комбинация же ЗГТ с витамином D привела не только к достоверному ($p < 0,05$) снижению частоты перечисленных симптомов, но и к существенному ($p < 0,05$) уменьшению числа жалоб на напряжение и нервозность, приступы тревоги и паники, а также на усталость или нехватку энергии. На фоне ЗГТ в комплексе с приемом витамина D выявлено достоверное снижение уровня RANKL ($p < 0,01$), а изолированная ЗГТ не оказала влияние на его продукцию ($p > 0,05$). Через 6 месяцев ЗГТ концентрация RANKL в группе сравнения достоверно ($p < 0,05$) превышала аналогичный показатель как контрольной, так и основной групп. Изолированный прием гормонов не сопровождался изменениями уровня OPG ($p > 0,05$). Включение же в схему лечения витамина D сопровождалось повышением уровня OPG, который достоверно превысил аналогичный показатель в группе, принимавшей только ЗГТ ($p < 0,05$).

Закключение. Таким образом, использование ЗГТ независимо от приема холекальциферола снижает частоту ряда симптомов психосоциального кластера шкалы Грина ($p < 0,05$). Однако снижение частоты чувства напряжения и нервозности, приступов тревоги и паники, а также ощущения усталости или нехватки энергии, наблюдается только при приеме витамина D ($p < 0,05$ – $p < 0,01$). Добавление холекальциферола в комплексное лечение КС приводит к снижению уровня RANKL ($p < 0,05$) и повышению концентраций OPG, что не выявляется при использовании одной лишь гормонотерапии. Полученные результаты могут быть полезны при разработке лечебных и профилактических мер для женщин с климактерическим синдромом.

Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Конов В.Г., Чупрова Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ПОЧЕК: РЕДКОСТЬ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ?

Цель работы: изучить данные литературы на предмет сочетания врожденных пороков сердца (ВПС) и врожденных аномалий мочевой системы и представить собственное клиническое наблюдение подростка.

Материал и методы. ВПС – это анатомические дефекты в структуре сердца, его клапанного аппарата или крупных сосудов, которые присутствуют с рождения. ВПС могут сочетаться с врожденными пороками развития других органов и систем. Распространённость множественных пороков развития составляет 0,9-2,4 на 1000 новорождённых. У детей с ВПС отмечена более высокая частота аномалий мочевой системы - 3-6% новорождённых с ВПС в сравнении с 1,4% в общей популяции. Чаще всего выявляются такие аномалии, как гидронефроз, удвоение мочеточников, агенезия одной почки, аномалии расположения, почечная дисплазия. Приводим собственное клиническое наблюдение. Больной М., 17 лет, находился в отделении детской кардиологии и кардиохирургии ФГБУ «ИНВХ им. В.К.Гусака» МЗ РФ с 27.03.2024 г. по 04.04.2024 г. Поступил с жалобами на подъемы артериального давления (АД) до 150/160 мм рт.ст. на фоне гипотензивной терапии. Из анамнеза заболевания известно, что в трехлетнем возрасте был диагностирован ВПС (коарктация аорты), и выполнена эндоваскулярно баллонная дилатация порока, а затем резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец». В последующем жалоб не предъявлял. В 12 лет госпитализирован в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака в связи с эпизодами повышения АД. По результатам суточного мониторирования, динамика АД характерна для стабильной изолированной артериальной гипертензии. На протяжении пяти лет получал различные комбинации гипотензивных препаратов: эналаприл, метопролол, гипотиазид, амлодипин, рамиприл, моксинидин с незначительным положительным эффектом.

Результаты и обсуждение. При поступлении состояние подростка средней тяжести за счет артериальной гипертензии. Рост – 168 см, масса тела – 73,5 кг. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены. Выслушивается систолический шум во втором межреберье слева от грудины средней интенсивности. На бедренных артериях пульс сниженной амплитуды. Суточное мониторирование АД: среднее систолическое АД днем 150 мм рт. ст., ночью – 141 мм рт.ст. Среднее диастолическое АД днем 66 мм рт.ст., ночью – 48 мм рт.ст. ЭХОКГ: устранение коарктации аорты в 2010 г. Гипоплазия дуги аорты. Размеры камер сердца, сократимость миокарда желудочков, систолическая функция нормальная. Спиральная компьютерная томография выявила стеноз левой почечной артерии. Проведена телемедицинская конференция совместно с ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева» г. Москвы. Рекомендовано проведение аорто- и реноартериографии с контролем показателей АД и градиентов давления в аорте и почечных артериях в условиях данного центра для решения вопроса об оперативной коррекции порока развития аорты и левой почечной артерии. Особенностью клинического случая является сочетание врожденного порока сердечно-сосудистой системы (коарктации аорты) и врожденной аномалии мочевой системы (стеноза левой почечной артерии). На фоне сосудистых аномалий у больного развилось осложнение – вторичная артериальная гипертензия, плохо поддающаяся терапевтической коррекции. Также обращает внимание поздняя диагностика врожденного порока левой почечной артерии.

Выводы. Дети с врожденными пороками сердца требуют углубленного обследования как можно в более раннем возрасте на предмет выявления возможных врожденных аномалий других органов и систем, в частности, мочевой системы, а в последующем – динамического наблюдения.

Лисанова С.В., Мельник А.В., Кустов Д.Ю., Панфилова В.В., Дондик Т.О., Смирнова Т.Я.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА», К ПЕРВИЧНО-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ СДАЧИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА СТАНЦИИ «КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ»

Первичная специализированная аккредитация (ПСА) представляет собой процедуру проверки соответствия специалиста с медицинским, фармацевтическим или иным образованием, который задействован в медицине. К ПСА допускаются врачи-ординаторы, завершившие обучение в ординатуре и врачи-специалисты, получившие диплом о профессиональной переподготовке по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» (576 ч). Особенностью второго этапа ПСА по клинической лабораторной диагностике является отсутствие ситуационных заданий, но аттестующимся необходимо пройти пять станций, в том числе станцию «Контроль качества лабораторных исследований».

Прохождение станции «Контроль качества лабораторных исследований» регламентировано Профессиональным стандартом, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года №145н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики». В частности, для этой станции применена Трудовая функция: В/03.8 Выполнение клинических лабораторных исследований четвертой категории сложности. Продолжительность работы станции для сдачи аттестующимися этого навыка определена до 10 минут.

Во время подготовки ординаторов и слушателей цикла профессиональной переподготовки по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» на кафедре и во время прохождения производственной практики на базах, они нарабатывают свое умение проводить внутрилабораторный контроль качества путем проведения анализа контрольных карт и формулировки заключения по наличию или отсутствия систематических ошибок проведения лабораторных исследований. При этом, под контролем преподавателя на практическом занятии или руководителя практикой на базе производственной практики ординаторы и слушатели оценивают ежедневные тесты внутреннего контроля качества во всех отделах клиничко-диагностической лаборатории. Исследуются контрольные материалы независимого производителя, анализируются графики отклонений, построенные вручную или лабораторно-информационной системой, заполняются контрольные карты.

При проведении ПСА по этому разделу контрольные карты биохимических исследований предоставляются для рассмотрения аккредитуемому лицу в виде распечатанных графиков. Считается важным строгое соблюдение необходимой последовательности исследования контрольных карт, и их правильная оценка. При взгляде на контрольную карту, врач клинической лабораторной диагностики должен уметь быстро принимать решения о допустимости выдачи результатов лабораторных исследований пациентам, т.е. у него должен сформироваться «профессиональный рефлекс» отбраковки недостоверных результатов.

Следует особо отметить, что внутрилабораторный контроль качества является областью ответственности клиничко-диагностической лаборатории и относится к аналитическому этапу. Он осуществляется совместно средним медицинским персоналом лаборатории и врачами клинической лабораторной диагностики, однако, анализ внутрилабораторного контроля качества проводит только врачебный персонал. Это накладывает на выпускника особую ответственность при проведении данного навыка и требует дополнительного контроля его знаний и практических умений перед выпуском на самостоятельную работу.

Литвинова Е.В., Былым Г.В., Носкова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Тяжелая преэклампсия (ПЭ) беременных, не поддающаяся медикаментозному лечению, является показанием для ургентного родоразрешения путем операции кесарево сечение (КС). Заживление послеоперационных ран реализуется через механизмы асептического воспаления, интенсивность которого во многом зависит от исходной реактивности организма родильницы и сопутствующих осложнений. Неадекватная реакция на беременность, наблюдаемая при позднем гестозе, способствует нарушению регуляторных механизмов и приводит к формированию дисадаптационного синдрома, на фоне которого происходит нарушение микроциркуляции и реологии крови, гормонального фона, что приводит зачастую к осложненному затянувшемуся течению раневого процесса в послеоперационном периоде. С целью определения характера восстановительных процессов в послеоперационной ране у родильниц с тяжелой ПЭ на фоне различной реактивности их организма после КС были изучены уровень гормонального баланса и цитологическое исследование раневого экссудата у 35 здоровых женщин с физиологической беременностью (1 группа) и 42 с нарушенной реактивностью их организма на фоне тяжелой ПЭ, родоразрешенных путем операции КС (2 группа). Пациентки 2-ой группы были разделены на 2 подгруппы: А – на фоне гипоэргического типа (22 пациентки) и Б – по гиперэргическому типу (20 женщин). Деление на подгруппы было осуществлено по данным гормонального баланса, наиболее информативными показателями которого являются определение уровня в сыворотке крови стресс-индуцирующих (кортизола) и стресс-лимитирующих (инсулина) гормонов, а также вычитывание индекса гормонального равновесия (ИГР), которое определяется как соотношение кортизол/инсулин. Исследования проводились до родов, на 1-2 и на 7-8 сутки после родов. Выявлено, что стресс-реакция организма беременных на оперативное вмешательство зависела от формы реактивности их организма. В 1 группе на фоне нормэргической реактивности организма наблюдалась адекватная стресс-реакция на проведенное КС, значение ИГР было принято за 1,0. В группе 2А на фоне гипоэргической реактивности организма наблюдалась скрытая надпочечниковая недостаточность, которая проявлялась гормональным дисбалансом в сторону увеличения уровня инсулина и падения кортизола с уменьшением ИГР ниже 1,0. В подгруппе 2Б на фоне гиперэргической реактивности организма, напротив, выявлено относительно низкое содержание инсулина и высокое кортизола с ростом ИГР больше 1,0, что свидетельствовало в пользу выраженного системного воспалительного ответа организма данных родильниц на КС с чрезмерным усилением катаболических деструктивных процессов. Нормальная реактивность у пациенток 1 группы являлась важным условием неосложненного заживления, при котором адекватное течение некротических процессов способствовало очищению раны, выбрасывались факторы роста, запускающие восстановительные процессы. У родильниц 2А группы гранулоцитарная и мононуклеарная реакции наступала позже, длилась более продолжительно, и признаки активной регенерации в ране определялись позже. Во 2Б группе на 1-е сутки отмечали большое количество нейтрофилов и макрофагов, к 6-м суткам количество клеток репаративной функции было незначительным, зато часто встречались макрофаги и нейтрофилы. Следовательно, на фоне нарушенной реактивности организма у беременных с тяжелой ПЭ после операции КС полной нормализации показателей к 5-6 суткам не происходило, заживление ран было вялым, затягивалось по срокам, что приводило к увеличению послеоперационного пребывания женщин в стационаре. Контроль за показателями гормонального фона у родильниц в послеоперационном периоде может оказаться важным критерием не только состояния раны, но и адекватности проводимого лечения, что требует дальнейшего углубленного изучения данной проблемы.

Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА БЕРЕМЕННЫХ

Наиболее часто во время беременности приходится сталкиваться с хроническим гломерулонефритом (ХГН), который проявляется мочевым синдромом и догипертензивной стадией. Регулирующее влияние на течение ХГН при беременности оказывает вегетативная нервная система, которой принадлежит важная роль в формировании реактивности организма. Дисбаланс симпатической и парасимпатической систем может приводить к развитию дисадаптационного синдрома, который лежит в основе ХГН при беременности.

С целью изучения вегетативного статуса беременных с латентной формой ХГН и определения возможности отбора пациенток для реабилитационного лечения, были обследованы 34 беременные с мочевым синдромом при ХГН (основная группа), которые в процессе исследования были разделены на 2 группы в зависимости от их вегетативного тонуса. Контрольную группу составили 10 здоровых беременных женщин (группа 3). Вариабельность сердечного ритма оценивали с помощью компьютерного электрокардиографа «ANS-Pro» на пятиминутных последовательностях R-R интервалов ЭКГ, которые регистрировали в 1-2 день поступления в стационар до начала медикаментозной терапии. Отношение мощностей спектров в низкочастотных и высокочастотных областях обозначалось как индекс вагосимпатического равновесия LF/HF и характеризовало уровень симпато-парасимпатического баланса в организме. Все полученные результаты обрабатывались методами математической статистики.

При физиологической беременности сдвиг соотношения LF/HF ($1,70 \pm 0,12$) был направлен в сторону преобладания парасимпатической системы и некоторого снижения симпатического тонуса, что свидетельствовало о характерной устойчивой перестройке вегетативной регуляции при нормальной беременности. Данные показатели занимали промежуточное положение среди всех полученных результатов. У беременных основной группы с ХГН наблюдали различные формы вегетативной регуляции. Критерием деления на группы 1 и 2 служил индекс вагосимпатического отношения LF/HF. У большинства исследуемых женщин с ХГН (24), которые были включены в 1-ю группу, наблюдали активацию симпатической системы с увеличением LF/HF до $2,38 \pm 0,42$ и спастический тип дисциркуляторного синдрома, который клинически проявлялся бледностью кожных покровов, иногда головными болями, возбуждением, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, нарушением сна. У 10 женщин с ХГН прослеживалось преобладание парасимпатической нервной системы (2-я группа) с уменьшением LF/HF до $0,915 \pm 0,16$. Атонический тип дисциркуляторного синдрома проявлялся выраженной парасимпатикотонией. Клинически такие больные отмечали вялость, сонливость, одутловатость лица, пастозность, показатели диастолического давления были более высокими. Вегетативная дисфункция носила относительный характер, что связывают с различной активностью вазомоторного центра. Лечение беременных с ХГН должно быть дифференцированным в зависимости от типа дисциркуляторного синдрома, направленно на коррекцию вегетативного тонуса. В случае преобладания симпатической системы показаны седативные воздействия, на фоне парасимпатикотонии, напротив, необходима адаптационная терапия.

Лобанов Г.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

90 ЛЕТ КАФЕДРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ХЭС ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ. ОСНОВНЫЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ДонМИ института была организована в 1934 г. Первым заведующим кафедрой был И.М.Чижин, который ранее был ассистентом проф. Н.И.Кефера в Одесском мединституте, а затем заведовал кафедрой с 1930 г. по 1934г. в Ташкентском мединституте. Кафедра располагалась на базе травматологического отделения 1-Советской больницы, имевшего 80 коек, а также использовала рентгенологическую станцию, под непосредственным руководством В.Ф.Берви. Кафедра имела учебные комнаты, лаборатория, операционный блок и архив, а поликлинический прием велся в амбулатории горздравотдела. Вся работа кафедры до начала Великой Отечественной войны 1941 г. велась на этой базе. После освобождения Донбасса от фашистских захватчиков в 1943 г. был организован курс по травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии при кафедре госпитальной хирургии, руководимой проф.В.М.Богославским. Кафедра и курс размещались на базе ОЦКБ в небольшом, малопригодном помещении, состоящем из 7 палат. Из 75 коек 15 выделялось для стоматологических больных, т.к. с 1945 г. курс был объединен со стоматологией. Учебных комнат не было, а небольшая аудитория находилась в полуподвальном помещении

До 1949 г. курсом руководил И.М.Чижиним, а с 1949г по 1950 г. - хирургом доц. И.В.Власовским, В 1950 г. на должность руководителя курса был избран, с.н.с. Харьковско-го НИИТО - доц. М.В.Ховенко, М.В.Ховенко провел работу по организации и подготовке к созданию кафедры, в 1956 г. приказом Минздрава восстановлена кафедра травматологии и ортопедии.

С 1967 года кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии возглавил профессор А.Я.Штутин, с 1979 года - профессор Ф.А.Левицкий, с 1990 года - профессор В.Б.Проскура, с 1994 года – д.м.н., з.д.н., профессор В.А.Бабоша. С целью осуществления подготовки и переподготовки врачей по специальности травматология и ортопедия, подготовки врачей-интернов в 1999 году Климовицкий В.Г. основал сначала филиал Харьковской медицинской академии постдипломного образования, кафедру травматологии, ортопедии и экстремальной медицины ФПО ДонГМУ, которая была объединена под его общим руководством со студенческой кафедрой в сентябре 2005 г. – это время несомненного расцвета и формирования авторитета травматологии Донбасса. С 2000 г. – издается специализированный журнал «ТРАВМА», который реорганизовался с 2016 года в журнал «Травматология, ортопедия и военная медицина», сформирован и начал работу специализированный защитный совет, в настоящий момент он на перерегистрации. Сотрудниками кафедры за циклы научных работ в это время получены две Государственные премии в области науки и техники. Ежегодно проводились международные научные конференции «Азовские встречи», которые были авторитетной площадкой для ученых многих стран, собирая до 600 участников вначале в Сопино, а затем в Гурзуфе.

Однако, вынужденно с 2014 года, в связи с АТО, а с 2022 года СВО – медицинский университет претерпел значительные структурные изменения. Заведующим кафедрой стал проф. Лобанов Г.В., из 41 сотрудника кафедры в настоящее время работают только 9. Сейчас на кафедре работают четыре доктора и четыре кандидата медицинских наук один неостепененый сотрудник и совместители кандидаты и доктора медицинских наук. Клинической базой кафедры является ГБУ ДНР «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ» г.о. Донецк (директор – к.м.н. А.Л.Боряк). Сотрудниками кафедры оказывается консультативная и лечебная помощь не только в клинических учреждениях города и республики, но и также гражданам стран СНГ, Азии и Африки, где работают бывшие ученики кафедры.

Лобанов Г.В., Штутин А.А., Азарков А.В., Джерелей О.Б., Оприщенко А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ХОДЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Цель исследования: анализ изменений в структуре и тактике специализированной помощи пострадавшим с огнестрельными переломами костей нижней конечности в динамике вооруженного конфликта на территории Донецкого региона.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ структуры огнестрельных переломов костей нижней конечности и тактики лечения пострадавших в условиях ведущего специализированного учреждения региона за период 2014-2024 гг. Пациенты были разделены на две хронологические группы в зависимости от интенсивности вооруженного конфликта – первая (конфликт низкой интенсивности) – 2014-2021гг., вторая - конфликт высокой интенсивности (март 2022- май 2024 гг.). Анализировали локализацию, механогенез и тяжесть повреждений, варианты лечебной тактики, ближайшие результаты лечения пострадавших. Данные обрабатывались стандартными статистическими методами.

Результаты. В период низкоинтенсивного конфликта причинами огнестрельных переломов костей нижней конечности являлись взрывная травма (68%), в том числе контактная (12%), пулевые ранения -32%. Полные диафизарные переломы длинных костей нижней конечности составили 75%, внутри и околосуставные - 14%, при этом оскольчатые переломы - 79%, в том числе фрагментарные и полифрагментарные переломы – 46%. Множественные переломы имели место у 57% раненых. Травматический шок различной степени тяжести устанавливали в 18% наблюдений. Переломы III В типа по классификации Gustilo-Anderson составили 81%. По локализации преобладали диафизарные переломы бедра (27%) и голени (48%).

Во второй группе наряду с резким возрастанием абсолютного числа пострадавших отмечено изменение структуры повреждений. Взрывная травма составила 86%, в том числе контактная – 16%, пулевые ранения – 14%. Возросло число множественных переломов – 79%. Так же увеличилась тяжесть повреждений – оскольчатые переломы наблюдали в 89%, фрагментарные – 57%. Травматический шок установлен у 27% пострадавших. Число открытых переломов III С типа, отчленения и разрушения сегментов составило 23%.

Возрастание числа пострадавших, тяжести повреждений и сроков доставки в учреждение предопределили изменение лечебной тактики. В первой группе первичный завершённый остеосинтез выполняли в 13%, во второй – 6% пострадавших. Основным методом первичной стабилизации стало применение простых стержневых и спице-стержневых конструкций – 91%. Окончательный наружный остеосинтез проводился в течение 12-21 суток по мере стабилизации состояния пациентов и заживления ран в 76% наблюдений. Последовательный остеосинтез путем конверсии внешней фиксации на остеосинтез погружными конструкциями использовали в сроки от 3 до 6 недель от момента ранения, в среднем на $32,5 \pm 7,4$ сутки. Показаниями к последовательному остеосинтезу являлись преимущественно внутри и -около суставные переломы, требующие максимально точной репозиции.

Закключение. В условиях вооруженного конфликта высокой интенсивности максимально расширяются показания к последовательному многоэтапному лечению огнестрельных переломов, что обусловлено как возросшей тяжестью повреждений, так и медико-тактической обстановкой.

Лоншакова К.Р.

ФГБОУ ВО «Забайкальский государственный университет», Чита

СОЦИАЛЬНОКУЛЬТУРНОЕ РАЗВИТИЕ ОТРЯДА «ОЙКОС»: ИНКЛЮЗИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Студенческий социально-педагогический отряд «Ойкос» был создан в 2004 году для повышения экологической осознанности среди студентов Забайкальского государственного университета. Позже, особенно с 2016 года, его фокус сместился на инклюзию, что связано с открытием Регионального центра инклюзивного образования.

Материалы и методы исследования:

Использованы материалы социальных акций и внутренние/внешние отчеты о работе отряда.

Формирование инклюзивных практик:

Одним из наиболее важных направлений работы «Ойкос» стало развитие инклюзивного образования. В условиях изменяющегося социокультурного контекста отряд стал активно интегрировать людей с ограниченными возможностями (ОВ) в общество. Студенты получали необходимые навыки взаимодействия с такими группами, что способствовало их личностному росту и созданию более гармоничных отношений внутри общества. Это включало организацию мероприятий, мастер-классов и творческих встреч, направленных на повышение социальной активности и вовлеченности людей с ОВ.

Социальные акции и инициативы:

Отряд также служит платформой для реализации множества социальных акций, таких как «Всемирный день здоровья», «Меняй сигарету на конфету», «Останови СПИД», «Подари жизнь дереву», «День крови» и другие. Так, в рамках акции «Забота о ветеранах» студенты создали волонтерские группы для помощи пожилым людям, участникам Великой Отечественной войны и другим социально уязвимым категориям граждан. Отряд также проводил акции, направленные на поддержку этих групп, а также на повышение культурной осведомленности молодежи в вопросах инклюзии.

Культурное просвещение:

Стимулируя интерес к российской культуре, отряд активно проводит лекции, семинары и фестивали, что способствует культурному развитию студентов и укреплению связей между различными культурными группами. Изучение и распространение традиций местного населения также играют важную роль в образовательном процессе. Волонтеры работают над проектами, направленными на сохранение культурного наследия и развитие культурной идентичности.

Роль в формировании социальных навыков:

Деятельность отряда способствует развитию социальных навыков у его участников. Они учатся работать в команде, овладевают навыками общения и взаимодействия с различными группами населения, в частности с людьми с ОВ. В результате, студенты становятся более социально ответственными, готовыми к активному участию в жизни общества.

Выводы:

Инклюзивный подход в образовании: Отряд способствует интеграции инклюзивных практик в образовательный процесс, повышая осведомленность и толерантность среди молодежи.

Культурное обогащение: Организация культурных мероприятий укрепляет связи между различными культурными группами, способствует сохранению культурного наследия и развитию культурной идентичности.

Социальная ответственность: Деятельность «Ойкос» формирует у студентов осознание социальной ответственности, побуждая их активно участвовать в общественной жизни и решении актуальных проблем.

Луганский Д.Е.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Динамика распространенности ожирения в детской популяции России сопоставима с эпидемиологическим трендом в Европейском регионе, где практически каждый третий ребенок (29% мальчиков и 27% девочек) живут с избыточной массой тела (ИзМТ), ожирением (Ож) страдают около 7% детей и подростков (Грицинская В.Л. и соавт., 2022). Более трети пациентов с ИзМТ и Ож – подростки. У таких подростков наблюдаются серьезные изменения в организме, обусловленные нарушениями углеводного обмена, развитием стеатогепатоза и нарушениями сердечно-сосудистой системы, существенным снижением адаптационно-трофических возможностей организма. В подростковом возрасте (10-15 лет) при наличии зубочелюстных аномалий максимально часто рекомендуется ортодонтическое лечение несъемной аппаратурой, и наличие ИзМТ/ Ож у пациента может влиять на сроки и эффективность данного лечения.

Целью нашего исследования было изучение влияния ортодонтического вмешательства на состояние пародонта у экспериментальных животных с алиментарным ожирением.

Исследование было проведено на 30 белых беспородных крысах 'Albino', (самцы, возраст - 130-140 дней), распределенных в 3 группы исследования (ГИ): 1 ГИ (интактные) — контроль (10 животных, масса на момент начала эксперимента $135 \pm 8,6$ г), 2 ГИ — с Ож (10 животных), 3 ГИ — с Ож на фоне ортодонтического вмешательства (фиксация пружин) – 10 животных. Масса экспериментальных животных с Ож на момент начала эксперимента $195 \pm 11,4$ г. Поскольку продолжительность ортодонтического лечения подростка в среднем составляет 24 -25 месяцев, то эвтаназию животных осуществляли на 25-й день опыта под тиопенталовым наркозом (20 мг/кг) путем тотального кровопускания. Исследовали гомогенаты десны, определяя уровень биохимических маркеров воспаления: активность эластазы, содержание малонового диальдегида (МДА), активность уреазы и лизоцима. По соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима рассчитывали степень дисбиоза (Левицкий А.П., 2007). В сыворотке крови определяли активность эластазы как маркера системного воспаления. Результаты исследований оценивали с помощью стандартной статистики, определяя $M \pm m$ и принимая за достоверные отличия значение $p < 0,05$.

Выявлено, что у крыс с Ож (2 ГИ) в гомогенате десны уровень обоих маркеров воспаления (эластазы и МДА выше в 1,2-1,3 раза), чем в 1 ГИ, $p < 0,05$. На фоне проведенного ортодонтического вмешательства (3 ГИ) высокая активность эластазы сохраняется, однако снижается содержание МДА ($p < 0,05$). У крыс с Ож (2 ГИ) активность уреазы была в 2,1 раза выше, чем у крыс 1 ГИ, что свидетельствовало о росте микробной обсемененности, в 3 ГИ активность уреазы существенно снижалась. Аналогичные изменения регистрировались относительно активности лизоцима. Результаты определения в сыворотке крови крыс и активности эластазы показали, что у всех крыс с Ож (2 ГИ) активность эластазы на 29,5 % выше контрольных цифр (1ГИ), а у животных из 3 ГИ - выше в 2,3 раза показателей 1ГИ, и в 1,6 раза – показателей 2ГИ, что говорит о выраженном системном воспалении.

Таким образом, экспериментальное алиментарное ожирение вызывает выраженное системное воспаление, изменение естественного биотопа, снижение неспецифического иммунитета в ротовой полости, что необходимо учитывать при планировании ортодонтического лечения у подростков с ожирением и избыточной массой тела.

Луговсков А.Д., Козикова О.А., Знагован С.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КАНЦЕР-РЕГИСТР ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: 37 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛУГАНЩИНЫ

Повышение запросов населения по обеспечению качества медицинской помощи, разработка и внедрение новых методов организации медицинской помощи, использующих современные цифровые платформы, обуславливает необходимость постоянного совершенствования системы учета и мониторинга интегральных показателей здоровья населения.

Одним из основных подходов в борьбе с заболеваемостью и смертностью является организационно-методический, предусматривающий разработку и внедрение цифровых технологий на основе статистического учета, динамического наблюдения и комплексного анализа показателей в свете принятой в Российской Федерации программы цифровой трансформации народного хозяйства 2020-2030 гг.

Одной из ведущих причин смертности населения в нашем регионе, в Российской Федерации и во всем мире является онкопатология, которая ежегодно уносит жизни около 10 млн. человек. Наиболее распространенными видами данной заболеваемости являются рак молочной железы, легких, толстой и прямой кишки, предстательной железы.

Флагманом в реализации данного подхода в Советском Союзе стал Луганский республиканский клинический онкологический диспансер, на базе которого в 1986 году был внедрен канцер-регистр Луганской области. Инициатором внедрения данной организационной формы диспансерного наблюдения был главный врач Ю.А. Ененко.

Основными функциями популяционного канцер-регистра стали: углубленное изучение заболеваемости населения злокачественными опухолями, выживаемости онкобольных и их смертности с учетом современных международных классификаций локализаций и гистологических типов новообразований, различных возрастных групп; контроль эффективности противораковых мероприятий в регионе; получение оперативной информации об онкобольных, хранимой в базе данных; обеспечение долгосрочного хранения и возможность корректировки сведений об онкологических больных региона; контроль качества диспансеризации онкобольных; анализ причин запущенности злокачественных новообразований, что крайне важно для организации ранней диагностики онкопатологии и своевременного взятия онкобольных на диспансерный учет; автоматизированная поддержка процедуры контроля за своевременным обследованием, лечением больных и вызовом их для диспансерного осмотра.

На данный момент централизованная автоматизированная картотека популяционного канцер-регистра содержит информацию о 249870 онкологических больных на территории Луганской народной республики: из них архив умерших больных составляет - 216460 (86,6%); живых - 33410 (13,4%). В текущем году поставлено на диспансерный учет 4857 больных.

Программа популяционного канцер-регистра содержит 62 244 таблиц в разрезе городов и районов по следующим критериям: локализация, пол, возраст, стадия заболевания, смертность, причина запущенности, летальность до года, верификация онкологического диагноза, охват специальным лечением и его видам, структура заболеваемости и смертности, 5-ти летняя относительная выживаемость больных, получивших и не получивших специальное лечение.

Таким образом, канцер-регистр способствует повышению качества медицинского обслуживания онкобольных на основе цифровой трансформации отрасли.

Луговсков Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является серьезной проблемой современной медицины, что обусловлено сложностью выявления, быстротой развития клинической картины, высокой летальностью, необходимостью применения современных методов исследования. Одним из факторов риска возникновения ТЭЛА является бесконтрольный прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК). При использовании синтетических аналогов женских половых гормонов повышается риск венозных тромбоэмболических осложнений, включая тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии, и артериальных тромботических осложнений, включая острый инфаркт миокарда и ишемический инсульт.

Приводим клинический случай ТЭЛА у пациентки на фоне приема КОК.

Пациентка С., 37 лет поступила в специализированное отделение интенсивной терапии с жалобами на интенсивную одышку инспираторного характера, чувство нехватки воздуха в покое, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке, чувство дискомфорта в прекардиальной области. Из анамнеза заболевания следовало, что ухудшение состояния появилось 7 дней назад, когда впервые отметила выше перечисленные жалобы. В течение недели состояние ухудшалось, одышка возникала уже в покое и появилась выраженная общая слабость. Из акушерского анамнеза: 2 беременности, 2 родов, последние - год назад, после которых назначен низкодозированный монофазный пероральный комбинированный контрацептивный препарат, коррекция дозы проводилась 8 месяцев тому назад. Состояние тяжелое, обусловленное проявлениями кардио-пульмонального шока и выраженной дыхательной недостаточностью. Анализ крови на D-Димер (больше 15 000 при норме до 885 мг ФЭЕ/мл), на содержание тропонина (Т - 45,37 pg/ml при норме <24,9 pg/ml), повышение протромбинового времени (21 секунда при норме 12-18 секунд). Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей не зафиксировало тромбоза вен нижних конечностей. При проведении ЭхоКС отмечалась дилатация правого желудочка, дефект межжелудочковой перегородки, легочная гипертензия II степени, МСКТ - КТ-признаки тромбоэмболии крупных ветвей легочных артерий.

Таким образом, при назначении КОК необходимо оценить риск тромботических осложнений.

Лукин М.В.

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

ВЫЯВЛЕНИЕ ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Резюме. Краниосиностоз - заболевание, характеризующееся преждевременным сращением одного или нескольких черепных швов, приводящее к характерным деформациям черепа с вероятным появлением неврологических нарушений.

По мнению отечественных и зарубежных авторов при краниосиностозе, в первую очередь, возникают нарушения внутримозгового кровотока за счет компрессии вещества мозга костями черепа в области закрытых швов, а такие клинические проявления, как задержка речевого развития, неврозоподобные расстройства и внутричерепная гипертензия могут развиваться намного позже возникновения краниоцеребральной диспропорции.

Динамическая контрастная МР-перфузия позволяет оценить показатели мозгового кровотока в зонах предполагаемой компрессии головного мозга у детей с краниосиностозами.

Цель исследования. Оценить относительные показатели мозгового кровотока (rCBV – объем мозгового кровотока и rCBF – скорость мозгового кровотока) у детей с краниосиностозами с помощью контрастной динамической МР-перфузии на дооперационном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 48 детей с различными видами краниосиностоза: 10 (20%) – синостоз сагиттального шва, 15 (31%) – метопический шов, 9 (19%) – коронарный шов с одной стороны, 6 (13%) – бикоронарный синостоз, 2 (4%) – лямбдовидный синостоз, и 6 (13%) – поражение всех швов. Возраст пациентов – 3-36 месяцев. Исследование проводили на аппарате с индукцией магнитного поля 1,5 Тл (Magnetom Espree, Siemens) с внутривенным болюсным введением парамагнитного контрастного вещества в дозировке 0,1 ммоль/кг. Пациенты находились в состоянии медикаментозного сна. Построение цветных перфузионных карт CBF и CBV осуществлялось с помощью системы syngo.via (Siemens). Показатели перфузии в зонах компрессии рассчитывались относительно интактных зон, принятых за 100%.

Результаты. По данным МР-перфузии при метопическом краниосиностозе в зонах компрессии (лобные доли) относительные показатели rCBV и rCBF составили $88,3 \pm 24,6\%$ и $85,5 \pm 19,6\%$ соответственно, относительно теменно-затылочных областей. При монокоронарном синостозе в зоне компрессии (ипсилатеральная лобная доля) относительно контрлатеральной лобной доли равны $95,3 \pm 3,1\%$ (rCBV) и $93,1 \pm 2,2\%$, (rCBF), а относительно затылочных долей $84,4 \pm 5,2\%$ (rCBV) и $87,3 \pm 8,2\%$. (rCBF). При бикоронарном синостозе в лобных долях равны $86,2 \pm 19,7\%$ (rCBV) и $86,4 \pm 14,7\%$ (rCBF) относительно относительно теменно-затылочных областей. При заращении сагиттального шва, в теменных долях относительно лобных и затылочных долей составили $99,1 \pm 3,2\%$ (rCBV) и $98,1 \pm 2,4\%$ (rCBF). Анализируя полученные данные, при метопических, моно- и бикоронарных краниосиностозах показатели CBV и CBF снижены в зонах компрессии относительно интактных зон, при скафоцефалии показатели МР-перфузии практически не отличаются.

Заключение. Выполнение МР-перфузии головного мозга у детей с краниосиностозами позволяет получить объективную информацию об относительных показателях мозгового кровотока (rCBV и rCBF), что является дополнительным инструментом при планировании хирургического вмешательства.

Лукьянченко Е.Н., Проценко Т.В., Перцева Е.В., Сиденко В.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ КОСМЕЦЕВТИКИ TEGOR

Цель исследования. Изучить и показать эффективность космецевтики Tегor для коррекции инволютивных изменений кожи

Материалы и методы исследования. Проведен обзор литературы, посвященной изучению механизмов старения кожи лица и тела. Проанализированы принципы и правила фотозащиты при реализации программ коррекции фотостарения, механизмы действия ингредиентов космецевтики в зависимости от возрастной группы пациенток. Оценена эффективность комплексных программ эстетической коррекции возрастных изменений тела и лица у 94 женщин в трех возрастных группах (пременопаузальный период, менопауза и постменопауза) с различными морфотипами старения с использованием препаратов космецевтики Tегor. Все пациентки перед проведением программ коррекции были обследованы для исключения противопоказаний к проведению косметологических процедур.

Результаты. Представлены новые технологии космецевтики в коррекции инволютивно-дистрофических изменений кожи лица и тела. Подробно изложены особенности применения и преимущества солнцезащитных средств, созданных на основе уникальных биоинженерных разработок исследователей лаборатории Tегor. На примере анализа входящих в состав косметических препаратов активных ингредиентов, наглядно продемонстрированы результаты на пациентах различных возрастных групп, показана безопасность и эффективность методик при ближайшем и отдаленном наблюдении (2 года). Показано, что у женщин с различными морфотипами старения лица и инволютивными изменениями кожи тела разработки лаборатории Tегor были эффективными и безопасными во всех возрастных группах. Выявлена взаимосвязь улучшения качества кожи с возрастом пациенток. Показано, что у женщин с гравитационным морфотипом старения предпочтение следует отдавать более лифтинговым препаратам в комплексе с альгинатными масками и более длительным курсом интенсивных процедур.

Выводы. Персонализированный и медицинский подход к коррекции инволютивно-дистрофических возрастных изменений кожи лица и тела с использованием новых технологий космецевтики обеспечивает безопасность и эффективный результат.

Луценко Ю.Г., Карабак И.С., Андриенко И.Б., Карабак К.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ «Центральная городская клиническая больница № 9 г. Донецка», Донецк

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Вступление. В мире продолжает увеличиваться количество людей, страдающих сахарным диабетом. Одним из осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). Характер местно-воспалительной реакции в ране при СДС имеет направленность к системному распространению под влиянием факторов неспецифической и иммунной защиты клеток, участвующих в прогрессировании раневого процесса. Активация данных клеток сопровождается продукцией цитокинов с провоспалительным действием (IL-1 β , IL-6, TNF α). В свете современных подходов к лечению СДС с применением иммуномодулирующей терапии особенно важным является изучение состояния цитокиновой системы как при формировании упомянутой патологии в условиях дисбаланса метаболических нарушений, так и при различных вариантах её лечения.

Цель работы: изучить состояние отдельных звеньев цитокиновой системы при синдроме диабетической стопы осложнённым остеомиелитом на фоне лечения.

Материал и методы. В исследование включены 62 пациента с СДС осложнённым остеомиелитом переднего отдела стопы, оперированных по данной патологии в Городском центре диабетической стопы на базе хирургического отделения ГБУ «ЦГКБ №9 г. Донецка». Лечение проводилось в несколько этапов: в начале выполнялось восстановление кровоснабжения зоны поражения, затем проводилась экзартикуляция поражённых пальцев с резекцией плюсневых костей. Больных распределяли методом простой рандомизации в группу лечения инфликсимабом (основная группа, n=31), и в группу пациентов, получавших стандартное лечение (контрольная группа, n=31). Больные в основной группе, помимо стандартного медикаментозного и оперативного лечения, получали терапию инфликсимабом в дозе 300 мг в сутки 10 дней. В контрольной группе пациенты получали стандартное медикаментозное и оперативное лечение без добавления инфликсимаба. Содержание IL-1 β , TNF α и IL-6 в плазме пациентов исследовали дважды: до лечения и на 14-15 сутки после лечения.

Результаты и обсуждение. Все больные были прооперированы в объёмах одноэтапной экзартикуляции одного или нескольких пальцев стопы с резекцией соответствующих плюсневых костей. У 20,1% оперированных пациентов на 7-10 сутки была диагностирована флегмона стопы, развившаяся как послеоперационное осложнение. Оценивая динамику содержания цитокинов после лечения в группе больных в целом при сравнении с результатами полученными до лечения, обнаружено достоверное снижение уровня IL-1 β в 4,4 раза, TNF α в 10,24 раза и IL-6 в 3,2 раза. Различия в содержании IL-1 β и TNF α между контрольной группой и основной были значимыми, демонстрируя снижения цитокинов в 1,58 раза и 2,43 раза соответственно, что свидетельствует об уменьшении в основной группе провоспалительных эффектов в виде специфических цитотоксических реакций клеточного иммунитета как в ране, так на системном уровне. Содержание IL-6 маркера провоспалительных реакций достоверно снижалось в 1,8 раза в основной группе по сравнению с контрольной группой, свидетельствуя об уменьшении фазы альтеративно-экссудативного воспаления, эндотелиального повреждения. Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 62 больных показал следующее: в основной группе, у пациентов получавших лечение с применением Инфликсимаба, количество койко-дней составило 12,9 \pm 2,08, тогда как в контрольной группе получавших стандартное лечение - 18,3 \pm 4,84. В группе пациентов получавшей Инфликсимаб, послеоперационные осложнения встречались в 9,7% случаев, в группе пациентов получавших стандартное лечение - в 22,6% случаев.

Заключение. Исследование цитокиновой системы при язвенно-некротических осложнениях СДС показало адекватную реакцию цитокинов на воспаление и фазность течения раневого процесса. Применение ингибитора фактора некроза опухоли-альфа показало активное иммуномодулирующее влияние на цитокиновую систему со стимуляцией как про- так и противовоспалительных цитокинов. Комплексное лечение пациентов с остеомиелитом при СДС, включающее оперативное пособие и стандартную медикаментозную терапию дополненную Инфликсимабом, способствовало уменьшению среднего количества койко-дней и снижению количества послеоперационных осложнений.

Луценко Ю.Г., Матийцив А.Б., Морозов Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В настоящее время по оценкам Международной диабетической федерации распространенность сахарного диабета во всем мире достигла 8,3%, прогнозы предполагают, что к 2030 году число страдающих данной патологией в популяции увеличится на 69%, а к концу 2045 года - 700,2 млн. Наиболее частым осложнением гипергликемии является синдром диабетической стопы, которым страдает от 9,1 до 26,1 миллиона человек во всем мире. Характерными особенностями течения раневого процесса у больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы являются следующие патофизиологические механизмы: задержка формирования грануляционной ткани и эпителизации кожи, удлинение фаз воспаления в ране, торможение пролиферации, снижение синтеза РНК, ДНК, гликопротеинов и коллагена.

Цель исследования: оценить эффективность низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексном лечении больных с гнойно - некротическими формами диабетической стопы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы, которые методом случайной выборки были разделены на 2 группы. I (основная) группа – 35 пациентов, которым проводилось комплексное лечение с применением лазерной терапии полупроводниковым лазером в инфракрасном диапазоне в импульсном режиме с длиной волны 0,89 мкм, с частотой 80 Гц, на зоны проекции крупных сосудов, на заднюю группу мышц голени и раневой дефект. Время экспозиции на одну зону 128 с. Курс лазерной терапии 10 сеансов. II (сравнения) представлена 30 пациентами, которые получали общепринятую терапию.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ результатов лечения 65 больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы установил следующее: 41 (63,1%) женщин, 24 (36,9%) мужчин, более половины пациентов 37 (56,9%) трудоспособного возраста до 60 лет, у всех больных был диабет II типа. В I группе на 4-5 сутки при ежедневных сеансах лазерной терапии отмечалось значительное снижение или исчезновение выраженных в исходных (до начала лечения) биоптатах признаков микроциркуляторных нарушений: микротромбов, сладжа эритроцитов, агрегации тромбоцитов, лейкоцитарных «пробок», васкулита, деструкции эндотелия, сужения и облитерации просвета. Кроме этого, цитологически имело место уменьшение или исчезновение микробного обсеменения, усиление фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов по отношению к бактериям и некротическому детриту, что свидетельствовало об очищении раны от фибринозно-гнойного экссудата и детрита. Тогда как во II группе – очищение раневой поверхности от гнойно-некротических масс наступало на 6-8 день, что свидетельствует о нормализации гистоиммунных проявлений лимфоцитарной плазмоклеточной инфильтрации. В основной группе на 7-8 сутки формируется грануляционная ткань с вертикальными сосудами, в дальнейшем претерпевающую фиброзно-рубцовую трансформацию с уменьшением клеток и сосудов и увеличением коллагеновых волокон. Тогда как в группе сравнения грануляции появились на 11-14 сутки. В I группе отмечалось появление краевой эпителизации уже к концу 10 суток, тогда как в группе сравнения на 19-22 сутки.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы по сравнению с общепринятой терапией позволяет в более короткие сроки (на 7-8 сутки) ликвидировать воспалительный процесс, стимулирует развитие грануляционной ткани и приводит к более раннему (к концу 10 суток) процессу эпителизации в ране по сравнению с традиционным лечением.

Луценко Ю.Г., Сычёва Д.Р., Гаврилюк Л.Ф., Полынько Г.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОРФОГЕНЕЗ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПРИМЕНЕНИЕМ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, регенерация, вакуум-терапия.

Актуальность. При сахарном диабете процесс регенерации мягких тканей значительно замедлен - из-за длительно существующего раневого дефекта возникает высокий риск попадания в рану патогенной бактериальной флоры, с развитием септических осложнений. Вакуум-терапия (ВАК-терапия) улучшает течение всех стадий раневого процесса - способствует более быстрому формированию грануляционной ткани, улучшает ее васкуляризацию, благоприятно влияет на дальнейший процесс созревания и формирования рубца, способствуя закрытию раневого дефекта за более короткий период.

Цель. Оценить морфологические изменения степени выраженности регенераторных процессов в тканях нижних конечностей у пациентов СДС после проведения ВАК-терапии.

Материалы и методы. Сравнительный ретроспективный анализ гистологического материала тканей ран 45 больных СДС, находившихся на лечении в хирургическом отделении в ГБУ «ЦГКБ № 9» г. Донецка в период с 2022 по 2023 гг. Основная группа - 23 пациента СДС, в местном лечении раны применяли ВАК-терапию. Группа контроля-22 пациента СДС, с местным лечением ран влажно-высыхающими повязками с водным раствором хлоргексидина, мазями на водорастворимой основе. Морфологические исследования проводились с использованием биопсийного материала мягких тканей ран пациентов СДС, срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону.

Результаты. У больных основной группы (после применения ВАК-терапии) при микроскопическом исследовании в 14 случаях грануляционная ткань визуализировалась в центре раневого дефекта. В тканях ран пациентов контрольной группы в 12 случаях грануляционная ткань отсутствовала. В контрольной группе количество активных фибробластов было значительно снижено - в 4 случаях 1/2 поля зрения. В биоптатах пациентов основной группы в 20 случаях фибробласты занимали 1/2 поля зрения. Более выраженное и активное разрастание грануляционной ткани встречалось у 15 пациентов основной группы - в поле зрения грануляции полностью восполняли раневой дефект, от сетчатого слоя дермы, до рогового слоя эпидермиса. У пациентов контрольной группы появление активных грануляций было менее выражено, с ограничением репаративного процесса зонами сетчатого и сосочкового слоёв дермы - в 9 случаях. Определялась усиленная васкуляризация грануляционной ткани у пациентов основной группы - в 17 случаях больше половины объёма грануляционной ткани занимали множественные, тонкостенные, эндотелиальные капилляры. В контрольной группе показатели отличались - только в 10 случаях 1/3 часть грануляционной ткани была хорошо васкуляризирована.

Выводы. На основании проведенного исследования можно утверждать, что после применения ВАК терапии, по сравнению с традиционной комплексной методикой лечения, в сформировавшейся грануляционной ткани появляется большее количество зрелых, активных фибробластов и новообразованных тонкостенных сосудов, улучшается процесс васкуляризации - данные морфологические особенности играют важную роль в процессах дальнейшего, активного созревания грануляционной ткани с формированием рубца.

Луцкий И.С., Шаймурзин М.Р., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И., Кишеня М.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Центральная клиническая больница с поликлиникой», Донецк
ГООУБЗ «Кольская центральная районная больница», Кола

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ AGT И ACE В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Хроническое действие стресса оказывает влияние на механизмы экспрессии генов, что повышает риск развития стресс-обусловленных заболеваний (Stankiewicz A.M., 2014).

Цель: изучение роли полиморфизма I/D гена ACE, полиморфизмов Thr174Met и Met235Thr гена AGT в формировании артериальной гипертензии в условиях действия ХПСС.

Обследовали машинистов магистральных локомотивов (ММЛ), работа которых, по определению Международной организации труда, признана одной из наиболее стрессогенных. ММЛ были разделены на две группы. В первую группу вошел 61 ММЛ с различной степенью тяжести АГ. Вторую группу – контрольный контингент (КК) – составили 50 ММЛ с нормальными цифрами артериального давления (АД).

Результаты генетического анализа Thr174Met гена AGT показали, что в 2-х группах обследуемых лиц были выявлены все три генотипа – Thr174Thr, Thr174Met и Met174Met с разной частотой встречаемости. Наблюдаемое распределение частоты выявления генотипов гена AGT в группе обследованных мужчин с признаками АГ и в контрольной группе соответствовало равновесию Харди – Вейнберга. При анализе распределения частот генотипов полиморфного маркера и степени ассоциации Thr174Met гена AGT с АГ не было обнаружено статистически достоверных различий, как для генотипов ($\chi^2=0,021$; $p=1,034$), так и для аллелей ($\chi^2=0,008$; $p=0,44$).

При исследовании полиморфизма Met235Thr гена AGT в группе ММЛ были выявлены все возможные генотипы – Met235Met, Met235Thr и Thr235Thr с разной частотой встречаемости. Частота генотипа Met235Met в группе ММЛ с АГ составила 19,67 %, в контрольной группе – 76,0 % ($\chi^2=35,2$; $p=0,0001$). Гетерозиготный вариант полиморфизма Met235Thr выявлен у 54,1 % ММЛ с АГ, в контрольной группе у 16,0 % ($\chi^2=12,2$; $p=0,0005$). Полиморфный вариант Thr235Thr у ММЛ с АГ встречался с частотой 26,23 %, а в группе контроля – 8 % ($\chi^2=6,18$; $p=0,013$). Различия в распределении частот для аллелей Met и Thr у ММЛ с АГ – 46,4 % и контрольной группе – 84 %, что было статистически значимо с $\chi^2=32,96$; $p=0,0001$. Получено полное сцепление полиморфного варианта Met235Thr гена AGT и его вовлеченность в патогенез АГ у ММЛ. В обеих исследуемых группах ММЛ присутствовали все три возможных генотипа гена ACE — I/I, I/D и D/D с разной частотой встречаемости.

Наиболее распространенным генотипом в группе ММЛ с АГ был генотип D/D, он обнаружен у 52,4 % обследованных, в контроле его частота составила 30% ($\chi^2=17,48$, $p=0,0002$). Гетерозиготный вариант I/D выявлен у 19,6% обследованных, в контрольной группе данный генотип встречался значительно чаще – в 46% случаев. Соответственно, в основной группе обследованных с АГ реже выявляли I/I гомозиготный вариант полиморфизма гена ACE – только у 9,83% ММЛ, в отличие от контроля: 24% обследованных. Произведенный расчет рисков развития АГ в зависимости от полиморфизма гена ACE указывает на возможную роль в этом процессе генотипа D/D ($p<0,01$). Данные согласуются с рядом популяционных исследований, в которых показана ассоциация генотипа D/D с АГ (Avila-Vanzzini N., 2015).

При исследовании сочетания генотипов I/D гена ACE и Met235Thr гена AGT получилось 9 различных комбинаций. В группе ММЛ с АГ чаще встречалось сочетание гетерозиготного варианта гена ACE и гетерозиготного варианта Met235Thr гена AGT – 21,67 %.

Наибольшее количество ММЛ с АГ имели комбинацию генотипов, содержащих либо признак делеционного полиморфизма гена ACE – D либо в гетеро- (I/D), либо в гомозиготном состоянии (D/D) и аллельный маркер 235Thr гена AGT также в гетеро- или в гомозиготном состоянии. Данные генетические признаки ассоциированы с увеличением экспрессии генов ACE и AGT.

Внедрение в клиническую практику молекулярно-генетических диагностических исследований при отборе на работу, связанную со стрессогенными факторами, позволит снижать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Лыгина Ю.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Актуальность. В настоящее время исследователями предполагается, что хронический стресс оказывает существенное влияние на возникновение и ухудшение симптомов атопического дерматита (АтД). Одним из значимых стрессовых факторов является проживание в условиях военного времени. Следует отметить, что клинико-иммунологические особенности течения АтД, сочетанного с пищевой аллергией (ПА), под влиянием хронического стресса военного времени, в том числе среди детского населения, ранее не исследовались.

Цель исследования: оценить воздействие факторов стресса военного времени на течение АтД в сочетании с ПА у детей, проживающих в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы: Обследованы 114 детей в возрасте старше 1 года, страдающих АтД, сочетанным с ПА, и проживающих на территориях ДНР, обстреливаемых с различной интенсивностью (высокой и низкой). Интенсивность обстрелов оценивалась на основании данных интерактивной карты. У всех обследованных детей определялась тяжесть течения АтД (индекс SCORAD), сывороточные уровни общего иммуноглобулина E (tIgE), интерлейкинов (IL)-4, 5, 13, абсолютного и относительного количества эозинофилов в крови пациентов. Для статистической обработки полученных результатов использовалась статистическая программа STATISTICA 8.0 (StatSoft, Inc., USA, 2007). В связи с непараметрическим характером распределения данных рассчитывались медиана и квартили исследуемых показателей (Me [Q1; Q3]), для оценки различий использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что индекс SCORAD у обследованных детей, страдающих АтД с ПА, был достоверно выше ($p < 0,01$) при проживании на территориях, обстреливаемых с высокой интенсивностью, и составлял 31,2 [20,4; 39,6] баллов. У лиц, проживающих в условиях низкой интенсивности обстрелов данный показатель составлял 22,3 [16,2; 31,8] баллов.

Также выявлены достоверно более высокие ($p < 0,01$) сывороточные уровни tIgE у обследованных с АтД и ПА, проживающих при высокой интенсивности обстрелов, в сравнении с детьми с территорий с низкой их интенсивностью (218,2 [167,8; 263,2] МЕ/мл и 149,8 [106,8; 201,0] МЕ/мл соответственно). Аналогичные статистически значимые различия ($p < 0,01$) установлены при сравнении уровней IL-4, IL-5 и IL-13 в зависимости от интенсивности обстрелов территорий проживания обследованных детей.

Исследование показателей эозинофилов в крови больных АтД с ПА показало, что у обследованных детей, проживающих на территориях с высокой и низкой интенсивностью обстрелов, достоверно различались ($p < 0,05$) значения абсолютного количества эозинофилов. Необходимо отметить, что статистически значимых различий относительного их количества в зависимости от интенсивности обстрелов выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, нами установлено, что стрессовый фактор военного времени (интенсивность обстрелов мест проживания пациентов) достоверно влияет на клиническую тяжесть течения заболевания, а также на уровни ряда биомаркеров со статистически достоверным увеличением данных показателей у больных детей с АтД и ПА, проживающих на территориях с высокой интенсивностью обстрелов.

Люгайло С.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Институт физической культуры и спорта, Донецк
ГБУ «Донецкий врачебно-физкультурный диспансер», Донецк

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ КОНТИНГЕНТОВ: УНИФИЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРОГРАММЫ

Актуальность проблемы охраны здоровья различных слоев населения на современном этапе развития общества обусловлена значимостью его достаточных показателей в реализации планов государственной политики по каждому ее направлению для укрепления имиджа нашей державы на мировой арене. В этой связи специалистами сферы охраны здоровья разработаны эффективные комплексные меры по: 1) первичной и вторичной профилактике наиболее распространенных соматических заболеваний и травм; 2) восстановительному лечению и реабилитации пациентов различных возрастных групп после перенесенных заболеваний/травм, повлекшим продолжительную утрату трудоспособности; 3) реабилитации при патологиях/травмах, которые привели пациента к инвалидности (для максимально возможной компенсации нарушенных/утраченных функций его организма). То есть, стратегические задачи здоровьесберегающих мер, по сути, ориентированы на: максимально возможное сохранение трудоспособности населения; повышение качества жизни; продление сроков активного долголетия, что невозможно без организации рационально подобранного режима двигательной активности (ДА). Такой подход к обоснованию стратегии восстановления здоровья населения объясняет ключевое место в этом процессе системы физической реабилитации (ФР), как, физиологически обоснованной, альтернативы медикаментозной коррекции, нарушенных в результате болезни, функций организма пациента, способствующей, при этом, расширению его адаптационных возможностей, что приводит к более быстрому выздоровлению или развитию стойкой компенсации. Таким образом, являясь неотъемлемой частью восстановительного процесса, система ФР, полностью подчиняется законам динамического взаимодействия всех его компонентов (медикаментозное лечение, психологическое воздействие, режим труда и отдыха пациента), и базируется на данных реабилитационного диагноза пациента. При этом, тактика реализации мероприятий системы ФР является сводом правил и рецептов применения физических средств и методов в программе комплексного восстановительного лечения пациента. Тактика ФР соответствует текущим задачам этапов (периодов) восстановительного лечения, гибко трансформируя свои организационные формы сообразно степени потребности пациента в восстановлении нарушенных функций на текущий момент. Результатом разработки стратегии ФР, вне зависимости от сферы здоровьесбережения, в которой она реализуется (медицинская реабилитация, вторичная профилактика хронических соматических патологий, физическая культура и спорт, физическое воспитание ослабленных детей и молодежи и т.п.), всегда является модель программы ФР. С учетом неравномерности реабилитируемых по характеристикам реабилитационного диагноза (даже в рамках одной патологии), модель программы ФР предполагает деление на два компонента – константный и трансформирующийся. Константный компонент идентичен для группы лиц, содержит базовые обязательные средства и методы ФР. Наполнение трансформирующегося компонента средствами и методами ФР зависит от характера и степени выявленных у реабилитируемого отклонений в состоянии здоровья. Данная часть модели состоит из специальной и индивидуальных частей. В рамках специальной части используются средства и методы ФР направленные на коррекцию патологии. А наполнение индивидуальной части модели программы ФР зависит от меры функциональных отклонений и индивидуального уровня адаптационных возможностей реабилитируемого на текущий момент, то есть от степени его потребности в реабилитационных воздействиях. При этом в плане реабилитации следует четко придерживаться специальных принципов: полная безвредность и безопасность; рациональное сочетание средств и методов ФР; взаимное потенцирование; своевременная замена; соотношение средств местного и общего воздействия – 1 к 3.

Люгайло С.С., Рамошкайте М.С.

ГБУ «Донецкий врачебно-физкультурный диспансер», Донецк
 ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В реалиях системы многолетней спортивной подготовки применению комплексных здоровьесберегающих мероприятий отводится одно из ведущих мест. Это обусловлено значимостью достаточных показателей соматического здоровья спортсменов в достижении ими высоких соревновательных результатов. В процессе здоровьесбережения спортсмена отмечено смещение приоритетов в пользу применения средств физической реабилитации (ФР), с возрастным акцентом на этапах детско-юношеского спорта. Средства и методы ФР интегрируются в программу спортивной подготовки в качестве равноправного структурного компонента, их применение является обязательным при подготовке юных спортсменов с диагностированными формами хронической соматической патологии (ХФСП). Это делается специалистами для своевременной (физиологической) коррекции, уже имеющихся у спортсмена, дисфункций и нивелирования негативного влияния факторов тренировочной деятельности на функционально несформированные органы и системы растущего организма, особенно в период активного роста и созревания. Функциональная коррекция диагностированных ХФСП средствами ФР осуществляется комплексно, с учетом сочетанных соматических патологий, коими у спортсменов-детей часто являются аномалии прикуса. Коррекция неправильного смыкания челюстей проводится стоматологами-ортодонтами с использованием аппаратных методов лечения, но системная нормализация физиологической окклюзии зубных рядов предполагает регулярное использование биологических методов ортодонтического лечения (БМОР) (мимическая и логопедическая гимнастика, пальцевой массаж, режим жевательной нагрузки и т.д.), что актуализирует включение комплексных ортодонтических мер в программы ФР спортсменов-детей с ХФСП.

На диспансерном учете в ГБУ «ДВФД» у врачей-специалистов по поводу ХФСП состоит 489 юных спортсменов (8-17 лет). Это патологии: системы опорно-двигательного аппарата (ОДА) (плоскостопие, нарушения осанки) – 58,69%; сердечно-сосудистой системы (ССС) (преимущественно – диспластическая кардиопатия (ДКП)) – 41,31%; системы пищеварения (чаще -дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)) – 18,92% спортсменов; респираторной системы (чаще – бронхиты с обструктивным компонентом) – 10,04%; ЛОР-органов – 7,62%. В 49,75% случаев это сочетанные ХФСП, которые регистрируются у детей с крайними антропометрическими стандартами (ретарданты, акселераты). Установлено: в диспансерной группе спортсменов с ХФСП 74,43% (364 человек) имеют аномалии прикуса/зубных рядов, различной степени выраженности. По заключению врача-стоматолога у юных спортсменов в наибольшем количестве диагностирован дистальный прикус – 208 чел. (нижняя микрогнатия: дисгнатия II класса с нормальной верхней челюстью – 152 чел; дисгнатия III класса с уменьшенной верхней челюстью – 56 чел). Реже – мезиальный прикус – 162 чел. (чаще – верхняя микрогнатия в сочетании с куполообразным небом). Аномалии прикуса ввиду недоразвития верхней челюсти диагностированы у спортсменов с ДКП и ДЖВП, а также ХФСП респираторной системы и окололлоточного лимфоидного кольца (ввиду нарушения функции носового дыхания). Нижняя микрогнатия диагностирована преимущественно у спортсменов с патологией ОДА, что является следствием изменения нормального положения вертикальной оси тела, которое привело к нарушению силы жевательных мышц и неправильному их влиянию на зоны роста лицевого скелета спортсмена.

Таким образом, высокая распространенность случаев диагностики аномалий прикуса у юных спортсменов с ХФСП обосновывает включение в программу их ФР, не только аппаратных, но и БМОР лечения (миогимнастика, логопедическая гимнастика, пальцевой массаж, ЛФК), что будет оказывать положительный эффект на правильный рост челюстей по горизонтали и поспособствует их более быстрому перемещению в положение физиологической нормы.

Люгайло С.С., Тютюнник Д.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТОДИКА ДОЗИРОВАНИЯ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОК С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Распространенность диагностики остеохондроза, среди лиц трудоспособного возраста является высокой, а сама патология имеет тенденцию к «омоложению». Более подвержены развитию патологических изменений грудной и шейный отделы позвоночника, которые, как правило, поражаются параллельно и классифицируются специалистами как остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника (ОШГОП). Клинические проявления ОШГОП сопряжены с нарушениями локомоторной функции шеи и пояса верхних конечностей, которая сопровождается болевым и мышечно-тоническим симптомами, существенно снижающими качество жизни пациентов. На фоне ОШГОП, который является хронической патологией, и склонен к периодическим обострениям процесса, у лиц трудоспособного возраста развивается артериальная гипертензия и отмечаются расстройства вегетативной регуляции внутренних органов, это обосновывает использование в процессе реабилитации комплексных средств коррекции локомоторных дисфункций и оздоровления тематических пациентов. Что особенно актуально на этапе течения болезни, когда возможно обратное развитие – I стадия ОШГОП.

Такой подход является единым в процессе профилактики обострений ОШГОП и реабилитации лиц трудоспособного возраста в период ликвидации явлений его обострения. Это конкретизирует цель профилактико-реабилитационного процесса – нормализации двигательных способностей пациента и достижение им (в идеале) величин показателя высокого уровня здоровья, путем рационального использования кинезиологических средств реабилитации, при расширении режима двигательной активности, с учетом предпочтений и мотивов пациентов. В данном аспекте предпочтительны коррекционно-оздоровительные занятия в зале и воде (гидрокинезотерапия), с использованием комплексов специальных упражнений (СУ). Это позволило определить направления организации комплексной коррекционно-оздоровительной работы с 24 студентками 4-5 курсов (20-22 года), которые состояли на диспансерном учете у врача-невролога по поводу цервикалгии с резко выраженным мышечно-тоническим симптомом и ВСД по гипертоническому типу, почему и были включены в программу реабилитации.

Установили: в 100% случаев у студенток зарегистрировано снижение индивидуального показателя физической работоспособности; ограничение локомоторной функции ШГОП; наличие болевых ощущений, регистрируемых по четырем визуальным аналоговым шкалам (ВАШ); повышение показателей ЧСС и АД. Это обосновало включение в процесс их реабилитации комплексных кинезиологических средств, которые были интегрированы в него с учетом потребности занимающихся в профилактико-реабилитационных воздействиях. Программа реабилитации с, интегрированной в нее, методикой комплексных коррекционно-оздоровительных занятий (ККОЗ) со студентками, была рассчитана на 32 недели, и реализована нами в условиях образовательного учреждения, по трем периодам с целью коррекции нарушенных функций и профилактики обострения тематической дорсопатии. Продолжительность периодов реализации методики ККОЗ была регламентирована мерой отклонения локомоторной функции ШГОП, функционального состояния и физической работоспособности студенток. В процессе реализации методики ККОЗ решались оздоровительные, профилактические, образовательные, развивающие и воспитательные задачи. Выбор, направленность и регламентация, используемых в программе реабилитации, кинезиологических средств оздоровительной и корригирующей направленности, а также форма их интеграции в процесс реабилитации студенток, были обоснованы целями и задачами его периода. Учитыв-

влась величина показателя работоспособности студенток, исходя из этого, нами регламентировались: 1) направленность физической нагрузки на КОЗ; 2) допустимая интенсивность физической нагрузки (показатель работоспособности на уровне «низкий» и «ниже среднего» – 73% от максимально допустимой ЧСС; на «средне» уровне – 74-80 % от максимально допустимой ЧСС); 3) продолжительность КОЗ (показатель физической работоспособности на уровне «низкий» и «ниже среднего» – 20-30 мин; средний уровень – 30 -45 мин); 4) кратность занятий в воде (показатель здоровья на уровне «низкий» и «ниже среднего» – 3 раза в неделю; на «среднем» уровне – 3 раза по 30 мин, чередовать с 2 раза в неделю по 45 мин; на уровне «высокий», «выше среднего» – 45 минут, 3 раза в неделю). Также в методику ККОЗ входили мини-комплексы (СУ + элементы пилатеса + упражнения на растяжку (под контролем самочувствия) + релаксационная гимнастика) – ежедневно, в вечернее время - 30 минут. Утренние комплексы СУ для мышц шеи и пояса верхних конечностей (6-8 СУ, выполняемые в медленном и умеренном темпе).

Ляпунов А.В., Федосов А.Д., Преловская М.А., Вержуцкая Ю.А., Вершинин Е.А.

ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт, Иркутск

ПРОБЛЕМЫ ТАКСОНОМИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ БЛОХ – ПЕРЕНОСЧИКОВ ЧУМНОГО МИКРОБА, И ИХ РЕШЕНИЕ МЕТОДАМИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ

Блохи (Siphonaptera) – переносчики ряда патогенов, и прежде всего, основной вектор чумного микроба. Способность блох заражать чумой млекопитающих зависит от вида паразита, и во многом связано с возможностью блокообразования. Поэтому важно точно установить таксономическую принадлежность насекомых, собранных в ходе эпизоотологических обследований. В Иркутском противочумном институте разрабатывается подход к таксономическому определению блох с помощью молекулярно-генетических методов. Из коллекционных сборов блох разных лет и из лабораторных популяций, отобраны экземпляры, видовой принадлежность которых определена классическим методом по морфологическим признакам, а затем выделены нуклеиновые кислоты и наработаны фрагменты генома. Показано совпадение морфологического и молекулярно-генетического (при анализе с помощью сервиса BLAST в NCBI) определения вида блох для *Megabothris rectangulatus* (Wahlgren, 1903) (OR889406), *Pectinocentrus pectiniceps* (Wagner, 1893) (OR889412), *Citellophilus tesquorum* (Wagner, 1898) (PP256582), *Amphipsylla sibirica* (Wagner, 1898) (PP237195), *Neopsylla acanthina* Jordan et Rothschild, 1923 (PP237218), *Xenopsylla cheopis* Rothschild, 1903 (PQ136405), *Ctenocephalides felis* (Bouché, 1835) (PQ535566, PQ535565). В ходе работы были выявлены ряд моментов, требующих решения.

1. В частности, названия ряда видов отсутствуют в базах последовательностей. Имеет место и малая представленность нуклеотидных последовательностей в базах для блох, характерных для сибирских регионов. Например, для хорошо известной российским исследователям блохи *Stenophthalmus pisticus* Jordan et Rothschild, 1921, получена последовательность межгенного спейсера ITS1 (самец, Иркутская область, Слюдянский район, река Хара-Мурин, 2013 г.), но для неё в Genbank отсутствовали как схожие последовательности, так и название этого вида. Для образца из лабораторной популяции *Frontopsylla hetera* Wagner, 1933 (основана 20 особями, Тува, 2015 г.), к фрагменту 16S рРНК не найдены аналоги в GenBank. После депонирования фрагмента (PP989443), стало возможным идентифицировать объекты, собранные в ходе полевых работ – двух высохших блох (PQ136438, PQ136444) из окрестностей села Ташанта (Республика Алтай, 2024 г.).

2. Несоответствие видовых названий, используемых российскими и зарубежными исследователями. В нашем случае для блохи *Amalaraeus penicilliger* Grube, 1851 (PP989437, PP989440), лабораторная популяция которой заложена 16 особями (падь Пыловка, Иркутская область, 2022 г.) получен фрагмент гена цитохром-С-оксидазы, который имеет максимальное сходство (97.34 %) с образцом (KR140946) из Канады (Манитоба) и указанном как *A. dissimilis*, российские специалисты же рассматривают *dissimilis* как подвид *A. penicilliger*.

3. Несоответствие морфологических и молекулярных данных. Фрагмент ITS1 идентичен для трёх образцов из коллекции, ранее определённых как *Catallagia dasenkoi* Ioff, 1940, *Catallagia ioffi* Scalon, 1950, *Catallagia fetisovi* Vovchinskaya, 1944 (Иркутская область, Голоустненский тракт, 23 км, 2016-2017 гг.) и соответственно были идентифицированы молекулярными методами только до рода *Catallagia* sp. (PP965463, PP965464, PP965465). Вероятно, эти три особи, определённые как разные виды, принадлежат к одному, что может быть объяснено феноменом фенотипической пластичности.

4. Для ряда фрагментов, полученных из различных образцов блох (спиртовые сборы, высохшие и фрагментированные имаго, личинки из гнезд грызунов) сходство с последовательностями из GenBank составляет менее 90 %, что не позволяет идентифицировать организм даже до рода. Соответственно, для расширения возможностей по точной идентификации блох, необходимо регулярное пополнение генетических баз нуклеотидными последовательностями от представителей фауны блох характерной для природных зон и экосистем регионов России.

Магадеев Х.Д., Радзиховская М.В.

ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»,
Челябинск

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

В ходе исследования приверженности к лечению ВИЧ-инфицированных подростков в возрасте 10-17 лет (n=147) определены целевые группы: проживающие в семье (группа 1, n=95), проживающие под опекой (группа 2, n=39), проживающие в социальных учреждениях (группа 3, n=13). Целью исследования являлось определение влияния когнитивных нарушений на приверженность подростков с ВИЧ к приему антиретровирусных препаратов. Определение интеллектуального развития производилось с помощью проведения психологического тестирования по методике теста Д. Векслера.

Наименьший уровень интеллектуального развития установлен в группе 2 и составил $82,3 \pm 7,7$ (min – 67; max – 104). При этом у пациента с гемоконтактным путем заражения зафиксирован лучший результат – 91, чем в среднем у подростков с перинатальным инфицированием – $82,1$ (min – 67; max – 104).

В группе 3 показатель теста Д. Векслера составил $84,1 \pm 4,1$ (min – 78; max – 90). Подростки с ВИЧ-инфекцией, инфицированные гемоконтактным путем, имели более высокие результаты интеллектуального развития $88,6$ (min – 78; max – 84), чем заразившиеся вертикальным путем – $81,3$ (min – 78; max – 84).

Наибольший уровень интеллектуального развития установлен в группе 1 – $86,8 \pm 8,8$ (min – 69; max – 115) (p=0,001). В данной группе также установлено, что среди подростков, заразившихся перинатально, уровень интеллектуального развития статистически значимо ниже, чем среди инфицировавшихся гемоконтактным путем – $89,9$ (min – 78; max – 109) (p=0,001).

Результаты исследования свидетельствуют о влиянии ВИЧ-инфекции на когнитивные функции подростков – снижение уровня интеллектуального развития в зависимости от длительности заболевания. У исследуемой когорты ВИЧ-инфицированных подростков, среди заразившихся перинатально длительность заболевания в среднем, составила $11,9 \pm 4,1$ лет, а средний уровень интеллектуального развития был ниже – $84,8 \pm 8,5$, против средней длительности инфицировавшихся гемоконтактно – $3,3 \pm 4,7$ года, и уровнем интеллектуального развития – $89,6 \pm 6,7$.

Оценка уровня приверженности к лечению в целевых группах проводилась с учетом социальных факторов (влияние ближнего окружения и место проживания подростков с ВИЧ-инфекцией), информированности о заболевании и установленном уровне интеллектуального развития подростков.

Наибольшее влияние на приверженность к лечению по данным исследования оказывает уровень информированности подростков о своем заболевании (давность заболевания, необходимость диспансерного наблюдения, приема антиретровирусных препаратов и т.д.). Второе ранговое место – влияние ближнего окружения. Третье ранговое место – уровень интеллектуального развития (когнитивных нарушений).

Таким образом, технология формирования приверженности подростков с ВИЧ-инфекцией к лечению требует включения различных аспектов и факторов. Наибольшую эффективность приобретают мероприятия по увеличению доступности информирования подростков о заболевании и организации постоянного психологического сопровождения.

Майлян Э.А., Жадан Е.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА OPG/RANKL У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, СЕРОПОЗИТИВНЫХ НА ИНФЕКЦИЮ HELICOBACTER PYLORI

Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) рассматривается как фактор, способствующий увеличению синтеза провоспалительных цитокинов. Эти цитокины оказывают влияние на регуляцию активности остеокластов и остеобластов посредством системы RANK/RANKL/OPG. Изменения в данной системе могут привести к повышенной резорбции костной ткани, что особенно критично для женщин в постменопаузе. Индекс OPG/RANKL (остеопротегерин/лиганд рецептора активатора ядерного фактора κ B) служит ключевым индикатором, отражающим баланс между остеогенезом и резорбцией кости. Учитывая, что хеликобактериоз является одной из наиболее распространенных хронических инфекций, которая может потенцировать воспалительные процессы в организме, исследование взаимосвязи между этой инфекцией и изменениями в индексе OPG/RANKL становится особенно важным.

Цель работы: оценить соотношение сывороточных концентраций цитокинов OPG и RANKL у женщин с постменопаузальным остеопорозом (ОП), имеющих хеликобактериоз.

Материалы и методы. В исследование было включено 176 женщин в постменопаузальном периоде. Для оценки минеральной плотности костной ткани (МПК) всем участницам выполняли остеоденситометрию методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Согласно результатам остеоденситометрии, нормальная МПК была выявлена у 37 женщин, тогда как у 82 и 57 пациентов были диагностированы остеопения (ОПе) и ОП соответственно. В рамках исследования также проводили иммуноферментный анализ сывороток крови участниц на выявление суммарных антител (IgA, IgM, IgG) к антигену *Ca*A, ассоциированному с инфекцией *H. pylori*. Помимо этого, измерялись сывороточные концентрации остеопротегерина и RANK-лиганда.

Результаты. Расчёт индекса OPG/RANKL показал, что среди обследованных женщин общей группы медиана и межквартильный размах составили 24,35 [13,9; 51,9]. Было установлено, что отношение сывороточных показателей OPG к уровням RANKL не зависело от состояния костной ткани и не имело существенных различий у пациентов с ОПе, с ОП и у женщин с нормальной МПК. Значения составили 25,05 [12,3; 58,0], 22,1 [15,6; 34,0] и 28,0 [16,6; 65,0] соответственно ($p=0,600$).

Следует отметить, что в общей группе женщин постменопаузального возраста с положительными серологическими тестами на *H. pylori* индекс OPG/RANKL был на 25,1% ниже, чем у пациентов с отрицательными тестами (20,9 [12,2; 34,0] против 27,9 [15,4; 59,1] пг/мл; $p=0,020$). Среди женщин с остеопенией и хеликобактериозом индекс был на 50% ниже (18,2 [10,7; 34,6] против 36,4 [14,9; 59,1] пг/мл; $p=0,045$), тогда как в группе с нормальной костной тканью и с ОП связь с инфекцией не наблюдалась ($p>0,05$).

Заключение. Исследование ассоциаций уровней изученных цитокинов с инфицированием *H. pylori* показало, что в общей группе женщин наличие положительного теста на суммарные антитела к антигену *Ca*A *H. pylori* сочетается со снижением индекса OPG/RANKL ($p=0,020$). Выявленная ассоциация значений индекса OPG/RANKL была обусловлена пациентами с остеопенией ($p=0,045$). Результаты полученных исследований могут быть использованы при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в постменопаузальный период.

Майлян Э.А., Жадан Е.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И УРОВНЕЙ ОСТЕОКЛАСТОГЕННОГО ЦИТОКИНА RANKL У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI

Предполагается, что при поражении желудочно-кишечного тракта бактерией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) существенно ухудшается всасывание как кальция, так и витамина D. Это может стать причиной нарушений в процессах физиологического ремоделирования костной ткани, снижения мышечной силы. Развивающиеся изменения в костно-мышечной системе приводят к повышенному риску падений и увеличению числа остеопоротических переломов. Кроме того, хеликобактериоз может обуславливать хроническое воспаление низкой интенсивности и сопровождаться повышением системной и локальной продукции ряда цитокинов, в том числе остеокластогенного цитокина RANKL (лиганд рецептора ядерного фактора κB), который отвечает за созревание, дифференцировку и активацию остеокластов. Между тем, вопрос о роли инфекции хеликобактер в патогенезе остеопороза изучен недостаточно, а выполненные к настоящему времени исследования имеют противоречивые результаты.

Цель работы: изучить сывороточные уровни 25-гидроксивитамина D и RANK-лиганда в сыворотке крови при постменопаузальном остеопорозе у женщин с позитивным тестом на антитела к антигену *H. pylori*-CagA+.

Материалы и методы. В исследование включили 250 женщин в постменопаузальном возрасте. Показатели (Me [Q1; Q3]) возраста составили 62 [56; 68] года, а длительности постменопаузального периода – 13 [7; 20] лет. Для исследования минеральной плотности кости всем женщинам выполняли денситометрию костной ткани методом DEXA. По результатам остеоденситометрии 76 женщин имели нормальные показатели костной ткани, а 97 и 77 соответственно – остеопению и остеопороз. С помощью иммуноферментного анализа образцы сывороток крови обследуемых женщин тестировали на наличие суммарных антител (IgA, IgM, IgG) к антигену CagA возбудителя хеликобактериоза. Кроме того, определяли сывороточные уровни витамина D и цитокина RANK-лиганда, регулирующего остеокластогенез.

Результаты. Установлено, что в группе женщин с постменопаузальным остеопорозом наличие хеликобактериоза сочеталось со снижением уровня 25(OH)D на 14,8% ($p=0,045$). В общей группе женщин наличие позитивного теста на антитела *H. pylori* имело ассоциацию с увеличением продукции RANKL (3,1 [2,1; 4,4] пг/мг против 2,7 [1,5; 3,5] пг/мл; $p=0,029$). Следует отметить, что выявленная в общей группе женщин связь показателей RANKL с результатами тестирования на хеликобактериоз была обусловлена больными с остеопоротическими нарушениями. В группе больных остеопорозом наличие позитивного серологического теста на суммарные антитела к антигену CagA сочеталось с повышенной продукцией цитокина. В этой группе пациентов значения RANK-лиганда были на 40,4% выше, чем у женщин, имеющих также остеопороз, но серонегативных на хеликобактериоз (4,0 [2,7; 5,8] пг/мл против 2,85 [1,5; 4,2] пг/мл; $p=0,037$). В группах же обследованных женщин с нормальным состоянием костной ткани и остеопенией концентрации цитокина в сыворотке крови не имели ассоциации с инфицированностью хеликобактером ($p>0,05$).

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что у инфицированных *H. pylori* женщин с постменопаузальным остеопорозом снижен уровень витамина D и повышены концентрации RANK-лиганда ($p=0,045$ и $p=0,037$ соответственно). Результаты полученных исследований могут быть использованы при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в постменопаузальный период.

Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Джеломанова С.А., Костецкая Н.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНЦЕНТРАЦИИ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ, У ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Климактерический синдром (КС) представляет собой совокупность обменно-эндокринных, вегетативно-сосудистых и психических нарушений, которые возникают на фоне угасания гормональной функции яичников, резко снижают качество жизни и выступают предикторами широкого спектра более поздних проявлений. В ранний период КС указанные нарушения представлены вазомоторными симптомами, к которым относятся приливы, и эмоционально-психическими симптомами – депрессией, раздражительностью, нарушениями сна и др. В этиологии приливов важную роль отводят как скорости снижения уровня эстрогенов, так и нарушению механизмов терморегуляции гипоталамусом. При этом существуют данные, что член семейства факторов некроза опухоли – лиганд активатора рецептора ядерного фактора κ B (RANKL), помимо ключевого значения в возникновении позднего симптома постменопаузы – остеопороза, играет важную роль и в терморегуляции, в связи с чем отдельные исследователи рассматривают его как новый биомаркер вазомоторных симптомов во время менопаузы.

Цель исследования. Изучить концентрации в сыворотке крови RANKL, остеопротегерина (OPG), а также соотношения OPG/RANKL у женщин в ранней постменопаузе с климактерическим синдромом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 328 женщин в ранней постменопаузе возрастом 48-57 лет. У 229 женщин по результатам опроса и клинического обследования было подтверждено наличие КС. Женщины заполняли анкету оценки тяжести симптомов менопаузальных расстройств (шкала Грина) для анализа соматических, вазомоторных симптомов, психосоциальной и сексуальной сферы. В сыворотке крови определяли уровни RANKL, OPG, рассчитывали индекс OPG/RANKL. Для сравнения двух независимых выборок использовали тест Манна-Уитни. Силу связи показателей определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты. Установлено, что женщины, страдающие КС, характеризуются достоверным ($p < 0,05$) повышением концентраций RANKL и тенденцией ($p < 0,1$) к снижению индекса OPG/RANKL на фоне отсутствия изменений ($p > 0,05$) уровня OPG. Показатель RANKL прямо коррелирует с тяжестью нарушения сна, выраженностью приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, тяжестью приливов, степенью ночной потливости, потери интереса к сексу, а также суммарной выраженностью нарушений психосоциальной сферы и вазомоторных симптомов ($p < 0,0001$ – $p < 0,01$). Концентрацию OPG отличает наличие достоверной ($p < 0,05$) положительной связи со степенью потери интереса ко многим вещам на фоне отрицательной корреляции с интенсивностью мышечных и суставных болей. Значение OPG/RANKL отрицательно коррелирует с тяжестью нарушения сна, выраженностью приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, давления в голове и теле, тяжестью приливов, степенью ночной потливости, потери интереса к сексу, степенью нарушений психосоциальной сферы и вазомоторных симптомов ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, для женщин в ранней постменопаузе с клиническими признаками климактерического синдрома характерно повышение содержания в сыворотке крови RANKL ($p < 0,05$). Уровни RANKL, OPG и значение индекса OPG/RANKL имеют прямые корреляционные связи с выраженностью клинических проявлений климактерического синдрома (усталость или недостаток энергии, приливы, ночная потливость и др.). Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования теста на определение RANKL в качестве биомаркера активности патологических нарушений при климактерическом синдроме у женщин в ранней постменопаузе.

Макеев Г. А., Ворожко А.А., Авсянкин В.И., Бутук Д.В., Яворская Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ НА СПЛАВЫ МЕТАЛЛОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Актуальность. В клинике ортопедической стоматологии несъёмные протезы из сплавов металлов наиболее часто применяются при ортопедическом лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов, аномалиями и деформациями зубочелюстной системы. Эти протезы выполняют не только функциональную, но и эстетическую роль. Однако при всей важности зубного протезирования необходимо учитывать, что при его осуществлении в полость рта вводятся и находятся в ней на протяжении длительного времени инородные тела, изготовленные из материалов, не свойственных организму человека. Поэтому перед современной ортопедической стоматологией встаёт вопрос о биосовместимости металлических зубных сплавов и организма человека [1, 2, 3, 4, 5]

Цель исследования: Определить показания для выбора сплавов металлов при протезировании пациентов несъёмными конструкциями протезов.

Провести анализ методов диагностики аллергии к металлическим зубным протезам в полости рта и выявление факторов риска, требующих проведения аллергических проб перед протезированием.

Материалы и методы. Проявление аллергических реакций на зубные протезы не вызывает сомнений. Аллергия к металлическим протезам выражается объективными признаками (жжение языка, десны и всей слизистой оболочки полости рта) боль в горле и желудочно-кишечном тракте. С целью профилактики аллергии на металлические зубные протезы проводились компрессионные кожные пробы с металлами входящими в состав зубных протезов у 10 пациентов с аллергией. Реагентами использовали 2% раствор хлорида кобальта, 3% раствор сульфата никеля, 0,5% раствор хромово-кислого натрия, 1% раствор хлорида палладия, 2% раствор нитрата серебра и 1% раствор золотохлористоводородной кислоты.

Результаты исследования и их обсуждение: Следует отметить особенности жалоб больных, которые позволяют определить реакцию на разновидность металлов вызывающих аллергии. Изменение вкуса характерно для аллергической реакции на хром, нарушение саливации на золото, чувство жжения и отёка в полости рта на никель.

Общие реакции организма наиболее характерны при использовании для протезирования серебряно-палладиевым сплавом.

При повторном протезировании пациентов, у которых выявлена аллергия на металл, выбор конструкции несъёмных протезов производился из индивидуально подобранных сплавов после проведённых тестов перед протезированием.

Перед протезированием несъёмными зубными протезами пациентам с проявлением аллергии необходимо при помощи тестирования индивидуально подобрать оптимальный сплав для изготовления несъёмных зубных протезов. Контрольные осмотры через 6-24 месяца после повторного протезирования, пациенты показали хорошее состояние слизистой оболочки полости рта и отсутствие жалоб.

Выводы. Диагностическое тестирование пациентов с аллергией перед протезированием несъёмными конструкциями, дают возможность оптимально подобрать сплав металла для изготовления зубных протезов.

Успех ортопедического лечения больных с аллергией в большей степени зависит от индивидуального подхода к протезированию больных с учётом особенностей патологического процесса в тканях ротовой полости, методического подхода к выбору конструкции протезов, постоянного наблюдения за пациентами как в период адаптации так и при дальнейшем протезировании протезами.

Максаров М.Л., Паршиков М.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

ДИСТАЛЬНАЯ МЕЖКОСТНАЯ МЕМБРАНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ: ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ, ВЛИЯНИЕ НА СТАБИЛЬНОСТЬ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕ-ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Актуальность. Последние исследования показывают, что даже при повреждении структур треугольного фиброзно хрящевого комплекса (первичного стабилизатора) в ряде случаев нестабильность дистального луче-локтевого сустава не развивается. По мнению ряда авторов на стабильность сустава может влиять дистальная межкостная мембрана предплечья, которая для него является вторичным стабилизатором.

Цель исследования. Изучить вариабельность в строении дистальной межкостной мембраны предплечья и определить её влияние на стабильность дистального луче-локтевого сустава.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 10 пар анатомических препаратов верхних конечностей. Функциональную состоятельность оценивали путем пассивного вращения предплечья. Наблюдали изменения натяжения дистальной межкостной мембраны, её дополнительных образований и капсулы дистального луче - локтевого сустава.

В качестве инструментального метода визуализации дистальной межкостной мембраны предплечья и ее структур было выбрано УЗИ. В ходе проведенной работы были обследованы 30 добровольцев обоих полов и разных возрастов (15 женского и 15 мужского пола, возрастной интервал от 20-60 лет). Исследование проводилось в положении максимальной пронации (положение датчика тыльное) и максимальной супинации (положение датчика ладонное).

Результаты: в ходе проведенного анатомического исследования определили, что в 6 парах дистальная межкостная мембрана представляла в виде тонкой прозрачной соединительнотканной структурой. Дополнительные образования в виде утолщения не выявлены. В то время как в 4 парах они имелись в виде утолщений мембраны – это дистальный косой пучок и дистальный луче—локтевой тракт. При проведении функциональных проб было выявлено, что при пронации предплечья происходит натяжение дистальной мембраны и дорзальной капсулы, что в свою очередь удерживает головку локтевой кости в сигмовидной вырезке лучевой кости.

УЗИ подтвердило вариабельность в строении дистальной межкостной мембраны предплечья. Дистальный косой пучок визуализировался как линейное гиперэхогенное образование. Из 30 обследуемых оно было выявлено у 13 женщин (92,8%) и 1 мужчины (7,1%), что в процентном соотношении составило 43%.

Закключение. Выявленные особенности строения и функциональные возможности дистальной межкостной мембраны предплечья необходимо изучать более подробно для полного понимания её биомеханического влияния на дистальный луче-локтевой сустав для последующего внедрения полученных новых знаний в клиническую практику при патологии кистевого сустава. Развитие методик инструментальных методов визуализации дистальной межкостной мембраны (УЗИ и в последующем МРТ) также дополняют её морфологию и позволят в последующем применять в клинической практике.

*Малинин Ю.Ю., Григорян Х.В., Кривобок А.А., Ермилов С.Г., Малинин Г.Ю.,
Середич В.А., Беседин И.Е., Навальнев Д.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИНЦИДЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ В ЭНДОУРОЛОГИИ

Внедрение малоинвазивных методов лечения урологических заболеваний привело к увеличению количества симультанных операций.

Мочекаменная болезнь (МКБ) - одно из самых частых урологических заболеваний. Частота МКБ достигает 30-40% среди пациентов с заболеваниями мочевой системы, при этом у 8-32% из них поражение почек носит двусторонний характер. В связи с этим, количество проводимых малоинвазивных, в том числе симультанных, операций в большем количестве случаев связано именно с этой патологией. Возможность выполнения одномоментного хирургического лечения обусловлена характером течения МКБ, различными локализациями конкрементов и, как правило, выявляется на предоперационном этапе.

В ряде случаев, дополнительная патология выявляется случайно в ходе вмешательства, что вынужденно меняет тактику хирурга, затрудняя проведение операции.

Цель исследования. Изучить количество случаев инцидентно выявленной патологии мочевыводящей системы, потребовавшей одномоментного хирургического разрешения или приведшего к каскадности операций.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 653 пациентов с МКБ, лечившихся в отделении РУВДДК и эндоурологии ДОКТМО в период с 2022-23г. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет, из них 346 (53%) были мужчинами, а 307 (47%) - женщинами.

Все пациенты обследованы согласно стандартам, в частности выполнены УЗИ почек и мочевыводящих путей, КТ и(или) экскреторная урография.

В ходе лечения использовались: уретроскопы и нефроскопы Karl Storz и Richard Wolf, электроимпульсный литотриптер «Уролит», ультразвуковой литотриптер Olympus «LUS», гольмиевый лазерный литотриптер Karl Storz «Calculase II» или их комбинации в зависимости от расположения и механических характеристик камней.

Результаты и обсуждение. Сочетанные камни почки и мочеточника встречались в 211(32,3%) случаях, разных отделов мочеточника - в 72(11%), мочеточника и мочевого пузыря - в 12(1,8%), двусторонние камни почек и мочеточников - в 107(16,3%). У 2(0,3%) пациентов одномоментно удалены камни нижней трети мочеточника и произведена лазерная резекция уретероцеле, у 15(2,2%) проведено контактное дробление камней почки и эндопиелотомия.

Наиболее частым случайно выявленным заболеванием мочевыводящих путей были непротяженные, от 1 до 3 мм, стриктуры нижней и(или) средней трети мочеточника, обнаруженные в 63(9,6%) случаях. Стриктуры уретры выявлены в 14(2,1%) случаях, опухоли мочевого пузыря - в 3(0,4%), опухоли мочеточников - в 1(0,1%). Одномоментно разрешить патологию, выявленную в ходе операции, удалось у 17(27%) пациентов, а каскадность потребовалась у 46(73%) операций.

Во всех случаях обнаружения стриктур уретры и мочеточников выполнялась их лазерная абляция. Эндоуретеротомия оканчивалась обязательной установкой JJ-стента 6-8Ch. Повторные операции по поводу МКБ производились на 5-14 сутки.

Случайно выявляемая во время операции сопутствующая урологическая патология может быть объяснена, как несовершенством доступных диагностических методов (ультразвукового исследования, компьютерной томографии, экскреторной урографии и т.п.), так и трудностью верификации.

Выводы. Наиболее частым случайно выявленным заболеванием мочевыводящей системы являются стриктуры мочеточника и уретры.

В 27% случаев при выявлении стриктур возможно выполнение симультанного хирургического вмешательства, а в 73% - потребовалось отдельное хирургическое лечение патологических состояний.

Мамедов В.Ш., Щербина Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Медицинское обеспечение войск складывается из лечебно-профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий. Последние осуществляются в виде санитарного надзора, гигиенической диагностики, гигиенического нормирования и гигиенического воспитания военнослужащих. Таким образом, гигиеническое воспитание - это часть медицинского обеспечения войск, мощное средство профилактического метода. Современная медицина, в том числе и военная, добивается своей основной цели - сохранения и укрепления здоровья населения и войск методом лечения и методом профилактики болезней и преждевременного изнашивания организма. Не все гражданские лица и военнослужащие, в том числе должностные лица, готовы выполнять требования законов и регламентов, связанных с сохранением личного и общественного здоровья. Для того чтобы они были способны это делать, требуется длительное, кропотливое, часто различное по форме и содержанию гигиеническое воспитание. Отсюда следует, что первым этапом (началом) воспитания является формирование соответствующего мышления, а конечным - воспитание способности к реализации этого мышления в действиях, поведении. Такое сознание, такой стереотип мышления служит основой гигиенического поведения, отношения к сохранению природы, к здоровью общества и к личному здоровью. Важность его формирования трудно переоценить. Никакое, даже самое совершенное законодательство не может быть воспринято и реализовано, если общественное сознание не будет подготовлено к восприятию, а население, как объективный носитель этого сознания, - к его исполнению. Любому поведению предшествует его осмысливание. По этому поводу еще в прошлом веке в журнале «Здоровье», основанном А. П.Доброславиным, отмечалось, что «никакое санитарное улучшение не может радикально действовать до тех пор, пока в народе не разовьется полного понимания всех вопросов, имеющих отношение к гигиене. Поэтому преподавание гигиены гораздо необходимее законодательства, основанного на правилах гигиены». К сожалению, это не всегда делается. В Вооруженные Силы и вообще в жизнь приходят молодые люди, нуждающиеся в лучшем случае в коррекции сложившейся модели профилактического мышления и поведения, а в худшем - в разрушении неверных представлений и в создании нового стереотипа мышления и поведения. Добиваться понимания ими этой миссии, чтобы они рассматривали осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий не только как служебную обязанность, но и как необходимость, как одно из важнейших средств сохранения боеспособности части, соединения, как исполнение положений уставов, советских законов, является первой задачей в области их гигиенического воспитания. Короче говоря, необходимо создавать такой стереотип мышления, который бы включал понимание значимости всех факторов, влияющих на здоровье военнослужащих и в соответствии с этим направлял действие и поведение в сторону формирования здорового образа жизни для себя и окружающих. Таким образом, гигиеническое воспитание населения и войск, формирование гигиенического образа мышления и поведения - одна из важнейших проблем государства и Вооруженных Сил. Ее решение связано с глубинными процессами, происходящими в общественном сознании, потому она трудна в достижении цели и сложна в методах решения. Несмотря на это, решать ее надо, так как ей нет альтернативы. Надлежащего здоровья населения и армии можно достичь лишь путем создания здорового, гигиенического образа жизни, у истоков которого стоит гигиеническое воспитание.

Маноченко Г.В., Буров А.А., Анастасов А.Г., Колесников А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, Донецк

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Актуальность. Врожденные пороки развития, включая врожденную диафрагмальную грыжу (ВДГ), являются проблемой для здоровья новорожденных и детей. ВДГ - один из наиболее распространенных врожденных пороков развития, с частотой от 1:2000 до 1:5000 живорожденных с сохраняющейся высокой летальностью. Летальность при ВДГ составляет от 30 до 50% в ведущих медицинских учреждениях РФ, Евросоюза и США. Главные причины летальности при ВДГ - гипоплазия легкого, тяжелая недостаточность кровообращения и тяжелого течения легочная гипертензия. При интенсивной терапии новорожденных с ВДГ остаются открытыми вопросы оценки тяжести состояния и готовности пациентов к оперативному вмешательству, персонализация в тактике проведения терапии.

Материалы и методы исследования. В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) РДКБ МЗ ДНР с 2020 по 2024 г находилось на стационарном лечении 8 новорожденных с ВДГ, из них в 2024 г.- 3 (37,5%) пациентов. Оперативное пособие проводилось в объеме лапаротомии и пластика купола диафрагмы. Анестезиологическое обеспечение - тотальная внутривенная анестезия с продолженной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В периоперационном периоде проводился стандартный мониторинг основных функций систем жизнеобеспечения пациента.

Результаты и их обсуждение. В 2024 году, путем проведения телемедицинских консультаций (ТМК) совместно со специалистами отделения анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии новорожденных Отдела неонатальной и детской хирургии Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, были изменены тактика и подходы периоперационной интенсивной терапии у данного контингента пациентов:

1. Рекомендовано проведение оперативного вмешательства после стабилизации клинических показателей, таких как: уровень предуктальной $SpO_2 > 90\%$ при любом FiO_2 при любом типе респираторной поддержки, стабильных возрастных показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) на фоне любой вазопрессорной терапии, с тенденцией к снижению легочной гипертензии без легочно-гипертензивных кризов по данным ЭхоКГ, темп диуреза ≥ 2 мл/кг/час, компенсированные значения кислотно-основного состояния, уровень лактата крови < 3 ммоль/л и сохранением уровней этих критериев в течение как минимум 24 часов.

2. Рекомендовано проведение персонализированной интенсивной терапии, направленной на коррекцию и профилактику реализации легочно-гипертензивных кризов, включающей индивидуальный подбор режимов ИВЛ, состава и доз инотропных препаратов под контролем ЭхоКГ с определением давления в ЛА / АД у новорожденных в послеоперационном периоде.

3. Новорожденным с установленным диагнозом ВДГ, помимо стандартного комплекса клинического обследования, проводилась оценка индекса оксигенации, индекса вазопрессорно-инотропной поддержки с ультразвуковым обследованием плевральных полостей, ЭхоКГ в процессе лечения.

4. Проведение алгоритма действий по длительности строгого лечебно-охранительного режима в послеоперационном периоде, а также тактике расширения респираторной терапии и кардиотонической терапии. Определены периоды оптимального старта и объема энтерального питания.

Выводы. В условиях ОРИТН РДКБ, применение данного комплекса лечебно-диагностических мероприятий у новорожденных с ВДГ позволило снизить летальность со 100% случаев за период 2020-2023г.г. до отсутствия летальных исходов за 2024 г.

Мареева М.Ю., Мравян С.Р.

ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
имени академика В.И. Краснопольского», Москва

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Пациентки с аномалиями коронарных артерий характеризуются крайне разнообразной клинической картиной как во время беременности, так и вне ее. В современной литературе редко встречаются описания наблюдений беременных с такой патологией.

Целью исследования было изучение особенностей ведения беременности и родов у пациенток с аномалиями коронарных артерий.

Под нашим наблюдением находилось 6 беременных: три пациентки с синдромом Бланда – Уайта – Гарланда (СБУГ), имевших в анамнезе перенос устья левой коронарной артерии в восходящую аорту, аортокоронарное шунтирование с резекцией аневризмы лево-го желудочка и ушиванием устья левой коронарной артерии с резекцией аневризмы левого желудочка. У одной ранее выявлено аномальное отхождение правой коронарной артерии (ПКА) от левого синуса Вальсальвы (ЛСВ), что потребовало оперативного лечения аномалии ПКА с помощью создания анастомоза бок в бок между ПКА и правым синусом Вальсальвы, две пациентки - с малым (3 мм) дефектом аортолегочной перегородки (ДАЛП).

Учитывая частое развитие у пациентов с СБУГ ишемических изменений в миокарде и желудочковых аритмий, всем беременным проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ). При ХМ у двух пациенток с СБУГ выявлены следующие нарушения ритма сердца: у одной пациентки - частая желудочковая экстрасистолия (около 5700 экстрасистол за сутки, временами – по типу бигеминии), 1 пароксизм неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) во время беременности, что потребовало назначения антиаритмической и метаболической терапий (бисопролол, триметазидина дигидрохлорид). При контрольном ХМ отмечено уменьшение числа экстрасистол за сутки в 4 раза, пароксизмов тахикардии не зафиксировано. У другой пациентки зафиксирована по данным ХМ желудочковая экстрасистолия IVB-V градации (5 эпизодов неустойчивой ЖТ во время беременности и 1 эпизод неустойчивой ЖТ через 12 ч. после родов), что потребовало продолжения антиаритмической терапии (соталол гидрохлорид) и в послеродовом периоде.

Все пациентки с аномалиями коронарных артерий родоразрешены с исключением потужного периода. Пять пациенток родоразрешены абдоминальным путем под длительной эпидуральной анестезией, четверо в плановом порядке на доношенном сроке, одна в экстренном порядке в сроке 35-36 недель беременности в связи декомпенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности, критическим состоянием плода (извлечен живой недоношенный мальчик, с состоянием по шкале Апгар 7-8 баллов и признаками гипотрофии 1 степени). Одна пациентка получила оперативное пособие наложения акушерских щипцов. Состояние детей при рождении удовлетворительное.

Планирование беременности у пациенток после проведения корригирующих операций по поводу аномалий коронарных артерий должно быть ориентировано на молодой возраст. Кардиологические осложнения во время беременности, в том числе жизненно опасные аритмии, требуют проведения обязательного мониторирования ХМ каждый триместр, назначения антиаритмической и метаболической терапии. Рекомендуется родоразрешение с исключением потуг, а также использование регионарной анестезии, что позволяет отка-заться от ингаляционных анестетиков со свойственным для них кардиодепрессивным действием, а значит, существенно снизить гемодинамическую нагрузку на скомпрометированный миокард.

Марченко Я.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА GENEXPERT MTB/RIF ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ

Внедрение ускоренного молекулярно-генетического метода диагностики туберкулеза GeneXpert MTB/Rif, который позволяет определить чувствительность к рифампицину, существенно сокращает время, необходимое для постановки диагноза и начала лечения.

Цель исследования: оценка чувствительности и специфичности метода GeneXpert MTB/Rif в сравнении с традиционными диагностическими подходами, такими как микроскопия мазка и культуральные методы в автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT 960 и на плотной среде Левенштейна-Йенсена.

Материалы и методы исследования: в качестве исследуемого материала были проанализированы результаты диагностики мокроты у 1355 пациентов с установленным диагнозом туберкулез за период с 2019 по 2024 годы.

Результаты исследования: информативность метода GeneXpert MTB/Rif сопоставима с культуральными методами (при инфильтративном туберкулезе – 78,4% против 80,9%, $p=0,138$; при диссеминированном – 75,0% против 79,0%, $p=0,384$) и значительно превышает результаты микроскопии (при инфильтративном туберкулезе – 78,4% против 49,8%, $p<0,001$; при диссеминированном – 75,0% против 61,9%, $p=0,009$). При высокой точности (85,0%) чувствительность метода GeneXpert MTB/Rif по сравнению с культуральными методами составила 89,1%, а специфичность – 67,9%. Полученные результаты подтверждают, что молекулярно-генетический метод позволяет осуществлять раннюю диагностику туберкулеза, даже при неясной клинической и рентгенологической картине. Однако низкая специфичность требует верификации результатов с использованием традиционных микробиологических методов.

Заключение: данное исследование подтвердило важность применения GeneXpert MTB/Rif в фтизиатрической практике, особенно для пациентов с впервые установленным диагнозом.

Марченко Я.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОТЕНЦИАЛ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы (ЦНС), среди которых рассеянный склероз (РС), занимают ведущее место, являются серьезной медико-социальной проблемой. Это обусловлено значительной распространенностью и высоким уровнем инвалидизации среди молодого трудоспособного населения.

На ранней стадии диагностики РС приоритетной лучевой модальностью с диагностической и прогностической точек зрения, является магнитно-резонансная томография (МРТ), которая в настоящее время остается единственным методом, позволяющим исследовать центральную нервную систему *in vivo*, поскольку клиническая картина заболевания чрезвычайно многообразна.

Используя традиционные импульсные последовательности МРТ в диагностике РС, можно определить количество, локализацию и активность очагов демиелинизации.

Известно, что наиболее чувствительными к повреждениям вещества головного мозга (ГМ) при РС являются последовательности T2-ВИ и FLAIR (Fluid-attenuated Inversion Recovery). Это связано с тем, что очаги демиелинизации при РС обладают более длительным временем T2-релаксации по сравнению с внешне неизменным белым веществом.

Согласно ряду исследований установлено, что диагностический потенциал метода повышается при использовании контрастного усиления. Это помогает определять степень активности заболевания, что имеет важное прогностическое значение и огромную клиническую ценность при выборе наиболее эффективной терапевтической стратегии. Стоит отметить еще одно из преимуществ данного метода – предоставление дополнительных данных о диссеминации очагов демиелинизации во времени, путем одновременной визуализации как активных очагов, накапливающих контрастное вещество, так и неактивных, не накапливающих его.

Помимо очагов демиелинизации при РС имеются изменения перфузии как в очагах поражения, так и в тканях с нормальной визуальной картиной. Для оценки перфузии ГМ используют контрастирование с динамической восприимчивостью (DSC), МРТ с динамическим контрастированием (DCE) и МРТ с артериальным спин-мечением (ASL). Все эти методы позволяют количественно определять скорость мозгового кровотока (CBF), объем мозгового кровотока (CBV) и среднее время прохождения контрастного вещества по сосудам головного мозга (MTT). Стоит отметить, что у пациентов отмечается тенденция к снижению данных параметров.

В настоящее время установлено, что атрофия ГМ является одним из главных проявлений РС. Помимо потери тканей, обусловленной деструктивными изменениями в белом веществе мозга и их вторичным «отмиранием» из-за специфической утраты аксонов и нейронов, существует множество других возможных механизмов данного процесса. Известно, что атрофия начинается на ранних стадиях РС и прогрессирует у пациентов, не получающих лечение, со скоростью 0,5-1,0% в год, (в сравнении у здоровых людей – 0,1-0,3%) независимо от клинической формы заболевания. Генерализованная атрофия ГМ может фиксироваться не только с первыми симптомами РС, но и на доклинических этапах. В соответствии с клиническими данными скорость развития атрофии определяет прогрессирование инвалидизации, а также коррелирует с нарушением когнитивных функций. Следовательно, оценка атрофии отдельных зон головного мозга позволяет определить функциональные нарушения, специфичные для конкретной стадии заболевания.

Заключение: таким образом, магнитно-резонансная томография обладает большим потенциалом в направлении диагностики и контроля течения рассеянного склероза. Дальнейшее изучение возможностей МРТ у пациентов с рассеянным склерозом достаточно перспективно и требует более глубокого исследования.

Маслов Я.Я.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛОЧНО-ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Целью исследования явилось повышение эффективности хирургического лечения пациентов с инородными телами (ИТ) мягких тканей путем использования интраоперационного ультразвукового (УЗ) контроля.

Были изучены материалы лечения 247 пострадавших, после огнестрельно-осколочных ранений, прошедших лечение в ГБУЗ «ЛГМБ №3» ЛНР.

Всех пациентов разделили на две группы, в зависимости от применяемой хирургической методики лечения. Группа исследования №1 - 189 пациентов, прооперированные под УЗ-контролем, группу исследования №2 составили 58 пациентов с огнестрельно-осколочными ранениями мягких тканей, получивших хирургическое лечение без использования УЗ.

Удаление ИТ из мягких тканей под УЗ-контролем осуществляли при помощи двух методик: а). по ходу раневого канала; б). путем создания нового хирургически оптимального канала к ИТ, при недостижимости осколка по первичному раневому каналу или при отсутствии необходимости его использования.

Наименьшая длительность стационарного лечения была в группе №1 и составила $3,2 \pm 1,1$ дня, в группе №2 - $8,4 \pm 3,1$ дня ($p \leq 0,05$). Таким образом, в группе №1 удалось сократить сроки стационарного лечения на 61,9 % по сравнению с группой №2. Средняя длительность амбулаторного лечения оказалась наименьшей в группе №1 и составила $14,2 \pm 4,3$ дня, в группе №2 - $23,4 \pm 2,1$ дня ($p \leq 0,05$). Длительность амбулаторного лечения в группе №1 оказалась меньше чем в группе №2 на 39,3 %. Полученные данные свидетельствуют, что удаление ИТ при условии применения интраоперационной УЗ, позволяет значительно сократить время пребывания раненных на стационарном и амбулаторном лечении.

Традиционные способы лечения сопровождаются высоким процентом местных осложнений, которые отмечались у 8 пациентов (34,7%).

Средняя длительность процедуры меньше всего была в группе с УЗ наведением и составила $12,2 \pm 2,2$ мин., в то же время, при применении стандартной методики этот показатель составил $61,6 \pm 4,5$ мин. ($p \leq 0,05$). На основании полученных данных выявлено значительное уменьшение продолжительности оперативного вмешательства (на 80%). Отмечено уменьшение размера хирургической раны в группе №1 до $1,5 \pm 0,3$ см. В группе со стандартными методами размер раны составил $6,4 \pm 1,1$ см ($p \leq 0,05$).

Совокупность хирургической и ультразвуковой практики привела к качественно иным возможностям удаления инородных тел из мягких тканей. Благодаря УЗ-контролю повысилась эффективность операций по удалению осколков из мягких тканей. Расширилось понятие «удаляемости» ИТ. Проведенный анализ лечения пациентов с ИТ мягких тканей показал, что применение интраоперационного УЗ-контроля позволило уменьшить размер операционной раны, повысить эффективность операции, снизить длительность оперативного вмешательства. Уменьшение размера операционной раны привело к более благоприятному течению раннего послеоперационного периода в исследуемой группе № 1. Что в свою очередь привело к значительному сокращению сроков стационарного и амбулаторного лечения.

Заключение. Результаты сравнительной оценки эффективности лечения раненных с применения УЗ-ассистированного удаления инородных тел и традиционных методик, определили значительные преимущества УЗ-контроля, которые позволили значительно оптимизировать и упростить технику удаления осколков, снизить время стационарного и амбулаторного лечения пациентов.

Матийцев А.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В последнее десятилетие отмечается в популяции рост острого дивертикулита левой половины ободочной кишки и по данным колоноскопии среди обследованных в возрасте до 40 лет достигает 5%, а более 65% в возрасте 70 лет и старше. В настоящее время среди гастроэнтерологов и колопроктологов продолжается дискуссия, посвященная вопросам профилактики рецидива неосложненного дивертикулита левой половины ободочной кишки.

Цель. Уточнить патогенетические механизмы хронического рецидивирующего течения неосложненного дивертикулита левой половины ободочной кишки.

Методы. Под наблюдением находилось 37 пациентов, у которых клинически и рентгенологически подтвержден первый эпизод левостороннего неосложненного дивертикулита. Критерии включения: модифицированная стадия Ia по Хинчи. КТ-исследование проводили с усилением путем внутривенного введения контрастного вещества. Для пациентов с несколькими лимфатическими узлами учитывали максимальный размер. Общая продолжительность наблюдения у всех больных составила три года после первого эпизода заболевания. Рецидив дивертикулита определяли как повторный эпизод, возникший не ранее 90 дней от момента клинического выздоровления, подтвержденный гистологически и рентгенологически.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ клинической картины и данных дополнительных методов исследования установил следующее. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 16,4$, из них 21 (56,76%) – мужчины. Средний ИМТ равен $28,7 \pm 4,2$ кг/м². Из сопутствующих заболеваний сахарный диабет был у – 8 (21,62%), гипертоническая болезнь – 13 (35,13%). При поступлении у всех пациентов имел место болевой синдром в левой половине живота при нормальных характеристиках стула. Лейкоциты – $(11,9 \pm 3,2) \times 10^3$ /мкл, С-реактивный белок – $7,9 \pm 5,9$ мг/дц. Продолжительность приема антибиотиков – $10,2 \pm 8,9$ дней, госпитализация – $8,1 \pm 7,7$ дня. Рентгенологически установлено, что дивертикулы расположены в 26 (70,27%) случаях в сигме, а 11 (29,63%) – нисходящем отделе, длина воспаленного парадивертикулярного сегмента составила $59,8 \pm 17,8$ мм, толщина $11,9 \pm 2,5$, а площадь воспаления – $8,7 \pm 4,5$ см². У всех больных определяли увеличенные лимфатические узлы, размером $6,1 \pm 2,7$ мм, причем у 13 (35,13%) несколько.

Рентгенологически установлено, что рецидивирующий неосложненный дивертикулит левой половины ободочной кишки протекает на фоне хронического мезентериального лимфаденита в большинстве случаев повторный эпизод заболевания клинически и рентгенологически представлен как парадивертикулярный сегментарный колит. Первый эпизод неосложненного острого дивертикулита в ряде случаев приводит к нарушению сократительной функции лимфангиома и накоплению избыточного количества интерстициальной жидкости. Повышенное содержание иммунных клеток в тканях (особенно в региональных лимфатических узлах) способствуют повреждению последних.

Полученные результаты позволяют предположить, что традиционная терапия (применение невсасывающихся антибиотиков), не создает необходимую концентрацию в региональных лимфатических узлах, а следовательно, не приводит к полной ликвидации регионального мезаденита.

Заключение. Рентгенологически установлено, что для хронического неосложненного дивертикулита левой половины ободочной кишки характерен региональный лимфаденит ($6,1 \pm 2,7$ мм), который является, по-видимому, причиной рецидива.

Матийцев А.Б., Чубарь В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУЗ ДНР «Центральная клиническая больница с поликлиникой», Донецк

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОСТИТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Травматические повреждения передней поверхности голени более чем в 30% случаях осложняются хроническим периоститом большеберцовой кости. В период обострения воспалительного процесса показана физиотерапия с пропреоцитивной тренировкой и локальное введение кортикостероидов. Как правило, в большинстве случаев такая периостальная реакция резистентна к общепринятому консервативному лечению. Учитывая рост травматических повреждений передне-переднебоковой поверхности голени среди населения, разработка мер предупреждения данного осложнения при огнестрельных слепых оскольчатых ранениях голени остается актуальной в настоящее время.

Цель работы: Разработать и оценить эффективность предлагаемого метода профилактики хронического периостита большеберцовой кости как осложнения слепых оскольчатых огнестрельных ранений голени.

Материалы и методы. Критерий включения-огнестрельные ранения мягких тканей передне и передне-боковой поверхности голени, раневой канал которых заканчивался сліпо, наличие инородных тел в мягких тканях. Критерий исключения – отсутствие рентгенологических признаков повреждения костной ткани. В соответствии с критериями включения /исключения были выбраны 61 пациент с данной патологией. В зависимости от методов лечения все больные были разделены на две группы: I (основная) – 29 пациентов, получала традиционную терапию, II (группа сравнения) – 32 наряду с общепринятыми методами лечения проводили непрямую лимфотропную антибактериальную терапию используя оригинальную методику: предварительно в области I межпальцевого промежутка на стопе подкожно вводили 1 мл (5000ед.) гепарина (в качестве проводника), затем не вытаскивая иглы через 5 – 7 минут вводили гентамицин – 80мг - 1 р. в сутки, количество процедур 7-9.

Результаты и их обсуждения. Средний возраст пострадавших составлял 37 ± 12 лет. Время от момента получения травмы до обращения за медицинской помощью колебалось от 14 до 72 часов. При поступлении всем больным была произведена хирургическая обработка раневой поверхности с обязательным удалением инородных тел, дальнейшее дренирование раневого канала. Через сутки после оперативных пособий у большинства больных обеих групп цитологическая картина была представлена преимущественно нейтрофилами. На 2-3 сутки после начала комплексного лечения во II группе отмечался подъем температуры тела до $37,4 - 37,70^{\circ}\text{C}$, тогда как в I - температурная реакция находилась на прежних цифрах. На 5-7 сутки от начала комплексного лечения в раневом экссудате у больных I группы сохранялся незавершенный фагоцитоз, тогда как во II- была умеренно выражена микробная обсемененность, а фагоцитоз носил завершенный характер. Цитологический контроль за течением раневого процесса позволил установить следующие особенности: на 12-14 сутки от начала лечения в основной группе имела место воспалительная реакция, тогда как в группе сравнения уже к 9-10 дню в 18 (54,54%) случаях цитология раны соответствовала воспалительно-регенеративному типу, а в 7 (21,21%) – регенеративному. У 7 (24,14%) больных I группы к концу второй недели усилилась гиперемия и отек кожи в проекции раневого канала, рентгенологически имело место воспалительная периостальная реакция, тогда как у пациентов II группы признаков воспаления не было.

Выводы. Применение непрямой лимфотропной антибактериальной терапии в комплексном лечении слепых оскольчатых огнестрельных ранений голени позволяет снизить длительность воспалительной фазы раневого процесса в среднем на 4-5 дней и исключить периостальную воспалительную реакцию по сравнению с традиционной терапией.

Матиско М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

В настоящее время хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у ВИЧ-инфицированных больных остаётся актуальной проблемой. По данным ВОЗ, на конец 2023 г. в мире насчитывается свыше 50 млн. инфицированных вирусом гепатита С и около 39,9 млн – ВИЧ. За время пандемии от ВИЧ-инфекции погибло более 42,3 млн. человек. Единство путей передачи определило высокий уровень частоты их сочетанного течения. Эпидемия инъекционной наркомании, начавшаяся в 1990-е годы определила значительный рост заболеваемости гепатитом С и ВИЧ-инфекцией в виде микст-инфекции. Сочетанная ко-инфекция ВИЧ/ХВГС колеблется от 24,3 до 91,2 % в зависимости от пути инфицирования ВИЧ и от 41,0 до 92,6 % – в зависимости от региона исследования. Показано, что ВИЧ-инфекция не влияет на клиническое течение и исход острого вирусного гепатита С, однако частота исхода ХВГС в цирроз печени у пациентов с ВИЧ-инфекцией в 3,5 раза чаще в сравнении с больными с ВИЧ-негативным статусом. Частота нежелательных явлений, развившихся в процессе терапии ХВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией в 6-10 раз выше, чем у пациентов с моноинфекцией HCV. При ВИЧ-инфекции имеет место прогрессирование HCV-инфекции и более ускоренное формирование цирроза печени, а прогрессирование ВИЧ-инфекции обуславливает высокие показатели виремии HCV. У больных с ВИЧ-инфекцией уровень вирусной нагрузки РНК HCV в целом выше, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Риск перехода ХВГС в цирроз печени у больных с ко-инфекцией ВИЧ в 3,5 раза выше, чем при моноинфекции ХВГС. У пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ХВГС преобладают более выраженные воспалительные и фибротические процессы в печени по сравнению с больными, инфицированными только вирусом гепатита С. У больных ВИЧ инфекцией в большинстве случаев хроническая HCV-инфекция протекает в фазе реактивации. Установлено, что ХВГС у ВИЧ-инфицированных пациентов характеризуется отсутствием выраженных клинических проявлений, минимальной цитолитической активностью, в биоптатах печени изменения выражены умеренно, несмотря на высокую вирусную репликацию. Повышенный риск гепатотоксичности антиретровирусных препаратов (АРВТ) у пациентов ВИЧ/ХВГС возникает с самого начала их применения. EACS рекомендуют назначение АРВТ всем пациентам с ко-инфекцией ВИЧ/ХВГС вне зависимости от уровня СД4, при этом раннее применение АРВТ предупреждает прогрессирование фиброза печени.

Матиско М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ ПРИ ГРИППЕ И COVID-19 В 2023-2024Г.

Грипп и коронавирусная инфекция продолжают быть наиболее распространенными инфекциями среди населения. В ретроспективное исследование вошли 24 пациента с гриппозной пневмонией (грипп А – 18 (75%), грипп В – 2 (8%), грипп А и В – 4 (17%) и 22 пациента с пневмонией, ассоциированной с COVID-19 (мужчин-20, женщин-26), проходившие лечение в инфекционном отделении и ОИТ ЦГКБ№1 г. Донецка. Все случаи лабораторно подтверждены экспресс-тестом (ИХА) на наличие антигенов вируса гриппа или коронавируса, и закончились выздоровлением. В группе больных с гриппозной пневмонией лица пожилого и старческого возраста составили 71%, среднего и молодого – 29%. Больные были госпитализированы на 5-12 день болезни. Среднетяжелое течение болезни наблюдалось у 79% пациентов, тяжелое – у 21%. Интоксикационный синдром с высокой лихорадкой отмечен в 21%, с фебрильной лихорадкой – в 50%, с субфебрильной в 29% случаев. Трахеобронхит в начальном периоде был у 9 (38%) больных. У всех пациентов наблюдалась гиперемия слизистой ротоглотки с мелкой зернистостью, у 29% – цианоз дужек, у 8% – геморрагии на твердом небе. Аускультативно в легких у больных прослушивалось везикулярное дыхание с жестким оттенком, ослабление легочного звука, крепитация. Односторонняя пневмония диагностирована у 10 (41,7%), двусторонняя – у 14 (58,3%) пациентов. Рентгенологическое исследование с обеих сторон у 8 (33,3%) выявило участки понижения прозрачности за счет инфильтрации, у 11 (45,8%) – усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента, участки понижения прозрачности за счет перибронхиальной инфильтрации. По данным СКТ ОГК у 5 (20,8%) пациентов легочной рисунок был усилен с обеих сторон за счет интерстициального компонента с участками перибронхиальной инфильтрации. ДН1 ст. выявлена у 4 (16,7%), ДН 2 ст. – у 2 (8,3%), ДН 3 ст. у 1 (4,2%) больных. 1 пациент (4,2%) с гриппом был переведен на НИВЛ. Среди пациентов COVID-19 с пневмонией (22 больных) лица пожилого и старческого возраста составили 59%, среднего и молодого – 41%. Больные госпитализировались на 5-10 день болезни. Двустороннее поражение легких было у 18 (81,8%), одностороннее – у 4 (18,2%) пациентов и соответствовало симптомам атипичной пневмонии. Среднетяжелое течение пневмонии было преобладающим (82%), тяжелое наблюдалось в 18% случаев. Высокая лихорадка у больных коронавирусной инфекцией не отмечена, у 23% была выражена боль в горле, у 18% – нарушение обоняния, у всех – гиперемия слизистой ротоглотки. Рентгенологически у 73% пациентов на фоне усиления легочного рисунка за счет интерстициального компонента отмечались участки понижения прозрачности легочной ткани в виде инфильтрации. По данным СКТ ОГК в 14% случаев наблюдалось усиление легочного рисунка по типу «матового стекла», в 9% с 2-х сторон – неравномерное понижение прозрачности легочной ткани и интерстициальная тягистость, у 1 (5%) больного на всем протяжении отмечалось усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента и ретикулярной тягистости. ДН1 ст. выявлена у 5 (22,7%), ДН 2 ст. – у 2 (9,1%), ДН 3 ст. – у 2 (9,1%) пациентов. Перевод на НИВЛ потребовался 4 (18,2%) больным. Таким образом, для пневмонии при гриппе характерным является выраженная интоксикация, трахеобронхит в начальном периоде, типичные для заболевания изменения в ротоглотке. Достоверным критерием дифференциального диагноза двух заболеваний являются специфические методы выявления возбудителей.

Матмуродов Р.Ж., Жуманазарова Ш.Р., Халимова Х.М., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФЕССИИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы, протекающее по-разному у представителей разных профессий.

Цель. Анализ распространенности БП среди представителей узбекской нации по роду деятельности и сравнительный анализ гендерных признаков.

Методы. В ходе исследования обследовано 114 больных с общей БП (58 мужчин 50,8% и 56 женщин 49,2%). Средний возраст пациентов $67,8 \pm 5,3$ года. Средняя продолжительность заболевания $5,1 \pm 2,3$ года. Стадии заболевания выделяли по Хен и Яр.

Результаты. У 65 (57%) обследованных пациентов симптомы заболевания определялись на основании анамнеза заболевания. При сравнении пациентов по полу генетический анамнез чаще встречался у 36 (55,4%) мужчин, $p \leq 0,05$. Из пациентов с БП 36 (31,5%) были медицинскими работниками, из них 19 (52,7%) мужчин и 17 (47,3%) женщин. Из 19 пациентов мужского пола 8 (42,1%) были курильщиками и 11 (57,9%) некурящими, $p \leq 0,001$. 38 пациентов (33,3%) были учителями, 11 (28,9%) мужчин и 27 (81,1%) женщин, $p \leq 0,001$. 26 пациентов (22,8%) были заняты в сельском хозяйстве и контактировали с различными мутантными факторами, 18 мужчин (69,2%) и 8 (30,8%) женщин. Установлено, что 14 пациентов (12,3%) имеют различные профессии, среди них 8 мужчин (57,1%) и 6 женщин (42,9%).

Выводы. Встречаемость болезни Паркинсона у узбекской национальности различна в разных профессиях и имеет гендерные особенности. Это состояние тесно связано с воздействием физических, химических и биологических мутантных факторов.

Махмутов Р.Ф., Исмаилова А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД О ВЛИЯНИИ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Актуальность. Согласно литературным данным разных авторов, ежегодно происходит увеличение числа пациентов с синдромом раздраженного кишечника, что во многом связано с воздействием многих факторов.

Цель работы. Изучить взаимосвязь между психоэмоциональными факторами и возникновением синдрома раздражённого кишечника у лиц детского возраста.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы литературные источники за период с 2006-2024 гг.

Результаты и обсуждение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – актуальная медицинская проблема, относящаяся к функциональным расстройствам пищеварительной системы. Она характеризуется хронической болью в животе, изменением частоты и формы стула, а также другими желудочно-кишечными и внекишечными симптомами. Синдром раздраженного кишечника представляет серьезную и недооцененную проблему как для взрослых, так и для детей. Точных статистических данных о распространенности СРК среди детского населения не имеется. Согласно имеющимся сведениям, частота выявления данного заболевания в детской популяции в рамках первичной амбулаторной помощи составляет 0,2%. В Римских критериях IV приводятся данные о распространенности СРК в ряде стран мира, в том числе в США, где она колеблется от 1,2% до 2,9%. В Российской Федерации этот показатель составляет приблизительно 15%. Анализируя известные факторы развития СРК в контексте единой цепи патологических процессов, можно предложить следующую модель его возникновения. В.Д. Тополянский и М.В. Струковская (1986) отмечали, что в 80% случаев желудочно-кишечные расстройства обусловлены психогенными факторами или эмоциональным напряжением. По мнению И.А. Макарова и др. СРК является и не патологией ЖКТ, и не заболеванием ЦНС или психической сферы. Они считали это новое бионейропсихосоциальное состояние, которое формируется в условиях экстремального социального давления и проявляется повышенной чувствительностью, восприимчивостью и реактивностью организма. Ухудшение психического состояния пациента, усугубляющее его соматическое состояние, приводит к снижению стрессоустойчивости. В результате возникает «постстрессовая психосоматическая уязвимость», повышающая чувствительность к любым внешним раздражителям.

В настоящее время доминирует биопсихосоциальная модель развития СРК. Она подчёркивает ведущую роль взаимодействия двух основных групп патогенетических механизмов: психосоциальных и сенсомоторных. Другими словами, в основе СРК лежит нарушение нейрогуморальной регуляции оси «головной мозг-кишечник», обусловленное психоэмоциональными факторами, вегетативными нарушениями и висцеральной чувствительностью. Исследования показывают, что стресс, тревожность, депрессия и другие психологические состояния могут способствовать возникновению или усилению симптомов СРК. Одним из механизмов, связывающих психологические факторы и СРК, является изменение моторики кишечника. Стресс может приводить к нарушению работы мышц кишечника, что вызывает боль и дискомфорт. Кроме того, психологические факторы могут влиять на восприятие боли и чувствительность кишечника. Каждый год число пациентов с синдромом раздраженного кишечника увеличивается, что связано с воздействием психологических и социальных факторов.

Выводы. На основе проведенных исследований сделан вывод, что основной причиной синдрома раздраженного кишечника считается стресс и ряд психологических факторов. Углубленное изучение причины и развития механизмов данного заболевания, может помочь в разработке персонализированных методов диагностики и лечения данного состояния, с целью повышения эффективности проводимых диагностических и терапевтических мероприятий.

Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Щепанкова Е.В., Бродяная П.А., Басий Д.Т.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКИ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Введение. Вирус SARS-CoV-2 представляет особую опасность в отношении декомпенсации хронических заболеваний, развитии мультисистемного воспалительного процесса и неопределенностью исходов при заражении им.

Цель. Изучить особенности диагностики и клиники COVID-19 инфекции у детей, проживающих в условиях военного конфликта.

Материалы и методы. Показателем состояния здоровья детей, проживающих в условиях военного конфликта, является заболеваемость, поэтому в качестве оценки этого показателя использованы данные статистического отдела Министерства здравоохранения ДНР.

Результаты и обсуждение. Переболели COVID-19 инфекцией, в ДНР, в 2021 году 801 ребенок, в 2022 году – 1230 детей. Пациентов первого года жизни было 25%, старше 7 лет – 55%. Преобладали клинические варианты течения в виде поражение органов дыхания (95%), органов ЖКТ (40%), протекавшие в легкой (67%) и среднетяжелой (25%) форме. У детей первого года жизни выявляли стенозирующий ларингит (47%), бронхит с обструктивным синдромом (25%), бронхиолит (21%). У старших детей диагностировали тонзиллит (87%), боль в горле (67%), заложенность носа (67%), «озноб» (67%), субфебрильную температуру (57%), кашель (57%), головную боль (55%), жидкий стул (37%), миалгию (35%), «першение» в горле (35%), нарушение обоняния и вкуса (27%), пневмонию (21,5%). В ранние сроки заболевания у ряда пациентов отмечались: слабость (75%), отсутствие аппетита (68%), фебрильная температура (67%), головная боль (55%), диарея (40%) рвота (38%), поражение кожных покровов (35%). Госпитализировано с тяжелым гастроинтестинальным синдромом 37% детей, с эксикозом – 12%. Длительность диарейного синдрома была до 5±1 суток. Длительность пребывания в стационаре зафиксирована 7±1 суток. В 2021 г. было зарегистрировано 9 летальных исходов. Период постковидного синдрома наблюдался в 35% случаях в виде головной боли, астении и длительного субфебрилитета.

Выводы. Преобладающими вариантами течения COVID-19 инфекции у детей, проживающими в условиях военного конфликта, в изучаемый период, были поражение дыхательных путей (95%) и гастроинтестинальная форма болезни (40%). По тяжести преобладали легкая (67%) и среднетяжелая (25%) формы. У детей первого года жизни преобладали стенозирующий ларингит, бронхит с обструктивным синдромом, бронхиолит. У детей старше 7 лет преобладали тонзиллит боль в горле, заложенность носа, «озноб», субфебрильная температура, кашель, головная боль.

Стресс-индуцированные состояния во время пандемии COVID-19 инфекции у детей усугубляют действия военного конфликта, определяющие уровень заболеваемости и клинического течения болезни. В свою очередь, это требует оптимизации особенностей амбулаторного наблюдения в постковидном периоде за детьми, проживающими в условиях военного конфликта, с использованием разнообразного количества методов их реабилитации.

Махмутов Р.Ф., Новиков Г.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Актуальность. Диагностика острого аппендицита с типичными клиническими проявлениями не представляет затруднений. Вместе с тем ошибки в верификации диагноза, по данным литературы, отмечаются до 40% наблюдений (Шамсиев Р. Э. и соавт, 2019). Диагностические ошибки приводят как к «необоснованной» операции, так и к запоздалому оказанию хирургической помощи, частота которой составляет до 34,5% (Касимов Р. Р., 2013).

Цель. Провести анализ литературных данных о диагностике острого аппендицита на дооперационном этапе у детей.

Результаты и их обсуждение. По мнению ряда авторов, истинная эффективность многих «специфических» аппендикулярных симптомов невелика (Кригер А. Г., 2002), а данные общеклинического лабораторного исследования ничего специфически связанного с описываемой патологией вообще не имеют (Касимов Р. Р., 2013). В последнее время появляются сообщения, что и уровень лейкоцитов не имеет практического значения в диагностике острого аппендицита и тем более не позволяет предположить его форму (Shozo Y., 2009). Достаточно информативным и обнадеживающим является исследование С-реактивного белка, его уровень более 5 мг/л может свидетельствовать о наличии деструктивного аппендицита. Чувствительность, специфичность, точность метода составляют до 98% (Касимов Р. Р., 2013). Комплексное исследование в виде «тройного теста» (СРБ, уровень лейкоцитов и нейтрофилов) повышает чувствительность до 94,4%, а положительную прогностическую ценность метода до 98,7% (Shafi S. M., 2009). С целью унификации диагностики острого аппендицита и повышения точности диагноза предложена шкала A. Alvarado. Использование этой шкалы предусматривает балльную оценку таких клинических симптомов, точность диагностики до 90,0%, а доля «негативных» аппендэктомий – до 17,5% (Кохреидзе Н. А., 2016). Необходимость рутинного ультразвукового исследования червеобразного отростка в настоящее время дискутируется. Чувствительность метода составляет до 95%, специфичность до 99%, общая точность до 98% (Ярцев П. А. и соавт, 2010). Наиболее информативен этот метод при осложненном течении острого аппендицита (Soda K. et al, 2016). Ирригоскопию имеет смысл использовать как информативный метод диагностики аппендикулярного инфильтрата, а колоноскопическая аппендикогография представляет интерес при диагностике хронического аппендицита (Кохреидзе Н. А., 2016). Точность компьютерной томографии в диагностике острого аппендицита составляет до 100%, однако доля «негативных» аппендэктомий и в этом случае равняется до 8% (Rezak A. et al, 2011). Абсолютно целесообразно проведение КТ при подозрении на осложненные формы острого аппендицита или в сомнительных случаях, однако необходимость рутинного применения метода активно дискутируется. В современной литературе широко представлены вопросы лапароскопической диагностики острого аппендицита, точность которой высока и составляет до 95%, чувствительность – до 98%, специфичность – до 91% (Mishra R. K. et al, 2008). Помимо сложности в диагностике, а также наличия полиморфной клинической картины, среди основного фактора развития осложненного течения острого аппендицита, в частности у детей, можно выделить позднее поступление в стационар, что связано с самостоятельным консервативным лечением и игнорированием родителями пациентов симптомов заболевания (Шангареева Р. Х. и соавт, 2023).

Заключение. Учитывая низкий лечебно-диагностический потенциал, стремительность развития клинических симптомов и тяжесть течения заболевания у детей актуальным является проведение дальнейших исследований с привлечением и тестированием разнообразных лабораторных и инструментальных методов для оптимизации раннего выявления острого аппендицита и верификации его осложнённых форм.

Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОДЕЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К МОНИТОРИНГУ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕГИОНЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Введение. Несмотря на усилия по профилактике йодного дефицита (ЙД), проблема остается далекой от окончательного разрешения, а ЙД считается важнейшей медико-социальной проблемой на современном этапе. Доказано наличие ЙД на большей территории России, в том числе и в Донецком регионе. В группу особого риска развития ЙД и его последствий входят беременные, что может быть причиной развития гестационных и перинатальных осложнений.

Цель. Разработать модель дифференцированного подхода к мониторингу беременности в регионе ЙД на основании комплексной оценки течения гестационного процесса и тиреоидного статуса беременных.

Материал и методы. Обследовано 530 беременных, проживающих на территории Донецкого региона. Проведена оценка течения гестации, уровень экскреции йода с мочой, тиреотропного гормона, свободного тироксина и трийодтиронина, антител к тиреопероксидазе, рассчитано отношение уровня свободного трийодтиронина к уровню свободного тироксина, объем щитовидной железы (ЩЖ) в динамике гестации.

Результаты. После установления тиреоидного статуса с учетом критериев включения/исключения для дальнейшего наблюдения отобрано 480 беременных, которые распределены на две группы: I группа - 424 беременные с ЙД (экскреция йода с мочой < 100 мкг/л), II группа - 56 беременных без ЙД (экскреция йода с мочой \geq 100 мкг/л). Беременные I группы не получали препараты йода до беременности в отличие от беременных II группы. После изучения тиреоидного статуса все беременные стали получать калия йодид 250 мкг в сутки. На основании тиреоидного статуса беременные с ЙД, были разделены на подгруппы: с ЙД без нарушения функции ЩЖ, с ЙД и относительной гипотироксемией (отношение уровня свободного трийодтиронина к уровню свободного тироксина \geq 0,28 при уровне тиреотропного гормона < 2,5 мМЕ/л), с ЙД и наличием антител к тиреопероксидазе в референтном диапазоне и уровнем тиреотропного гормона \geq 2,5 мМЕ/л. Сравнительная оценка качества течения гестации и динамики тиреоидного статуса дала возможность разработать модель дифференцированного подхода к мониторингу беременности в регионе ЙД.

Выводы. В регионе ЙД показано изучение тиреоидного статуса беременных при постановке на учет в женской консультации с последующей консультацией эндокринолога независимо от установленного тиреоидного статуса. При установлении ЙД без нарушения функции ЩЖ дальнейшее изучение тиреоидного статуса не проводится. При выявлении относительной гипотироксемии, уровня тиреотропного гормона \geq 2,5 мМЕ/л и антител к тиреопероксидазе необходимо динамическое изучение тиреоидного статуса каждые 8-10 недель на фоне проведения коррекции ЙД (калия йодид) и выявленных нарушений функции ЩЖ (заместительная гормональная терапия гормонами щитовидной железы).

Беременные с патологией щитовидной железы, относительной гипотироксемии и наличием антител к тиреопероксидазе должны наблюдаться акушером-гинекологом совместно с эндокринологом.

Соблюдение разработанной модели мониторинга даст возможность своевременно оценить эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на регуляцию функции щитовидной железы и снизить частоту развития гестационных и перинатальных осложнений.

Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Марченко Т.А., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

УНИЛАТЕРАЛЬНАЯ ПЕКТОПЕКСИЯ В КОМПЛЕКСЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Пролапс тазовых органов, встречающийся у 11-40 % женщин, является важной медико-социальной проблемой. Несмотря на то, что данное заболевание не влияет на продолжительность жизни, оно может значительно снизить качество жизни и нарушить социальную адаптацию женщины. Согласно теории DeLancey J.O. выделяют три уровня поддержки тазовых органов, в связи с чем, эффективное оперативное лечение пролапса тазовых органов, чаще всего, должно включать коррекцию всех уровней поддержки. Одним из этих уровней является апикальный. В настоящее время среди наиболее распространенных и эффективных методов лечения апикального пролапса тазовых органов выделяют сакрокольпопексию и крестцово-остистую фиксацию. Указанные методики имеют свои осложнения. Одним из современных методов апикальной фиксации является пектопексия – фиксация шейки матки или культы влагалища полипропиленовой сеткой к связке Купера, которая, на наш взгляд, должна занять достойное место в методах апикальной фиксации пролапса тазовых органов. Имеются сведения о некоторой модификации методики пектопексии - выполнение не билатеральной, а унилатеральной пектопексии.

Цель исследования – оценить эффективность унилатеральной пектопексии в комплексном оперативном лечении пролапса тазовых органов при наличии апикального дефекта фиксации.

Материал и методы. В исследование включено 16 пациенток с пролапсом гениталий 3-4 ст. по классификации POP-Q, которым проведено оперативное лечение пролапса гениталий в объеме передней субфасциальной кольпоррафии, кольпоперинеопластики и лапароскопической пектопексии. Первую (I) группу составили 10 пациенток, которым для апикальной фиксации была выполнена лапароскопическая билатеральная пектопексия, группу II составили 6 пациенток, которым выполнена лапароскопическая унилатеральная пектопексия. Оперативное лечение выполнялось одной бригадой хирургов. Проведена сравнительная оценка длительности операции, объема кровопотери, частоты и структуры интраоперационных осложнений, частоты рецидивов пролапса гениталий в течение 12 месяцев после операции.

Результаты. Статистически значимых различий по возрасту между группами не установлено, $p \geq 0,05$. В группах I и II средний возраст пациенток составил $54,6 \pm 7,3$ и $55,2 \pm 6,5$ лет, средний индекс массы тела $28,9 \pm 3,1$ и $29,1 \pm 3,0$ кг/м², соответственно, $p \geq 0,05$. Наряду с этим, продолжительность операции во второй группе, не имея статистической разницы с первой, составив $61,7 \pm 17,2$ и $28,5 \pm 14,2$ минуты, была в 2,2 раза меньше. Средний объем интраоперационной кровопотери не отличался между группами и составил $50,8 \pm 23,1$ мл и $45,3 \pm 22,2$ мл, соответственно. Интраоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах. Рецидивов пролапса гениталий, нарушений дефекаций и недержания мочи *de novo* за время наблюдения не зарегистрировано.

Выводы. Можно констатировать, что лапароскопическая унилатеральная пектопексия в комплексе оперативной коррекции генитального пролапса – безопасный и эффективный способ коррекции апикальной формы пролапса, однако необходимы дальнейшие сравнительные исследования по изучению указанной методики.

Медведева В.В., Кучеренко Н.П., Гончарова Л.А., Коваленко Т.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ

Задача элиминации гепатита С в детской популяции – вполне осуществима. Данный успех вселяет надежду, что через несколько десятилетий проблема гепатита С будет решена полностью, и случаи инфицирования у детей станут единичными. В России лечение хронического вирусного гепатита С (ХВГС) у детей препаратами прямого противовирусного действия (ПППД) стало доступным с 2019 года, а детские формы препаратов – с 2022 г.

Цель исследования: Оценить эффективность терапии ХВГС у детей ПППД.

Материалы и методы: По состоянию на 2020 г., 20 детей с ХВГС, из числа состоявших на учете в Детских лечебных учреждениях Донецкой Народной Республики, нуждались в проведении противовирусной терапии. На сегодняшний день курс лечения ПППД на базе ЦГКБ№1 города Донецка прошли 13 пациентов в возрасте 3-18 лет, проходивших лечение в 2020-2024 гг. с диагнозом В18.2 Хронический вирусный гепатит С. Терапия проводилась одним из пангенотипных ПППД: 7 подростков 12-17 лет с весом более 30 кг получили Софосбувир+Велпатасвир 400/100 мг/таб. и 1 ребенок – Софосбувир+Ледипасвир 400/90мг/таб., длительность курса – 12 недель. Дети 3-11 лет (5 детей) получили Глекапревир/пибрентасвир (Мавирет) 50/20 мг /саше, длительность курса – 8 недель. Оценка наличия и выраженности синдромов цитолиза, холестаза, нарушения билирубинового обмена проводилась с помощью анализа лабораторных данных: АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, уровня общего и прямого билирубина. Изменения структуры печени определялись ультразвуковым исследованием органов брюшной полости и эластографией печени на аппарате Fibrosan. Эффективность терапии оценивалась по динамике биохимических показателей крови и ПЦР РНК ВГС на 4-й, последней неделе лечения и через 12 недель после лечения.

Результаты и обсуждения: Все дети были инфицированы перинатально и имели длительный период инфицирования до начала терапии. Некоторые больные (30,8%) имели неудачный опыт предшествующей терапии. Сопутствующие заболевания имелись у 76,9% детей. Высокая вирусная нагрузка перед началом курса лечения отмечалась у 84,6% подростков; повышение уровня АЛТ от 2 до 5 норм зарегистрировано у 30,8%; повышение АСТ — у 38,5% детей, максимально – до 5 норм; гипербилирубинемия — у 15,2% обследуемых; явления холестаза с повышением ЩФ и ГГТП – у 7,7% и 15,2% соответственно. Гепатомегалия, диффузные изменения печени на УЗИ определялись у всех пациентов. По данным фибротеста и эластографии печени: у 30,8% пациентов показатели эластичности печени соответствовали 1 стадии фиброза (F1 по Metavir); у 15,2% - F2 по Metavir); у 7,7% - F3, цирроз печени не было ни у одного из пролеченных пациентов. На протяжении терапии проводился контроль ПЦР РНК ВГС и биохимических показателей крови. У всех детей уже на 4-й неделе получен отрицательный результат ПЦР, и к окончанию терапии все пациенты имели отрицательный ПЦР. Элиминация вируса достигнута к 12 неделе лечения у 100% детей. Показатели АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП вернулись к нормальным значениям у 100% подростков на второй неделе, уровень общего и прямого билирубина определялся в норме у всех пациентов.

Выводы: Независимо от наличия сопутствующих заболеваний, опыта предшествующей терапии, активности гепатита перед началом терапии подтверждена безопасность и высокая эффективность препаратов прямого противовирусного действия (Софосбувир+Велпатасвир, Софосбувир+Ледипасвир, Глекапревир/Пибрентасвир) в терапии ХВГС у детей. Препараты хорошо переносятся, серьезных нежелательных явлений не отмечено. Эффективность терапии составила 100%, независимо от применяемого препарата – все пациенты достигли стойкого вирусологического ответа (СВО12). У всех пациентов была достигнута элиминация вируса и нормализовались биохимические показатели.

Медведева О.А., Шевченко А.В., Мухина А.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Метод обучения через деятельность (Learning by Doing, LBD) представляет собой активное обучение, при котором теоретические знания постигаются обучающимися практическим путем.

На сегодняшний день современные образовательные технологии внедрены преподавателями высшей школы на кафедре микробиологии, вирусологии, иммунологии Курского государственного медицинского университета (КГМУ).

В практике врача любой специальности постоянно встречаются пациенты, имеющие патологические процессы бактериальной этиологии. С целью правильной постановки диагноза в большинстве случаев требуется провести микроскопическое исследование и охарактеризовать обнаруженные микроорганизмы по морфологии и тинкториальным свойствам. На практических занятиях для обнаружения микроорганизмов студенты осваивают принцип и технику простых и сложных методов окраски, принцип и правила микроскопии с иммерсионным объективом. Важнейшее практическое значение имеет метод окраски фиксированных препаратов из исследуемого материала и чистых культур бактерий по Граму.

Метод LBD используется при проведении практических (лабораторных) занятий по микробиологии по всем дисциплинам, преподаваемым на кафедре в рамках освоения образовательных программ специалитета по специальностям: 31.05.01 – «Лечебное дело», 31.05.02 – «Педиатрия», 32.05.01 – «Медико-профилактическое дело», 31.05.03 – «Стоматология», 33.05.01 – «Фармация» для оценки работы студента по окраске фиксированного препарата методом Грама и техники микроскопии с помощью чек-листов. Чек-лист был разработан сотрудниками кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии КГМУ, является универсальным и успешно применяется на практических занятиях.

Чек-лист состоит из 20 критериев, которые отражают стандартный алгоритм окраски и микроскопии. За правильное выполнение каждого этапа студент получает один балл (1 критерий – 1 балл). Для перевода баллов в оценку (по пятибалльной шкале) используется система перевода: 0-10 баллов – неудовлетворительно, 10-15 баллов – удовлетворительно, 16-18 баллов – хорошо, 19-20 – отлично.

Знания и навыки, полученные опытным путем, усваиваются студентами-медиками с интересом и легкостью, а способ оценивания при помощи чек-листа позволяет унифицировать выставление отметок студентам за проделанную работу, поэтому метод обучения через деятельность (Learning by Doing, LBD) является актуальным при проведении практических занятий по микробиологии в КГМУ.

Медведева О.А., Шевченко А.В., Мухина А.Ю., Груздов А.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МОЛОКА, УПОТРЕБЛЯЕМОГО СТУДЕНТАМИ КГМУ

Введение. Молоко является распространенным продуктом питания в рационе многих людей. Являясь источником белков, жиров, углеводов, микроэлементов и витаминов, молоко имеет высокую пищевую ценность для человека, а также доступную ценовую категорию, поэтому потребляется людьми разных категорий, включая обучающихся ВУЗов (студентов). Но из-за богатого набора питательных веществ молоко является и средой для размножения микроорганизмов, вызывающих инфекционные заболевания.

Цель исследования – изучить микробиологический профиль образцов молока, чаще и реже всего употребляемых студентами ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» (ФГБОУ ВО «КГМУ»).

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день в торговых сетях представлено огромное количество различных марок молока, поэтому нами было проведено анонимное анкетирование обучающихся ФГБОУ ВО КГМУ на тему предпочтения молока различных торговых марок. В опросе приняло участие 187 респондентов, по результатам которого были выбраны наиболее предпочитаемые (образец №1, образец №2, образец №3) и наименее предпочитаемые (образец №4) торговые марки молока, доступные в супермаркетах, а также молоко домашнее сырое (образец №5), молоко домашнее кипяченое (образец №6), приобретенные у фермера. Оценка микробиологического профиля была выполнена согласно методикам: «Определение бактерий группы кишечной палочки» (БГКП) и «Определение количества мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов» (МАиФАМ). Количество МАиФАМ выражалось в КОЕ/см³, для оценки наличия БГКП использовались термины «обнаружены» или «не обнаружены».

Результаты исследования. В образце молока №1 не обнаружено МАиФАМ и БГКП. Образец молока №2 содержит 1х10⁵ КОЕ/см³ МАиФАМ, БГКП не обнаружены, образец №3 – 5х10⁵ КОЕ/см³ МАиФАМ, БГКП не обнаружены. Образец молока №4 – 1х10⁵ КОЕ/см³ МАиФАМ, БГКП обнаружены. В образце №5 обнаружено 7х10⁵ КОЕ/см³ МАиФАМ и БГКП. Образец молока №6 не содержит МАиФАМ и БГКП.

Выводы. Микробиологический профиль некоторых образцов молока различных торговых марок, наиболее и наименее предпочитаемых обучающимися ФГБОУ ВО «КГМУ», не соответствовал нормам. Нормированными и безопасными по микробиологическим показателям были образцы молока №1, №2 и молоко домашнее кипяченое. Образцы молока №3, №4 и молоко домашнее сырое считались негодными из-за присутствия в них БГКП и наличия недопустимых значений МАиФАМ.

Меджидов К.М., Паршиков М.В., Ярыгин Н.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва
ГБУЗ МО «Домодедовская Больница», Домодедово

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ В КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА. ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА

Транскатетерная эмболизация ветвей подколенной артерии миниинвазивная методика по купированию болевого синдрома у пациентов с деформирующим остеоартритом коленного сустава, при неэффективности консервативных методов лечения и невозможности выполнения тотального эндопротезирования.

Нами подготовлены и прооперированы 43 пациента с диагнозом деформирующий остеоартрит коленного сустава 3 стадии по классификации Kellgren-Lawrence. Период наблюдения пациентов составил 24 месяца. Оценка результатов проводилась по опроснику WOMAC и шкале VAS с контрольными осмотрами до операции, через 7 дней, 1, 6, 12, 24 месяцев после операции.

Описание методики эмболизации ветвей подколенной артерии:

В условиях рентгеноперационной, под местной анестезией осуществляется пункция бедренной артерии в паховой области с установлением интродьюсера. Интраартериально вводится раствор гепарина 5000 ЕД. Через проводник перемещали катетер до уровня средней и нижней трети бедра, после чего выполняли ангиографию конечности в прямой проекции с целью определения расположения всех ветвей подколенной артерии. Путем пальпации коленного сустава уточняется локализация болезненных участков сустава, и соответственно на ангиограмме определяли актуальные (целевые) ветви, их кровоснабжающие. По выбранным ветвям смещали катетер дистальнее уровня кожных ответвлений и проводили ангиографию в целевых ветвях для выявления патологически новообразованной сосудистой сети, визуализируемые в виде «туманного облака». После обнаружения патологических сосудов, проводили их эмболизацию. При выборе целевой артерии, катетер проводили, обходя все подкожные ветви, до его тугопроходимости. На этом уровне измеряли размер сосуда по диаметру дистального конца катетера. Подбирается размер сфер, который равен от 0,3 до 0,4 диаметра сосуда на выбранном ранее уровне. Выбранные сферы смешивали с неионным низкоосмолярным мономерным йодированным рентгеноконтрастным средством и вводили в просвет сосуда до окклюзии. Далее катетер удаляли и проводили гемостаз путем ручного сдавливания артерии в области прокола в течение 20 минут с последующей установкой давящей повязки либо использовали устройство закрытия артериального доступа. По данной методике получен патент №2824886.

Мы можем наблюдать градиционное снижение показателей во всех трех категориях и фиксированным результатом на протяжении 24 месяцев

По данным визуальной аналоговой шкалы уровень болевого синдрома так же снизился от изначального 69,4 до 25,2 на 7 сутки после операции; 19,6 спустя 1 месяц; 15,4 на 6 месяце; 18,4 на 12-ом месяце и 22,17 на 24 месяце.

Заключение: Эмболизация ветвей подколенной артерии имеет возможность качественно купировать болевой синдром при остеоартрите коленного сустава 3 стадии по классификации Kellgren-Lawrence, а так же обеспечить длительный период ремиссии боли.

Мельник А.В., Мельник В.А., Кустов Д.Ю., Лисанова С.В., Смирнова Т.Я., Дондик Т.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРИЕМОВ НАСТАВНИЧЕСТВА ДЛЯ ВРАЧА-СТАЖЕРА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Актуальность внедрения системы наставничества для практической подготовки врачей-стажеров по клинической лабораторной диагностике обусловлена необходимостью дальнейшей модернизации российской системы здравоохранения. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года учитывает важность максимальной быстрой адаптации молодого специалиста к новому рабочему месту с участием врачей-наставников для передачи опыта, накопленных знаний, навыков и умений. Предполагается, что на кафедрах клинической лабораторной диагностики должны быть разработаны специальные дополнительные программы профессионального образования для врачей клинической лабораторной диагностики, которых администрация лечебного учреждения определила в наставники. Такая программа должна предусматривать обучение на цикле повышения квалификации не менее 72 часов и входить в систему непрерывного медицинского образования, и учитываться при проведении периодической аккредитации и аттестации на квалификационную категорию врача-наставника.

Наставничество представляет собой процесс индивидуальной профессиональной подготовки сотрудника под руководством наставника, направленный на передачу опыта и знаний, овладение навыками работы и формирование корпоративной культуры. В наставники обычно подбирается высококвалифицированный, наиболее опытный сотрудник, осуществляющий индивидуальную подготовку врача – стажера. На должности врача-стажера по клинической лабораторной диагностики могут работать ординаторы второго года обучения или специалисты, которые не работали по своей специальности более 5 лет.

В дополнительной программе профессионального образования для врачей клинической лабораторной диагностики должны входить следующие разделы: организация работы клинко-диагностической лаборатории, изучение актуальных нормативных документов, проведение внутрилабораторного контроля качества, приобретение навыков работы на современном лабораторном оборудовании, интерпретация и анализ лабораторных исследований, введение электронного документооборота.

После завершения обучения врач-наставник должен овладеть практическими навыками оценивания врача-стажера, и на основании этой оценки дать ему характеристику о возможности дальнейшей самостоятельной работы или продолжении прохождения стажировки до момента полного овладения стажером необходимых знаний и умений. Врач-наставник должен выдать обучаемому сотруднику контрольную пробу для проведения испытаний. Результаты анализа контрольной пробы заносятся в соответствующий протокол и передаются руководителю лаборатории для принятия решения о допуске сотрудника к работе.

В программе необходимо прописать обязанности врача-стажера в клинко-диагностической лаборатории, а также знаниями и умениями, которыми он должен овладеть.

Разработка и утверждение ее на портале непрерывного медицинского образования такой дополнительной программы профессионального образования для врачей клинической лабораторной диагностики на кафедре трансплантологии и клинической лабораторной диагностики позволит стандартизировать процесс наставничества в клинко-диагностических лабораториях, и повысить качества обслуживания населения в лабораторной медицине.

Мельникова Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК CRISPR/CAS9 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Введение: Нейродегенеративные и наследственные заболевания нервной системы, такие как болезнь Паркинсона, Альцгеймера, Гентингтона, а также спинальная мышечная атрофия и синдром Ретта, представляют собой серьёзные вызовы современной медицине. Развитие биотехнологий, таких как использование стволовых клеток (СК) и редактирование генома с помощью CRISPR/Cas9, открывает новые горизонты в лечении этих патологий. CRISPR - это особые локусы бактерий и архей, состоящие из прямых повторяющихся последовательностей, которые разделены уникальными последовательностями (спейсерами), а Cas9 - управляемая при помощи РНК-гидов эндонуклеаза, связанная с адаптивной иммунной системой CRISPR

Цель исследования. Изучить возможности использования стволовых клеток для лечения нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные изучению использования СК и технологии CRISPR/Cas9 в лечении нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы

Результаты и обсуждения. СК обладают уникальной способностью к самообновлению и дифференцировке в клетки различных типов, включая нервные. Это свойство делает их перспективным инструментом в регенеративной медицине: в комплексной терапии болезни Паркинсона используются СК для замещения утраченных дофаминергических нейронов; для лечения рассеянного склероза исследуются методы восстановления миелина с помощью клеток, дифференцированных в олигодендроциты. Также трансплантация СК способна стимулировать восстановление повреждённых аксонов и уменьшить воспаление в области травмы. Ограниченное использование СК в современной медицине происходит из-за сложности контроля над процессами дифференцировки клеток и высоким риске опухолеобразования. Перспективной технологией в лечении нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы является метод CRISPR/Cas9 (редактирование генома, который позволяет прицельно изменять ДНК). Эта технология особенно актуальна для лечения генетических заболеваний, связанных с точечными мутациями. Технология CRISPR/Cas9 может применяться для исправления генетических дефектов при болезни Гентингтона (отключение мутантного гена HTT) и спинальной мышечной атрофии (восстановление функции дефектного гена SMN1). В настоящее время ведутся исследования по редактированию генов, вызывающих нейродегенерацию, для остановки прогрессирования заболеваний. Вместе с тем, при использовании технологии CRISPR/Cas9 возможно возникновение «внецелевых» мутаций, которые могут негативно отразиться на здоровье пациента, что требует разработки совершенствования технологии. Этические вопросы, связанные с редактированием зародышевых клеток, остаются также нерешёнными.

Выводы. Использование стволовых клеток и CRISPR/Cas9 предоставляет уникальные возможности для лечения заболеваний, ранее считавшихся неизлечимыми. Хотя остаются научные и этические барьеры, дальнейшие исследования позволят внедрить эти технологии в клиническую практику, улучшив качество жизни миллионов пациентов, страдающих нейродегенеративными и наследственными заболеваниями нервной системы.

Мельниченко А.В., Рябова А.А., Тонконог Д.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА

Введение: Патология зрительного нерва представляет собой серьёзную проблему в офтальмологии, поскольку встречается часто, имеет разнообразные проявления и может привести к серьёзным осложнениям, включая потерю зрения, ухудшение зрительных функций и снижение качества жизни. Воспалительные процессы в зрительном нерве встречаются примерно в 28% случаев от всей патологии *n. oculus*. Один из видов воспалительных заболеваний — оптический неврит — может проявляться в виде папиллита, нейроретинита и ретробульбарного неврита. У взрослых последний чаще всего связан с рассеянным склерозом - хроническим прогрессирующим демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы.

Цель исследования: Проанализировать наиболее характерные клинические проявления ретробульбарного неврита.

Методы и материалы исследования: Ознакомившись с материалами на данную тему в электронных библиотеках, таких как КиберЛенинка, PubMed, SpringerOpen, были проанализированы работы Борисевича Е.С. и соавт. (2016), а также Игнатовой Ю.Н. и соавт. (2009) по ретроспективному анализу историй болезней 15 и 63 пациентов соответственно.

Результаты: В статье Борисевича Е.С. и соавт. был проведён ретроспективный анализ историй болезней 15 пациентов с клиническим диагнозом «неврит зрительного нерва». Среди лиц с невритом зрительного нерва было 8 женщин и 7 мужчин в возрасте от 18 до 56 лет. Ретробульбарный неврит был у 10 (66,7%) пациентов, среди них у 4 (40%) пациентов имело место рассеянный склероз, а у 2 (20%) – другие демиелинизирующие заболевания. Самыми частыми жалобами у пациентов были снижение зрения (73,33%), затуманивание (20%), фиксированные «пятна» перед глазом (20%), боль при движении глазного яблока (20%), нечеткость изображения (13,33%), боль за глазом при давлении (6,67%), отсутствие зрения (6,67%), пелена в центре (6,67%)

В статье Игнатовой Ю.Н. и соавт. был проведён ретроспективный анализ историй болезней 63 пациентов в возрасте от 18 до 53 лет с диагнозом рассеянный склероз. Поражение зрительного нерва было обнаружено у 24 пациентов (38%), которые по данным анамнеза имели ретробульбарный неврит. У женщин ретробульбарный неврит наблюдался гораздо чаще, чем у мужчин (91,6% и 8,4% соответственно). Пациенты предъявляли жалобы на резкое снижение остроты зрения на один глаз: правый — 5 (21,0%) человек, левый — 16 (66,7%). Кроме того, имели место жалобы на появление «пятна» перед глазами или ощущение «пелены», чаще в утренние часы.

Вывод: Ретробульбарный неврит - частая разновидность невритов зрительного нерва, который в большинстве случаев ассоциирован с демиелинизирующими заболеваниями. Для невритов зрительного нерва наиболее характерны жалобы на снижение зрения, затуманивание, фиксированные «пятна» перед глазом и боли при движении глазного яблока. Так же для ретробульбарного неврита характерно преимущественное распространение среди лиц женского пола, а так же более частое левосторонняя локализация патологического процесса.

Мельниченко В.В., Абдулаев Т.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТРУКТУРА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Актуальность. Воздействие стресса военного времени на комбатантов остается важной проблемой, с последствиями которой сталкиваются все структурные подразделения системы здравоохранения РФ. По причине событий последних лет внимание к этой теме продолжает нарастать.

Материалы и методы. Был проведен анализ данных частоты встречаемости психических заболеваний, среди пациентов–военнослужащих, проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ ДНР в период с 2022 по 2024 года. Размер проанализированной выборки составил 100 пациентов, из которых: мобилизованные комбатанты – 94%, контрактники – 6%; в возрасте до 20 лет – 1%, 21-30 лет – 27%, 31-40 лет – 27%; 41-50 лет – 32%, старше 50 – 13%; среднее общее образование имеют 14%, среднее специальное – 55%, высшее – 31%; опыт военной службы имелся у 30%, отсутствовал – у 70%; наследственная отягощенность психическими расстройствами выявлена у 9%, отсутствовала – у 91%; эпизодически употребляют алкоголь – 84%, злоупотребляют алкоголем – 14%, употребляют ПАВ – 1%, страдают сочетанной алкогольной и наркотической зависимостью – 1%; участвовали в боевых действиях в течение 1-6 месяцев – 39%, более 6 месяцев – 16%, свыше 12 месяцев – 45%; ранения без инвалидизации получили 55%, ранение с инвалидизацией – 40%, не получили ранений 5%.

Результаты. Получены следующие данные:

- распространенность психических расстройств в категории органических, включая симптоматические, составила: для F06.3 (Органические расстройства настроения (аффективные)), F06.6 (Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство), F06.8 (Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью), F07.8 (Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга) – 1:100; F07.2 (Постконтузионный синдром) – 2:100; F06.4 (Органическое тревожное расстройство) – 3:100.

- в категории шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств: для F23.1 (Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении) – 1:100; F28.0 (Другие неорганические психотические расстройства) – 2:100.

- в категории аффективных расстройств: для F32.1 (Депрессивный эпизод средней степени) – 1:100; F32.2 (Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов) – 2:100; F32.11 (Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами) – 3:100.

- в категории невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств: F42.2 (Смешанные навязчивые мысли и действия), F43.0 (Острая реакция на стресс), F44.0 (Диссоциативная амнезия) составила 1:100; F43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция) – 2:100; F43.01 (Острая реакция на стресс. Умеренная) – 3:100.

- для F43.25 (Смешанное расстройство эмоций и поведения) – 13:100;

- для F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство) – 30:100;

- для F43.22 (Смешанная тревожная и депрессивная реакция) – 31:100.

В структуре частоты заболеваемости выявлено выраженное преобладание 3 нозологий: смешанного расстройства эмоций и поведения (13:100), посттравматического стрессового расстройства (30:100) и смешанной тревожной и депрессивной реакций (31:100).

Выводы. Помимо превалирования распространенности указанных расстройств среди комбатантов, полученные результаты указывают на необходимость дальнейших исследований, позволяющих спрогнозировать тенденции роста числа пациентов с тем или иным видом психопатологии. Что, в свою очередь, даст возможность оптимизировать медицинскую помощь и эффективно справляться с ключевыми задачами, встающими перед психиатрической службой.

Мельниченко В.В., Голоденко О.Н., Альмешкина А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ ДИАГНОСТИКИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Актуальность. Психологической экспериментальной инструментарий в рамках экспресс-диагностики боевой психической травмы включает широкий спектр использования количественных методов исследования, основанных на принципе «шкалирования» результатов. На сегодня этот вид диагностики является доминирующим и включается в обязательную ретроспективную оценку последствий, связанных с перенесенной психической травматизацией. Отметим, что использование количественных методов имеет относительно умеренный эффект достоверности и объективизации истинных переживаний субъекта из-за: их трудоемкости, длительности сбора материалов, сложности интерпретаций и расчетных механизмов методик, обязательного оперирования методами статистического анализа. Данные замечания существенно ограничивают их использование у военного контингента и мирного населения в очаге боевого психического поражения.

Цель работы. В текущем исследовании предлагается оценить возможности использования качественных методов идентификации травматических переживаний на различных этапах формирования боевой психической травмы.

Материал и методы. На базе Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка спустя 2-3 месяца после перенесенного экстремального стресса (участие в боевых действиях) наблюдались 180 мобилизованных комбатантов. В качестве метода качественной диагностики субъективных переживаний, вызванных экстремальной боевой обстановкой, использовался метод самоотчета «Мои переживания боевой обстановки», разработанный проф. Абрамовым В.А. и соавт. Оценивалось 8 семантико-синтаксических показателей: информативная плотность текста (I), предикативный состав текста (Pr), анализ субъектов текста (S), соотношение общего числа субъектов к общему числу предикатов в единице текста, новизна текста (N), семантико-синтаксическая полнота текста (SSP), семантико-синтаксическая диссоциация (SSD), синтаксический строй предложений (%).

Результаты исследования и их обсуждение. Оценивая семантико-синтаксические показатели текстов комбатантов, обнаружены следующие взаимосвязи:

1. На этапе первого столкновения военнослужащего с обстановкой боевой опасности в описаниях использовалось умеренное количество простых предикатов (глаголов). У военнослужащих с высшим образованием отмечено более частое использование составных предикатов (на 25% больше, чем у военнослужащих со средним образованием, $p \leq 0,05$). Субъектом повествования чаще выступал сам военнослужащий (использовалась форма местоимения «я»). Новизна текста составила 20 % от суммы субъектов и предикатов в целом тексте. Семантико-синтаксическая полнота текста достигала 83%, а семантико-синтаксическая диссоциация колебалась на уровне 6-10 %. Синтаксический строй предложений преимущественно был прямым на 87%.

2. В середине срока военной службы (на этапе действия адаптационно-приспособительного поведения) наблюдался существенный дисбаланс семантико-синтаксического состава высказываний. Информационная плотность упала на 50 % от первичных цифр (83%), зарегистрированных на первом этапе. При чем предикатами и связующими текста выступали прилагательные, которые описывали внутреннее состояние «раскола», «опустошения» и других отрицательных ощущений и чувств. Семантико-синтаксическая полнота текста составила 75%, семантико-синтаксическая диссоциация колебалась на уровне 20 % за счет неполных предложений с элементами обстоятельности, тематических соскальзываний. Только 10% от общего числа самоотчетов не изменились в своем качественном и количественном наполнении в сравнение с описанием первого этапа боевых столкновений, здесь мы встречали учащенное использования существительных (субъектов речи) образца «победа», «честь», «долг», «спокойствие», «привычка».

3. На момент госпитализации, когда действие боевой обстановки прерывалось, семантико-синтаксический строй также достоверно изменялся. Информативная плотность текста повышалась на 30 %, но не возвращалась в состояние данных, полученных на первом этапе. Предикативный состав текста вернулся на уровень начала исследования, но с изменением полноты реализации предиката, чаще употреблялись общие неполные глагольные формы. Субъекты текста в виде личностных местоимений снова употреблялись с умеренной частотой, но наблюдалась реверсия и замена «я» на формы «мы» и/или «они». Семантико-синтаксическая полнота текста достигла 78%, семантико-синтаксическая диссоциация оставалась на уровне 13%.

Выводы. Таким образом, на каждом этапе формирования боевой психической травмы в условиях актуальной экстремальной обстановки военнослужащие реагируют объективным изменением семантико-синтаксических связей собственных высказываний, что может стать своевременной диагностической возможностью для установления психической травматизации. На первом этапе столкновения с боевой опасностью (этапе встречи с «неизвестным») происходит мобилизация ранее приобретённых психических структур и смыслов, которые зависели от усвоенных социальных программ, например, образования. Ближе к середине боевого пути, побывав в нескольких военных стычках, наблюдается тотальный срыв привычных механизмов, присутствуют феномены растерянности, апатичности, негативной интерпретации действительности. В высказываниях комбатантов снижается информационная плотность, общий объем предикатов, что свидетельствует о когнитивной сверхнапряжённости психической деятельности, преобладании аффективно насыщенной новизны текстов самоотчетов. Изменяется порядок слов, присутствует неполная реализация предиката. На этапе прерывания контакта с боевой обстановкой семантико-синтаксическая связность и полнота высказываний нормализуется, но не достигает значений первого этапа. Данный факт свидетельствует о формировании естественного когнитивного (семантико-синтаксического), аффективного (усиление прилагательной предикативности) дефицита у военнослужащих даже на фоне реализации психо-физической адаптации.

Мечукаева М.А., Созаев А.Т.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из наиболее значимых по своим масштабам и распространенным сосудистых заболеваний в мире. Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, представленные в официальной статистике, как болезни системы кровообращения являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации, на их долю, от общего числа умерших от всех причин, приходится более 55% смертей. В современном обществе наблюдается значительная распространенность АГ, составляя 30-45% среди взрослого населения, по данным зарубежных исследований, и около 40%, по данным российских исследований. Среди органов-мишеней АГ чаще и раньше других страдает головной мозг, что приводит к нарушению мозгового кровообращения (НМК) – как к острому, так и к хроническому. В последние годы наблюдается увеличение распространенности хронических НМК, значительно снижающих качество жизни больных.

Цель исследования. Целью настоящего исследования был анализ роли АГ в формировании хронического НМК для улучшения профилактических, диагностических и лечебных мероприятий у таких больных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с хроническим НМК, страдающих АГ, поступивших в отделение неврологии ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, за период с июня по сентябрь 2023 года. Осмотрено и опрошено 20 больных с хроническим НМК, страдающих АГ, находившихся на лечении в отделении с 13 по 28 августа 2023 года. Была составлена анкета, учитывающая пол, возраст, анамнез, наличие АГ, стаж заболевания АГ, осложнения и сопутствующие заболевания.

Результаты исследования. Анализируя анамнестические данные, выявлено, что у части пациентов (70%) родственники страдали вегетативными нарушениями, развивающимися на фоне АГ, либо цереброваскулярными заболеваниями в сочетании с АГ, либо сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с АГ и атеросклерозом. Обследованные пациенты жаловались на головные боли, повышенную утомляемость, головокружение, шум в голове, тошноту, нарушение сна, снижение памяти, изменение походки. Все эти жалобы усиливались на фоне психоэмоциональных напряжений, при физических и умственных нагрузках.

Из всех пациентов с НМК на фоне АГ по половой принадлежности преобладали лица мужского пола: 64% мужчины и 36% женщины. Средний возраст пациентов – 56 лет (от 22 до 81). Длительность заболевания АГ составила: до одного года – 7 человек (6%), до пяти лет – 38 человек (32%), свыше 5 лет – 75 человек (62%). АГ 1 степени была диагностирована у 17 человек (14%), АГ 2 степени – у 42 (35%), АГ 3 степени – у 61 пациента (51%).

Цереброваскулярная патология была представлена начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения – у 44 пациентов с АГ 1 и 2 степени (17 и 27 человек соответственно) и дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) – у 76 больных с АГ 2 и 3 степени (15 и 61 человек соответственно). При проведении магнитно-резонансной томографии головного мозга больных с ДЭП обнаруживалось диффузное изменение белого вещества полушарий – лейкоареоз, небольшие лакунарные инфаркты (часто асимптомные), расширение желудочков головного мозга.

Выводы. В результате исследования была выявлена высокая распространенность НМК у больных артериальной гипертензией. Среди них преобладали лица мужского пола среднего возраста с АГ 3 степени и страдавшие ею более 5 лет. Полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения программ профилактики артериальной гипертензии на амбулаторном уровне. Только ранняя диагностика, своевременно начатое лечение, а также профилактика цереброваскулярных расстройств не позволят повреждающему действию повышенного АД на сосудистую систему и вещество головного мозга привести к необратимым процессам.

Мир М.К.

НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ МЕНИСКА И МЕНИСКЭКТОМИИ

Повреждения мениска - это распространенная патология коленного сустава, которая часто требует хирургического вмешательства. Менискэктомия и восстановление мениска - два основных метода оперативного лечения, применяемых при данной патологии, традиционно предпочтение отдается менискэктомии из-за более быстрого восстановления. Однако удаление ткани мениска нарушает биомеханику коленного сустава и может ускорить дегенерацию сустава. В своем научном поиске мы решили проанализировать клинические исходы, частоту повторных операций и биомеханическое воздействие оперативного вмешательства с целью определения наиболее эффективного подхода к лечению пациента при выборе вмешательства между восстановлением мениска и менискэктомией, который позволит минимизировать послеоперационные осложнения и прогрессирование остеоартрита (ОА).

В систематическом обзоре литературы за период с 2020 по 2024 годы нами были изучены клинические исходы, частота повторных операций и частота развития ОА у пациентов, перенесших пластику мениска или менискэктомию. Исследования включали метаанализ, рандомизированные контролируемые испытания и систематические обзоры. Наибольший интерес представляла возрастная группа пациентов 40 лет и старше с повреждениями передней крестообразной связки (ПКС).

Современные данные свидетельствуют о том, что менискэктомия обеспечивает немедленное облегчение боли, но она сопряжена с более высоким риском развития ОА и может поставить под угрозу здоровье колена в долгосрочной перспективе. Восстановление мениска обеспечивает превосходное долгосрочное сохранение здоровья сустава и снижает риск развития ОА и меньшее прогрессирование ОА по сравнению с менискэктомией благодаря подходу к сохранению тканей. Специалисты разных стран мира единогласно признают долгосрочные преимущества восстановления мениска по сравнению с его удалением. Менискэктомия изменяет характер нагрузки на колено, что может ускорить дегенеративные изменения, в основном из-за потери амортизации мениска, которая способствует распределению нагрузки внутри колена. Falvey и соавторы (2024) обнаружили, что менискэктомия нарушает естественное распределение силы в колене, что приводит к неравномерной нагрузке и увеличению нагрузки на хрящ. Напротив, восстановление мениска помогает сохранить естественную нагрузку на колено, снижая биомеханические осложнения и риск развития ОА. По этой причине у пациентов с повреждениями заднего медиального мениска наблюдалась более высокая частота развития ОА после менискэктомии по сравнению с теми пациентами, кому проводились операции по восстановлению. Было доказано рядом исследователей (Szucs и соавторы, 2024), что восстановление мениска полезно для сохранения сустава при травмах ПКС.

Но следует отметить определенные недостатки такого подхода к лечению. Пациенты старше 40 лет сталкиваются с более высоким риском повторных операций после пластики в сравнении с менискэктомией, что объясняется более низкой васкуляризацией при старении организма. Тем не менее, если приоритетным является, долгосрочное сохранение здоровья суставов, то выбор в пользу восстановления мениска оправдывает себя.

Определяя способ оперативного вмешательства, всегда следует принимать во внимание возраст, риск развития ОА, сопутствующую патологию, иные факторы риска. Для пациентов молодого и среднего возраста восстановление мениска представляется оптимальным, поскольку способствует отсрочке развития ОА.

Таким образом, несмотря на высокую частоту повторных операций, пластика мениска в сравнении с менискэктомией позволяет лучше сохранить функцию сустава и снизить риск развития ОА, что делает ее предпочтительным вариантом лечения пациентов, заинтересованных в долгосрочных результатах. Совершенствование методов пластики мениска позволит расширить возможности ее применения для разных групп пациентов.

Миргородская А.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рациональное вскармливание со своевременным введением прикорма обеспечивает оптимальные темпы физического и психомоторного развития ребенка, способствует профилактике хронических неинфекционных заболеваний и программирует здоровье человека на длительный период жизни. В течение последних десятилетий в Российской Федерации значительно изменились сроки введения в питание детей первого года жизни продуктов, отличающихся от грудного молока или молочной смеси.

Цель исследования: провести анализ введения прикорма на первом году жизни.

Задачи исследования: проанализировать соответствие сроков введения прикорма рекомендациям Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019); оценить физическое развитие детей, находящихся на разных видах вскармливания; установить взаимосвязь сроков введения прикорма на физическое развитие детей. Исследование проводилось с помощью онлайн-опросника с использованием сервиса Google Формы и предложен матерям 108 детей в возрасте от 5 мес до 3 лет.

По результатам анкетирования выявлено, что средняя длина тела при рождении у детей независимо от пола составила $52,3 \pm 1,3$ см. У мальчиков и девочек средняя масса тела при рождении практически не отличалась и составила $3465,5 \pm 234,6$ г и $3438,2 \pm 387,7$ г соответственно. Более половины обследованных детей на первом году жизни находились на грудном вскармливании (63,0%; $n = 68$); каждый пятый получал искусственные молочные смеси (22,2%; $n = 24$), на смешанном вскармливании были 14,8% ($n = 16$). При оценке физического развития по международным стандартам ВОЗ установлено, что половина детей имела средний рост (56,5%; $n = 61$) и более половины - среднюю массу тела (66,7%; $n = 72$).

Анкетирование показало, что большинство матерей (89,8%; $n = 97$) вводили прикормы в соответствии с рекомендациями Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» (2019), т.е. в интервале 4–6 мес. Позднее введение прикорма (после 6 мес) отмечено у 6,5% ($n = 7$), раннее введение (до 4 мес) — у 3,7% ($n = 4$).

То есть у каждого десятого ребенка сроки назначения первого прикорма были нарушены. В качестве первого прикорма матери чаще выбирали овощное пюре (65,7%; $n = 71$), реже - кашу (18,5%; $n = 20$) или фруктовое пюре (13,9%; $n = 15$). Нежелательные реакции при введении прикорма отметили 26 матерей (24,1%), чаще - в виде аллергических реакций (18,5%; $n = 20$), реже - функциональных нарушений пищеварения (5,5%; $n = 6$). Большинство опрошенных (81,5%; $n = 88$) получали рекомендации по введению прикорма от участкового врача-педиатра или медицинской сестры; 27,8% ($n = 30$) использовали сведения из интернета; 23,1% ($n = 25$) изучали материалы научных медицинских источников; 15,5% ($n = 20$) родителей прислушивались к мнению старших членов семьи; 13,9% ($n = 15$) - к мнению подруг и знакомых и 8,3% ($n = 9$) родителей использовали собственный опыт воспитания старших детей.

Естественное вскармливание и своевременное введение прикорма обеспечивают нормальные темпы физического развития ребенка. Позднее введение прикорма, особенно продуктов с высокой биологической ценностью, способствует нарушению пищевого статуса в виде дефицита массы тела у детей как на естественном, так и на искусственном вскармливании.

Миргородская М.Е., Заболотный А.Г.

Краснодарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ,
Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

МЕТОДЫ ОПТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФРАКЦИОННОЙ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ

Амблиопия – сниженное зрение, сформированное в результате отсутствия или неадекватной стимуляции зрительной системы в критические периоды развития органа зрения. В случае рефракционной амблиопии провоцирующим фактором является рефракционная ошибка, которую глаз самостоятельно не может нивелировать аккомодацией.

Лечение амблиопии в детском возрасте включает комплекс мероприятий, направленных на улучшение функций органа зрения. Ограничение зрительного опыта амблиопичного глаза препятствует формированию профиля здоровой макулы, формированию зрительных путей и центров. Поэтому для достижения наилучших результатов лечения требуется максимально раннее выявление и устранение рефракционных нарушений.

Традиционным методом коррекции рефракционных нарушений считается использование очковых линз. Очковая оптическая коррекция применяется с 6 месяцев по данным циклоплегической рефракции с перерасчётом на возрастную норму. При коррекции гиперметропии для детей обычно подбирают очки с «недокоррекцией» по сфере на 0,5–1,0 диоптрии, по цилиндру на 0,5 диоптрии. При миопии подбирают полную коррекцию, а при высоких цифрах – по переносимости.

Другим методом оптической коррекции рефракционных нарушений является использование контактных линз. Совершенствование материалов, возможность создания индивидуальных дизайнов позволяют подобрать контактные линзы с первых месяцев после рождения в соответствии со строгими показаниями

Очковая и контактная коррекция являются консервативными методами оптической коррекции. Хирургические методы коррекции аметропии делятся на кераторефракционные и интраокулярные.

Применение кераторефракционных технологий в лечении аметропии у детей стало возможным благодаря доказанной безопасности и предсказуемости этого метода, которые были установлены на основе исследований с взрослыми пациентами. Благодаря прогрессу в области офтальмологии, рефракционная операция может быть проведена, не ожидая достижения пациентом возраста 18-20 лет, как это было принято ранее в начале развития рефракционной хирургии.

В случаях, когда проведение оптической коррекции с помощью очков, линз или кераторефракционных операций недостаточно из-за высоких степеней нарушений рефракции, возможны имплантация факичной интраокулярной линзы или выполнение рефракционной лентасктомии с имплантацией интраокулярной линзы.

Выбор оптимального метода коррекции рефракционных нарушений для лечения амблиопии требует от специалиста индивидуального подхода в зависимости от возраста пациента, степени амблиопии и других факторов. Помимо выбора наилучшей стратегии необходимо также регулярный мониторинг лечащим врачом-офтальмологом проводимого лечения, правильности его выполнения и своевременная коррекция.

Мирзоева Н.М., Жилова М.М., Пищукова Е.М., Алтуева А.М.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ДИНАМИКУ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В КБР

Вспышка коронавирусной инфекции, молниеносно распространившейся по всему миру, привела к глобальному кризису в сфере здравоохранения, в том числе и в России. Проявляясь в форме острого респираторного дистресс-синдрома, COVID-19 также стал причиной множества осложнений, напрямую не связанных с инфекционным процессом.

Онкологические больные одними из первых попали под удар пандемии. Для злокачественных новообразований характерно системное влияние на весь организм, что приводит к иммунодефицитным состояниям. Вследствие онкологические пациенты попадают в группу высокого риска по заболеваемости инфекционными заболеваниями.

В связи с этим был произведен ретроспективный анализ данных ежегодных отчетов ГБУЗ «Онкологический диспансер» МЗ КБР по данным амбулаторных карт и историй болезней стационара за 2016-2023 годы.

На начальном этапе исследования были проанализированы статистические данные, полученные из ГБУЗ «Онкологический диспансер» МЗ КБР за 2016 - 2023 годы с результатами скрининговых мероприятий. Учитывались данные лиц женского пола в возрасте от 18 до 65 лет, стоявших на учете с диагнозом злокачественного новообразования различной локализации в молочных железах, а также общие данные по всем онкологическим больным, стоявшим на учете в диспансере.

Среди всех видов неинфекционных заболеваний рак молочной железы в Кабардино-Балкарии безоговорочно лидирует.

Рак молочной железы является наиболее распространенным злокачественным новообразованием среди женского населения в КБР. Несмотря на наличие скрининговых мероприятий, эффективность их стоит под вопросом. Причиной неэффективности скрининговых программ является коронавирусная инфекция, которая обратила на себя внимание всех врачей, заставив позабыть об иных, не менее страшных и опасных заболеваниях неинфекционной этиологии. Необходимо повысить эффективность диспансерного наблюдения, а также информированность населения относительно важности своевременного обращения за медицинской помощью, ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований.

*Миримиренко А.С., Жиляев Р.А., Сироид Д.В., Антипов Н.В.,
Шеменева А.С., Василенко Л.И., Саул А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ: ВИДЕОМАТЕРИАЛЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Современная медицина активно внедряет инновационные технологии, в том числе в сферу образования. Традиционные методы преподавания — лекции и практические занятия — постепенно дополняются современными цифровыми инструментами. Использование видеоматериалов как инструмента обучения становится особенно актуальным, поскольку обучение на кафедре топографической анатомии требует усвоения значительного объема информации, включающего комплексные анатомические структуры, пространственные отношения, клинические аспекты, а также практические навыки, которые лучше всего усваиваются в процессе наглядного восприятия. Топографическая анатомия и оперативная хирургия, как ключевая дисциплина в подготовке врачей различных специальностей требуют точного понимания скелетотопии, голотопии, синтопии, особенностей послойного строения областей тела человека и техник хирургического вмешательства. Медицинское образование характеризуется высокой степенью сложности, где необходимо освоение большого объема информации, в том числе хирургических навыков. Визуализация является одним из важнейших способов облегчения восприятия этого материала. Одним из важнейших аспектов использования видеоматериалов является возможность изучать анатомические структуры в трехмерном пространстве. Анатомические модели, а также записи реальных операций позволяют студентам не только увидеть, как выглядят различные органы и ткани, но и понять их расположение, взаимодействие и возможные изменения в ходе хирургических вмешательств. Видеоматериалы дают студентам возможность увидеть процесс проведения хирургических операций, от планирования до выполнения. Записи реальных операций, снятых с разных ракурсов, помогают студентам понять технику выполнения вмешательства, правильность выполнения хирургических манипуляций, а также осветить возможные осложнения, ошибки и способы их преодоления. Это значительно ускоряет процесс освоения сложных навыков, таких как наложение швов, обработка ран и остановка кровотечений. В отличие от традиционных учебных материалов, видеоматериалы позволяют студентам не ограничиваться одним просмотром и возвращаться к ним по мере необходимости. Возможность повторного просмотра дает шанс усвоить сложные моменты, которые могли быть упущены или не до конца поняты с первого раза. Студенты могут пересматривать операции или анатомические структуры столько раз, сколько необходимо для глубокого понимания материала. Современные видеоматериалы могут быть снабжены интерактивными элементами, такими как аннотации, паузы для комментариев или выделение ключевых моментов. Это позволяет адаптировать обучение под индивидуальные потребности каждого студента. Например, можно создать материал, который будет акцентировать внимание на определенной части хирургической операции, важной для студентов с разными уровнями подготовки. Использование видеоматериалов в обучении оперативной хирургии и топографической анатомии дает преподавателям новые возможности для более эффективного объяснения сложных тем и демонстрации операций. Студенты, в свою очередь, получают больше самостоятельности в обучении, улучшая свое восприятие и закрепление знаний.

Визуализация знаний с помощью видеоматериалов становится важным инструментом в обучении на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии. Этот подход значительно повышает эффективность и качество обучения, обеспечивая глубокое и всестороннее понимание сложных анатомических и хирургических концепций.

Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Петренко С.А., Егорова М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Большинство методов хирургического лечения генитального пролапса основано на укреплении уровней поддержки тазовых органов с помощью нативных тканей. Основной проблемой, возникающей при их использовании, является высокий процент рецидивов, достигающий 45% случаев. Это обстоятельство определено самим принципом использования собственных соединительнотканых структур, несостоятельность которых, обусловленная в большинстве случаев дистрофическими изменениями или системной дисплазией соединительной ткани, является причиной заболевания.

В последние десятилетия разработаны технологии, основанные на дублировании несостоятельных собственных соединительнотканых структур синтетическими материалами. В силу использования этиологического принципа данные хирургические методы обладают более высокой эффективностью и лучшими отдаленными результатами. Вместе с тем, в связи с наличием дополнительных этапов при проведении оперативных вмешательств, связанных с установкой и с непосредственно самим наличием эндопротезов, возрастают риски интра- и послеоперационных осложнений. Данное обстоятельство диктует необходимость строгого обоснования их применения и использования индивидуального подхода к выбору методов хирургического лечения.

Целью исследования было проведение анализа клинико-патогенетических подходов к выбору методов хирургического лечения генитального пролапса с применением синтетических материалов.

Материал и методы: исследование проведено на основании ретроспективной оценки базы данных 165 пациенток, которые были разделены на две группы в зависимости от использованных методов. Первую группу составили 91 пациентка, которым была произведена лапароскопическая промонтофиксация, вторую – 74 женщины после вагинальной экстраперитонеальной MESH-фасциальной реконструкции. Учитывались факторы риска возникновения рецидивов, такие как постгистерэктомический пролапс, тяжелые степени пролапса, возраст пациенток старше 50 лет, продолжительность заболевания свыше 10 лет, наличие генитального пролапса у родственников первой линии, избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, внешние и висцеральные маркеры недифференцированной соединительнотканной недостаточности. Кроме того, оценивались наличие и клиническая значимость сопутствующей соматической патологии.

Результаты: пациентки первой группы относились к более молодой возрастной категории, вследствие чего органосохраняющие вмешательства были проведены у всех женщин, не имеющих показаний к удалению матки или шейки в связи с наличием сопутствующей патологии. В данной группе имел место низкий риск использования лапароскопического доступа, связанный с сопутствующей соматической патологией и абдоминальным ожирением. Риск возникновения рецидивов, обусловленных несостоятельностью собственных соединительнотканых структур был отмечен только 12% случаев. Следовательно, основным критерием в выборе лапароскопической промонтофиксации служила возможность надежной фиксации апекса с сохранением матки, как альтернатива ее удалению. Во второй группе наличие клинически значимой сопутствующей соматической патологии было отмечено у 66% женщин, а абдоминальное ожирение – у 40%. Это обстоятельство существенно повышало риски проведения лапароскопического вмешательства и определило выбор хирургического доступа в пользу вагинального. Риск возникновения рецидивов, обусловленных несостоятельностью собственных соединительнотканых структур имел место у 81,1% женщин второй группы. Именно это обстоятельство послужило основным критерием выбора технологии с использованием синтетических материалов с целью дублирования собственных фасциальных структур.

Мирович Е.Е., Мирович Е.Д., Петренко С.А., Чуриков В.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Причиной пролапса тазовых органов является превышение внутрибрюшного давления над способностью мышечного и лигаментарно-фасциального комплекса, ответственного за их поддержку, оказывать ему противодействие. В большинстве случаев данное обстоятельство обусловлено несостоятельностью указанных структур, связанной с их травматическим повреждением, дистрофическими нарушениями или проявлениями системной дисплазии соединительной ткани. Основной проблемой хирургических методов лечения, основанных на укреплении поддержки за счет нативных тканей, является большое количество рецидивов в связи с тем, что они не способствуют устранению причины заболевания. Технологии, основанные на дублировании несостоятельных собственных соединительнотканых структур синтетическими материалами, в силу использования этиологического принципа обладают более высокой эффективностью и лучшими отдаленными результатами. Тем не менее, они также не исключают вероятность возникновения рецидивов.

Целью исследования было проведение анализа причин рецидивов заболевания на основании контрольного осмотра 165 пациенток в сроках от 18 месяцев до 4 лет после его хирургического лечения с использованием синтетических материалов. В зависимости от применяемых методов было выделено две группы пациенток. Первую группу составили 91 женщина после лапароскопической промонтофиксации, вторую - 74 после вагинальной экстраперитонеальной MESH-фасциальной реконструкции. Результаты оценивались на основании гинекологического осмотра при проведении пробы Вальсальвы с использованием количественной классификации POP-Q. При этом описывался вагинальный профиль, характеризующийся отсутствием или наличием нарушений различных отделов влагалищной анатомии. При диагностике нарушений, соответствующим II и более стадии генитального пролапса использовалось понятие «рецидив заболевания». У пациенток с диагностированными рецидивами с целью выяснения причин их возникновения был проведен анализ соответствия использованных хирургических методов лечения имеющимся анатомическим дефектам. Кроме того, с этой же целью проводилось ультразвуковое исследование органов и структур малого таза с помощью ультразвукового аппарата SonoScare S 20 Exp. Выполнялось влагалищное и промежностное сканирование с использованием микроконвексного ректовагинального датчика мощностью 4-11 MHz/R10mm. Исследование проводили в положении пациентки на спине в покое и при выполнении пробы Вальсальвы с наполненным мочевым пузырем в объеме 150-200 мл. Оценивали положение задней стенки мочевого пузыря относительно лона, положение шейки матки относительно лона и входа во влагалище, деформации и структурные изменения передней стенки прямой кишки, топографию и линейные размеры мышц, составляющих тазовую диафрагму, высоту и степень выраженности сухожильного центра промежности.

Оценка отдаленных результатов показала, что количество рецидивов после лапароскопической промонтофиксации составило 12,1%, а после экстраперитонеальной MESH-фасциальной реконструкции 10,8%. Причины рецидивов генитального пролапса после проведения лапароскопической промонтофиксации чаще всего связаны с наличием недиагностированных до операции и, следовательно, неустраненных фасциальных дефектов или с появлением новых, что может быть расценено, как продолжение заболевания. Причинами рецидивов после фасциальной реконструкции чаще всего являются недостаточные размеры протеза, не учитывающие его ретракцию в процессе формирования фиброза, или неправильная фиксация протеза, приводящие к его смещению в точках, расположенных внутри границ фасциальных дефектов.

Мироненко А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ

Актуальность: Инфекционно-воспалительные заболевания остаются одной из основных причин неонатальной заболеваемости и смертности. Однако клинические проявления в раннем неонатальном периоде неспецифичны, объективные лабораторные методы исследования требуют времени и сложны в интерпретации, поэтому антибактериальная терапия у новорожденных назначается, как правило, эмпирически. Поэтому особенно важно придерживаться принципов рационального антимикробного лечения у младенцев.

Цель: Изучить порядок назначения антибактериальных препаратов для новорожденных с подозрением на инфекционную патологию в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Материалы и методы исследования: Произведен обзор литературных данных. На основании литературных данных были выделены основные особенности порядка и принципа назначения антибактериальных препаратов в неонатологической практике.

Результат: По собранным данным в структуре заболеваемости новорожденных лидирующие позиции занимает инфекционная патология. Важную роль в развитии, течении заболеваний и исходе играют условно-патогенные микроорганизмы. В условиях стационара они подвергаются селекции, приобретают множественную устойчивость и обуславливают высокий риск развития тяжелого инфекционного процесса.

За последние годы изменилась чувствительность возбудителей к антибиотикам, появились новые антибиотики, были уточнены режимы и способы их введения, внедряются новые методы диагностики. Так же известно, все дети, госпитализируемые в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных подразделяются на 2 группы. К первой группе отнесены новорожденные, которым с рождения назначается антибактериальная терапия в связи с высоким риском реализации врожденной инфекции. К второй, стандартной группе, относят детей, которым антибактериальная терапия назначается при наличии показаний по результатам первичного клинико-лабораторного обследования. Для детей той, или иной группы антибактериальная терапия назначается по различным правилам и принципам. Все это необходимо учитывать при рациональном назначении антибактериальных препаратов новорожденным.

Выводы: разумное применение антибактериальных препаратов в неонатологии направлено на улучшение исходов лечения инфекционных заболеваний у новорожденных, сохранение здоровья и жизни маленьких пациентов, а также на сохранение эффективности антибиотиков при последующих заболеваниях.

Митрохин Д.А., Кәрім Ф.К., Ержігіт Г.Е., Серік Л. Ф., Рысбай А.А., Әскербекова М.С., Сейлханова Ж.О., Маратова Ж.М.

НАО «Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д.Асфендиярова» МЗ Республики Казахстан, Алматы

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РОДОВ

Введение. Церебральный инсульт (ЦИ), серьезное осложнение послеродового периода, является одним из ведущих не акушерских причин материнской смертности и заболеваемости. **Цель исследования.** Изучить клинико-электрофизиологические показатели послеродового периода (ПРП) у женщин, перенесших ЦИ. **Материалы и методы.** Проведено обследование 20 женщин, перенесших ЦИ в ПРП, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №7 и роддоме ГКБ №1 г.Алматы, с 2017 по 2024 годы, в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст $28,6 \pm 3,9$ лет). Ишемические инсульты (ИИ) составили 75,0%, геморрагические (ГИ) 25,0%, диагноз транзиторная ишемическая атака был исключен. Диагноз ЦИ подтверждался данными нейровизуализации (магнитно-резонансная и компьютерная томография). Кроме этого, использовались следующие инструментальные методы диагностики: электроэнцефалография (ЭЭГ), электрокардиография, офтальмоскопия, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи. Проводилось исследование неврологического и соматического статуса, с определением неврологического дефицита по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), оценка степени двигательной и повседневной активности с помощью шкалы Рэнкина. Родоразрешение путем операции кесарева сечения было произведено 6 (30,0%) беременным, у 14 (70,0%) были самопроизвольные роды, при этом, 8 (40,0%) пациенток были первородящими, у 12 (60,0%) женщин это были повторные роды. Определены факторы риска: прием пероральных контрацептивов отмечен у 6 женщин (30,0%) с ИИ и у 1 женщины с ГИ (5,0%), у 7 женщин (35,0%) отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, 4 пациентки курили (20,0%). Соматический анамнез был отягощен у 16 женщин (80,0%), наиболее часто встречались артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, анемия средней и легкой степени, вирусно-бактериальные заболевания легких и мочевыводящих путей. **Результаты.** Давящая головная боль была в 85% случаях, гемипарез отмечен у 15 (75,0%) пациенток, нарушения чувствительности по церебральному гемитипу выявлены у 7 (35,0%) женщин, нарушения речи, в виде моторной афазии и дизартрии, выявлены у 10 женщин (50,0%), эпилептические приступы отмечались в 25,0% случаях. У женщин с ИИ средний балл индекса двигательной и повседневной активности по шкале Рэнкина составил $-2,8 \pm 0,5$ (с ГИ $3,9 \pm 0,9$), наряду с этим, неврологический дефицит по шкале NIHSS в среднем составил $7,0 \pm 0,6$ баллов (с ГИ $8,0 \pm 0,7$ баллов). Биоэлектрическая активность (БЭА) головного мозга у пациенток в ПРП с ЦИ характеризовалась, в основном, десинхронным и дезорганизованным типами ЭЭГ. Эпилептиформные разряды в виде острых волн, спайков и комплексов «пик-волна» регистрировались у 7 пациенток (35,0%). По данным анализа когерентности, отмечено более значительное повышение индекса когерентности в дельта и тета диапазонах у пациентов, перенесших ГИ, в сравнении с ИИ, что может указывать на более грубые межполушарные нарушения. Результаты исследования относительной спектральной плотности мощности диапазонов ЭЭГ показали преобладание дельта и тета активности при ГИ, вместе с тем, отмечалось более значительное снижение мощности альфа ритма, в сравнении с ИИ. **Заключение.** При обследовании женщин в ПРП, перенесших ЦИ, выявлено преобладание ИИ над ГИ, что составило 75,0% и 25,0% соответственно. Неврологические признаки ЦИ в ПРП характеризуются двигательными, речевыми расстройствами, нарушением чувствительности. Эпилептиформные приступы чаще наблюдались у пациенток с ГИ, в сравнении с ИИ. Более грубые изменения БЭА наблюдались у пациенток, перенесших ГИ.

Митурусова В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Актуальность: Одним из ключевых событий раннего неонатального периода являются начало внешнего дыхания и последующее становление респираторной функции. Зачастую нарушение механизмов адаптации или реализация заболевания приводит к возникновению ДН (дыхательная недостаточность), которая может носить как первичный, так и вторичный характер. В первом случае патологический процесс затрагивает непосредственно бронхолегочную систему, во втором ДН развивается вследствие внелегочных причин. Таким образом, актуальность проблемы связана с важностью своевременной диагностики и лечения СДР, а также с необходимостью разработки мер по его профилактике.

Цель: Изучить особенности отдельных нозологий и уметь правильно выбрать тактику лечения.

Материалы и методы: Произведен обзор литературных данных. На основании полученных данных были выделены основные особенности различных нозологий дыхательных расстройств.

Результат: На основании полученных данных можно утверждать, что дыхательные расстройства у новорождённых являются одной из основных причин смертности и могут включать в себя различные патологии, такие как респираторный дистресс-синдром, пневмония, транзиторное тахипноэ новорождённых, синдром аспирации меконием и др.

Очень важно провести дифференциальную диагностику дыхательных расстройств у новорождённых, так как симптомы могут быть неспецифичны. Таким образом диагностика должна в себя включать комплексный подход – оценка клинических симптомов, интерпретация лабораторных и инструментальных исследований, а также анализ анамнеза и оценка всех вероятных рисков.

Вывод: Ранее выявление и современное лечение дыхательных расстройств у новорождённого имеют решающее значение для благоприятного исхода и предотвращения осложнений, поэтому необходимо проводить регулярное наблюдение и диагностику у новорождённых имеющие симптом дыхательной недостаточности и риски при рождении.

Михайленко Е.Р., Щукина Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЯ

Цель исследования. Изучение генетических исследований и механизмов, влияющих на развитие недостаточности митрального клапана.

Материалы и методы. В рамках исследования были рассмотрены ключевые работы по генетике митральной недостаточности, в частности, материалы авторефератов кандидатских и докторских диссертаций, отечественные и зарубежные литературные источники.

Результаты исследования. Недостаточность митрального клапана, одна из наиболее распространенных форм приобретенных сердечных пороков, имеет как врожденные, генетически обусловленные, так и фенотипически обусловленные причины. В последнее время у медицинской общественности растет интерес к пониманию генетических основ этой патологии. Исследования показывают, что генетическая предрасположенность играет значительную роль в развитии недостаточности митрального клапана, особенно у пациентов с синдромом Барлоу и другими формами дегенеративной митральной болезни. Так, мутации в генах, кодирующих коллаген (COL1A1, COL3A1) и эластин (ELN), связаны с ослаблением соединительной ткани. Следовательно данные изменения приводят к повышенной растяжимости и деформации створок клапана, что способствует его пролапсу и недостаточности. Также мутации в генах, таких как FBN1, связаны с синдромом Марфана, что часто сопровождается недостаточностью митрального клапана. Ген MMP9, кодирующий металлопротеиназу матрикса, участвует в ремоделировании тканей. Повышенная активность MMP9 ускоряет деградацию соединительной ткани и способствует износу клапана. В *European Heart Journal* была опубликована работа, в которой сообщалось, что пациенты с высокими уровнями активности MMP9 подвержены более быстрому развитию митральной недостаточности. Этот подход показал потенциальное значение ингибирования MMP как способа терапевтического воздействия. Нарушения в генах TGFBR1 и TGFBR2 приводят к изменению в синтезе и метаболизме внеклеточного матрикса, что особенно заметно у пациентов с наследственными заболеваниями, такими, как синдром Лойса-Дитца и синдром Марфана. Мутации в этих генах ассоциированы с аномалиями в структуре клапанов и увеличением риска митральной недостаточности. Гены, регулирующие морфогенез сердца на ранних этапах развития, такие как NKX2-5 и GATA4, играют важную роль в формировании нормального сердечного клапана. Изменения в генах способствуют нарушению структуры митрального клапана и его функции во взрослом возрасте. Другие недавние исследования указывают на то, что изменения в уровнях метилирования ДНК и модификациях гистонов участвуют в нарушении структуры митрального клапана. Эти эпигенетические факторы зачастую индуцированы внешними условиями (например, гипоксия, инфекции) и влияют на экспрессию генов, участвующих в поддержании целостности и функции клапанов.

Выводы. Таким образом, генетические и молекулярные исследования дают важные данные для понимания патогенеза недостаточности митрального клапана. Идентификация специфических генов и молекулярных механизмов – перспективная основа для разработки новых терапевтических подходов, направленных на профилактику и лечение генетически обусловленной митральной недостаточности.

Михайличенко Е.С, Сабельникова Я.С, Титова Е.Д, Уваренко Р.А

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОМПЛЕКС МАКРО- И МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНОЙ С СД 2 ТИПА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сахарный диабет 2 типа (СД2т) является независимым фактором риска развития целого ряда макро- и микрососудистых нарушений, его течение ассоциировано с ухудшением сердечно-сосудистого и почечного прогноза. Эндокринная дисрегуляция у больных с СД2т является основой для формирования комплекса патофизиологических изменений, предрасполагающих к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН), инфарктов миокарда (ИМ), мозговых инсультов, поражений периферических артерий, нефро- и ретинопатии. Для демонстрации макро- и микрососудистых осложнений приводим описание клинического случая.

Больная П., 63 лет, поступила в кардиологическое отделение ГБУЗ ДНР ЦКБП в октябре 2024 года с декомпенсацией ХСН. При поступлении жалобы на одышку на фоне небольшой (бытовой) физической нагрузки, а также в положении лежа, пароксизмальную ночную одышку (кардиальная астма), отеки голеней и стоп, перебои в работе сердца, общую слабость, нестабильные цифры АД (колебания АД 135-180/80-100 мм рт. ст.).

В анамнезе: Артериальная гипертензия более 20 лет. СД 2 тип с 2007 года, на инсулине с 2014 года, контроль гликемии в течении длительного времени неадекватный. В 2013 году перенесла ОНМК. С 2022 года - длительно незаживающие трофические язвы голеней. В 2021 году экзартикуляция 1 пальца левой стопы. В 2021 году балонная ангиопластика ЗББА слева, по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. В 2021 году - перенесла инфаркт миокарда ЛЖ.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормальной влажности. Перкуторно над легкими ясный легочный звук с притуплением в нижних отделах. Аскультативно дыхание везикулярное, диффузно ослаблено в нижнебоковых отделах, здесь же – мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧД-22 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены вверх и влево. Деятельность сердца аритмичная, за счет частой экстрасистолии. Тоны сердца приглушены. Систолический шум во всех точках аускультации с эпицентром на верхушке и на аорте. ЧСС-82 в мин, АДс = АДд = 140/85 мм рт. ст.

Обследована: ЭхоКГ- расширены полости левых и правых отделов сердца (обоих предсердий- значительно). Гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена. Акинез задних базального и среднего сегментов. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ по II типу, ПЖ по I типу. Уплотнение, утолщение стенок аорты. Фиброз створок аортального клапана; минимальная аортальная регургитация. Фиброз с участками кальциноза створок митрального клапана; выраженная митральная регургитация. Выраженная трикуспидальная регургитация. Умеренная легочная регургитация. Признаки легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии -71 мм рт. ст). Уплотнение, утолщение листков перикарда задне-боковой поверхности. ЭКГ: ритм синусовый, нерегулярный за счет одиночных и парных предсердных экстрасистол, ЧСС – 88 в мин, ЭОС отклонена влево, АВ-блокада I ст., ПБПНПГ. Рентгенография легких – легкие без очаговых теней участков инфильтрации, легочной рисунок усилен. У корней легких расширен легочной рисунок, на прикорневых зонах корни изменены.

В анализах крови: эр – 3,12 x 10¹²/л; Нв – 92 Г/л, СОЭ – 80 мм рт. ст. NT-proBNP >1350 пг/мл, СРБ – 11,75 мг/мл, железо – 5,5 мкмоль/л., общ белок 61,6 Г/л, креатинин 339 мкмоль/л (СКФ – 26,08 мл/мин), калий 4,3 ммоль/л. В анализе мочи: белок – 5,5 Г/л, эр – 12,5 в мкл. С учетом наличия множественных осложнений СД 2 типа больной назначена современная многокомпонентная органопротектирующая терапия, включающая в том числе телмисартан, дапаглифлозин, финеренон, апиксабан, карведилол.

ВЫВОДЫ: Данный клинический случай иллюстрирует комплекс макро- и микрососудистых осложнений (нефро-, кардио-, нейро- и ангиопатия) у больной с СД 2 типа. Подобные осложнения диабета чаще развиваются у лиц с плохим контролем гликемии, АД и других факторов риска. Особенностью данного клинического случая является больная, имеющая практически все известные макро- и микрососудистые осложнения, которые со временем прогрессируют, что является неблагоприятным прогнозом для данной больной.

Можейко Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ИНДУЦИРУЕМЫЕ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКОЙ, У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Недостаточность информации об этиологии сердечно-сосудистых симптомов и патофизиологии микроваскулярной стенокардии, гетерогенный состав пациентов объясняют ограниченные возможности профилактики и лечения с помощью фармакологических средств и модуляции психосоциальных факторов этого заболевания, а также актуализируют необходимость поиска индивидуального комплексной терапии. Несмотря на хороший отдаленный прогноз, качество жизни пациентов остается низким, что определяет высокий риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда, прогрессирующую сердечную недостаточность, инсульт и даже внезапную смерть. В литературе последнего десятилетия исследуются несколько патогенетических механизмов заболевания, включая воспаление, нейроэндокринную дисфункцию и окислительный стресс. Системное воспаление позиционируют как серьезный фактор риска микроваскулярной стенокардии. Результаты многочисленных исследований отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о наличии тесной связи между эндотелиальной дисфункцией и системным иммунным воспалением.

Учитывая положительный кардиометаболический эффект интервальной нормобарической гипоксической тренировки (ИНГТ) у пациентов с патологией органов сердечно-сосудистой системы, нами исследован противовоспалительный потенциал гипоксической тренировки у 32 пациентов с микроваскулярной стенокардией (средний возраст $46,12 \pm 7,66$ лет). Контролем служили здоровые добровольцы соответствующего пола и возраста (средний возраст $44,38 \pm 8,15$ лет), не имеющие сопутствующих острых и хронических заболеваний. У пациентов определяли гемограмму, уровни липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), С-реактивного белка (СРБ), рассчитывали системный индекс иммунновоспаления (СИИВ). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ Microsoft Excel. Для оценки различий критическим уровнем значимости принималось значение $p < 0,05$.

В основной группе пациентов, получивших курс ИНГТ, в отличие от группы сравнения снизилось количество моноцитов на 44,5% ($p > 0,001$), тромбоцитов на 20,8% ($p = 0,031$), СРБ и СИИВ соответственно на 37,3% ($p = 0,016$) и 54,8% ($p < 0,001$), а уровень ЛПВП был в пределах верхних референсных значений. Анализ значений соотношения моноцитов к холестерину ЛПВП, которое является новым маркером, связанным с воспалением, продемонстрировало снижение данного показателя после сеансов ИНГТ по сравнению с группой сравнения был значительно выше, чем в контрольной группе (0,010 [0,004-0,034]), против 0,011 [0,006-0,038]; $p < 0,001$), что свидетельствует об эффективности ИНГТ в восстановлении липидного обмена, а также подтверждает противовоспалительный эффект данного адаптационного метода.

Очевидно, применение ИНГТ у данной категории больных блокировало активацию и провоспалительные эффекты тромбоцитов, окисление липидов, адгезию и миграцию в сосудистую стенку лейкоцитов, увеличивало выработку эндотелиоцитами антитромботических медиаторов, оксида азота, снижало фибриллогенез, препятствовало торможению ангиогенеза. Выявленный нами факт ингибирования продукции СРБ и СИИВ можно трактовать как иммуномодулирующее действие интервальной гипоксической тренировки у больных с микроваскулярной стенокардией, а после дальнейших исследований специфичности данных показателей их можно будет рекомендовать в качестве диагностических и прогностических биомаркеров сердечно-сосудистых заболеваний, а также объективных критериев эффективности ИНГТ.

Моисеенко Д.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ 7-14 ЛЕТ

Введение: Здоровье-самая главная ценность в жизни любого человека, его нужно беречь с молодости. Состояние здоровья детей и их образ жизни, является очень важной темой, требующей особого внимания. Приучая к здоровому образу жизни детей, мы помогаем им прожить долгую и счастливую жизнь, полную ярких и позитивных моментов. Чем раньше сформировать привычку стремления к здоровому жизни, правильно питаться и заниматься спортом, тем больше пользы они принесут в будущем.

Цель: изучить и проанализировать влияние воспитания здорового образа жизни на здоровье детей 7-14 лет.

Методы и материалы. Опрошено 86 детей 7-14 лет, обучающихся в средних школах г. Донецка. Здоровье изучили по амбулаторным картам. Рассчитали относительные показатели и оценили их достоверность с помощью программы Statistica.

Результаты исследования. Проанализировав результаты анкетирования, можно констатировать — основной проблемой у 86 опрошенных являются хроническая усталость -62% и несформированный режим дня-73% (ненормированное пребывание перед телевизором, компьютером; отсутствие режима дня). Это отражается на здоровье детей: 72 % опрошенных постоянно жалуются на головные боли. В результате анкетирования было выявлено и то, что основополагающие аспекты здорового образа жизни и правила личной гигиены (поддержание рук в чистоте, уход за зубами и т. д.) знают и выполняют лишь 39 % обучающихся, что, как свидетельствует анализ медицинских карт детей, приводит к частым инфекционным и простудным заболеваниям-83%.. Также было выявлено и то, что 78 % респондентов не знают правил здорового питания и не придерживаются их. Однако наше исследование показало и то, что школьники проявляют интерес к активному здоровому образу жизни. Об этом свидетельствует тот факт, что более 86 % тестируемых проявили желание заниматься каким-либо видом спортом. Регулярная физическая активность играет ключевую роль в поддержании здоровья и снижении риска развития различных хронических заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания. Умеренная физическая активность укрепляет сердечную мышцу, улучшает кровообращение и снижает артериальное давление. Регулярные упражнения помогают повысить уровень «хорошего» холестерина (ЛПВП) и снизить уровень «плохого» холестерина (ЛПНП) и триглицеридов.

Психическое здоровье неотделимо от физического: управление стрессом, поддержка эмоционального баланса и развитие устойчивости к стрессовым ситуациям важны для общего благополучия. Особенно для детей Донбасса, детство которых выпало на столь беспокойное военное время.

Вывод: Анализ результатов нашего исследования показывает, что проблема сохранения здоровья у детей актуальна. Ее решение возможно лишь при формировании у обучающихся привычек здорового образа жизни. В связи с этим возникает необходимость сотрудничества между медицинскими учреждениями, государственными органами, общественными организациями, ведь не только школа должна приложить максимум усилий, чтобы привить подрастающему поколению заинтересованность к здоровому образу жизни, обеспечить его необходимым багажом знаний и умений. При этом важно привлекать семью, родителей, т. к. эффективность работы, направленной на формирование здорового образа жизни школьников, в значительной мере зависит от правильного взаимодействия педагогов с семьей ребенка, от их сотрудничества в этом вопросе. Активное участие семьи и школы в физическом воспитании детей данного школьного возраста способствует формированию здорового образа жизни, укреплению их здоровья и повышению физической и умственной работоспособности.

Момот М.В., Ковачевич А.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ

Введение. В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) у беременных является одной из ключевых международных проблем в области здравоохранения, занимая одно из первых мест среди патологий, встречающихся у женщин в период беременности. АГ и её осложнения выступают главной причиной заболеваемости и смертности как среди матерей, так и среди новорождённых. Ежегодно более 50 тысяч женщин по всему миру теряют жизнь во время беременности из-за акушерских осложнений, вызванных артериальной гипертензией. Патологические изменения в организме матери, возникающие за счет стойкого повышения артериального давления (кровоизлияния в сетчатку и её отслойка, синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, эклампсия с острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также острая и хроническая почечная недостаточность), неблагоприятно влияют на маточно-плацентарный кровоток, вследствие чего возможно развитие фетоплацентарной недостаточности (ФПН), задержки роста и развития плода, отслойки нормально расположенной плаценты, а в тяжёлых случаях – развитие асфиксии и гибель плода. Использование интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) для лечения ФПН и коррекции гемодинамических и метаболических нарушений у беременных с АГ является альтернативой медикаментозной терапии.

Цель работы. Изучить клинические аспекты применения интервальной нормобарической гипокситерапии для лечения АГ беременных.

Материалы и методы. Проанализированы 15 источников современной зарубежной и отечественной литературы, в которых описаны особенности АГ у беременных женщин, эффекты применения ИНГТ.

Результаты и их обсуждение. В мировых исследованиях было установлено, что применение ИНГТ и долговременная адаптация организма к гипоксии способствуют увеличению экспрессии гена NO-синтазы, что не только усиливает эндогенное образование NO (оксида азота), но и формирует его депо в эндотелии сосудов. Данные изменения благоприятствуют нормализации расслабления сосудов, стабилизации кислотно-основного равновесия и психоэмоционального состояния женщины, препятствуют повышению артериального давления под воздействием неблагоприятных факторов. В соответствии с данными клинических исследований, положительным аспектом назначения ИНГТ является снижение медикаментозной нагрузки на организм беременных женщин, а также её высокая эффективность и 100% переносимость, что делает целесообразным широкое применение ИНГТ в акушерской практике.

Выводы. Таким образом, адаптация к прерывистой нормобарической гипоксии может быть успешно использована в качестве метода профилактики и лечения АГ беременных.

*Моногарова Н.Е., Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Закомолдина Т.В.,
Шуникова Е.В., Бедак А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Актуальность: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенной патологии органов дыхания, смертность при которой неуклонно растет. Наличие коморбидных состояний утяжеляет клиническое течение заболевания и увеличивает количество обострений. Наиболее распространенная коморбидная патология - это заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, сахарный диабет, заболевания желчно-кишечного тракта и др.

Цель исследования: оценить показатели функции внешнего дыхания по данным бодиплетизмографии у пациентов ХОБЛ в сочетании с ожирением и хроническим панкреатитом.

Материалы и методы: проанализированы медицинская документация, истории болезни, амбулаторные карты, данные бодиплетизмографии. Оценка вентиляционных нарушений изучалась при помощи спирометрической системы Master Screen (Viasis HealthCare GmbH Германия) с соответствующими модулями. При этом, следуя рекомендациям Европейского респираторного общества, определяли структуру общей емкости легких с расчетом остаточного объема легких и функциональной остаточной емкости легких. Также анализировали показатели сопротивления дыхательных путей и максимальной жизненной емкости легких, обструкция на уровне бронхов разного калибра.

Результаты исследований: в зависимости от коморбидности патологии больные ХОБЛ были разделены на три группы. Первая – пациенты без коморбидной патологии (23), вторая – сочетание ХОБЛ и ожирения (27) и третья – ХОБЛ и панкреатиты (30). В контрольную группу вошло 26 человек без патологии легочной системы и желудочно-кишечного тракта. Средний возраст больных $54,4 \pm 3,62$, в контрольной группе $42,1 \pm 2,53$. Среди обследованных преобладали мужчины (>75%). Индекс курения более 20 пачка/лет был у 72% пациентов. По данным бодиплетизмографии отмечалось достоверное снижение максимальной жизненной емкости легких, наиболее выраженное у пациентов с ХОБЛ и ожирением. Вне зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии у всех пациентов с ХОБЛ имеет место увеличение остаточного объема легких и функциональной остаточной емкости. Эти параметры были достоверно выше у больных с ХОБЛ и ожирением. RV контрольная группа 100%, ХОБЛ без коморбидности 112%, ХОБЛ с коморбидностью 160%. Достоверное отличие между группами также были обнаружены по показателю общей емкостью легких по сравнению с контролем. Наиболее выраженные изменения были у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ожирения. Соотношение FEV1%FVC составил соответственно контрольная группа 83%, ХОБЛ с ожирением 61%, ХОБЛ и панкреатиты 69%. При изучении показатели обструктивных нарушений у всех больных с ХОБЛ выявлена обструкция на уровне бронхов крупного, среднего и мелкого калибра (FEV75, FEV50, FEV25). При этом у пациентов с ожирением и ХОБЛ показатели достоверно ниже контрольной группы и групп сравнения ($p > 0,0005$).

Выводы: согласно полученным данным у больных с ХОБЛ при наличии коморбидных состояний выявлены более тяжелые нарушения функции внешнего дыхания. При этом при наличии сопутствующего ожирения эти показатели достоверно ниже, чем в других группах.

Мордовский А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ: СВЯЗЬ МЕЖДУ ДИЕТОЙ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность исследования. В последние годы наиболее остро стоит проблема состояния здоровья кожи в свете современных тенденций и образа жизни. Современный рацион, богатый сахарами и трансжирами, может обострять кожные проблемы, тогда как разнообразное употребление витаминов, минералов и антиоксидантов способствует улучшению состояния кожи. Многие люди стремятся к естественным и натуральным методам ухода за кожей, и понимание влияния диеты на дерматологию становится важным аспектом в области общественного здоровья и косметологии.

Цель исследования. Определить связь между различными аспектами питания и состоянием кожи, изучить влияние определённых продуктов и нутриентов на здоровье кожи, выявить факторы риска в рационе, способствующих к улучшению состояния кожи и уменьшению дерматологических проблем.

Материалы и методы. Анализ и систематизация научного исследования, проведённого на базе кафедры дерматовенерологии Андиганского государственного медицинского института Пулатовым Б. Т. «Дерматологические заболевания и коморбидность: аспекты профилактики и лечения».

Результаты исследования. В результате анализа статистических данных исследований экспертов данной области за последние 10 лет установлено, что питание, богатое антиоксидантами, такими как витамины С и Е, в положительно влияет на состояние кожи. Эти нутриенты способствуют уменьшению воспалительных процессов и предотвращают повреждение кожи. Регулярное употребление жирных кислот Омега-3, содержащихся в рыбе и льняном семени, в помогает поддерживать эластичность и увлажнение кожи. Это может уменьшить проявление дерматологических проблем, таких как экзема и псориаз. Потребление в пищу овощей и фруктов, богатых витаминами и минералами, в улучшает общий тонус и цвет кожи, также они способствуют регенерации клеток и поддержанию здорового баланса кожи. Зелёный чай содержит полифенолы, которые помогают уменьшить воспаление и защищают от фотостарения. Употребление цельных зёрен, таких как овсянка и киноа, содержат клетчатку способствует нормализации обмена веществ. Ключевую роль в поддержании здоровья кожи играет вода. Гидратация помогает коже оставаться эластичной и защищает её от сухости и шелушения. Некоторые люди могут испытывать кожные реакции на некоторые продукты, такие как молочные продукты или глютен. Идентификация и исключение этих продуктов из рациона может значительно улучшить состояние кожи. Так же существуют факторы риска влияющие на состояние кожи. Рафинированные углеводы и сладости могут вызвать выброс инсулина, что ведёт к воспалениям и угревой сыпи. Продукты с высоким содержанием трансжиров, способствуют воспалительным процессам. Избыточное количество соли может привести к отёчности и ухудшению цвета кожи.

Выводы. Питание оказывает значительное воздействие на состояние кожи и может влиять на развитие дерматологических заболеваний. Рацион, богатый витаминами, минералами, антиоксидантами и омега-3 жирными кислотами, оказывает положительное влияние на дерматологическое состояние кожи. Неправильное питание, включающее избыточное потребление сахара и рафинированных углеводов, может вызвать или усугубить проблемы с кожей. Таким образом, сбалансированная диета, богатая питательными веществами, не только поддерживает общее здоровье организма, но и играет важную роль в профилактике и лечении дерматологических заболеваний. Важно учитывать, что индивидуальные особенности организма и специфические потребности кожи также должны быть учтены при составлении рациона. Консультации с дерматологом и диетологом могут помочь определить наилучшую стратегию питания для поддержания здоровой и красивой кожи.

Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИЙ ДЕПУЛЬПИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Цель исследования: сравнительная клиническая оценка реставраций депульпированных зубов фототокомпозиционными материалами у пациентов с различным уровнем структурной кислотоустойчивости.

Материалы и методы исследования. В клинике терапевтической стоматологии обследован 21 пациент у которых в 34 зубах было проведено эндодонтическое лечение по поводу осложненного кариеса, корневые каналы запломбированы и была необходимость замены реставраций в этих зубах. Структурную кислотоустойчивость эмали депульпированных зубов (СКЭ) определяли по тесту эмалевой резистентности (ТЭР) в процессе осмотра пациентов. Обследованных пациентов по результатам ТЭР и примененной АС распределили на четыре группы. В I и III группы вошли, соответственно, 5 и 6 пациентов с высоким уровнем СКЭ (ТЭР от 1 до 3 баллов), которым было восстановлено 9 и 8 зубов после эндодонтического лечения; во II и IV группы вошли, соответственно, 6 и 6 пациентов с очень низким уровнем СКЭ (ТЭР 7 баллов и более), которым было восстановлено 7 и 10 зубов. В процессе реставрации зубов у пациентов использовали нанофотокомпозиционный материал и адгезивную систему. У пациентов I и II групп – 5 поколения, III и IV – 6. Оценку реставраций по критериям USPHS «краевое прилегание» и «краевое окрашивание» проводили через 12 месяцев.

Результаты исследования. Через 12 месяцев для проведения осмотра реставрационных работ явились все пациенты. Оценка А, т.е. плавный переход от восстановительного материала к эмали по критерию «краевое прилегание», была выставлена реставрациям пациентов с высоким уровнем СКЭ зубов: I группы – 8 (88,9%) и III группы – 5 (62,5%), соответственно выбранных адгезивных систем. Оценка В была выставлена при наличии щели на границе реставрации глубиной до дентино-эмалевого соединения в I группе 1 (11,1%) реставрации и 3 (37,5%) в III группе. Оценка краевого прилегания нанофотокомпозиционного материала с применением двух АС у пациентов II и IV группы с низким уровнем СКЭ зубов показала худшие результаты. Так оценка А при выявлении плавного перехода от восстановительного материала к эмали была выставлена 4 (57,14%) реставрациям II группы и 7 (70,00%) IV группы. Оценка В – 3 (18,70%) и 3 (30,00%), соответственно группам.

Оценка восстановлений дефектов по критерию «краевое окрашивание» у пациентов с высоким уровнем СКЭ зубов (I и III группы) показала отсутствие окрашивания на границе реставрации и эмали (оценка А) в 7 (77,8%) и 5 (62,5%) реставрациях, соответственно. Краевые пигментации без проникновения в глубину (оценка В) в 2 (22,2%) и 3 (37,5%), соответственно. У пациентов II и IV групп оценка А была выставлена, соответственно, в 4 (57,14%) и 6 (60,00%) реставрациям; оценка В – 3 (42,86%) и 4 (40,00%) реставрациям, соответственно.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с высоким уровнем структурной кислотоустойчивости эмали зубов отмечается лучшее прилегание нанофотокомпозиционного материала к эмали депульпированных зубов с при применении адгезивной системы 5 поколения, чем 6, тогда как применение АС 6 поколения показало лучшие результаты применения у пациентов с низким уровнем структурной кислотоустойчивости эмали депульпированных зубов.

Морозова Н.А, Бухарова Н.И., Цвяшко Т.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Актуальность. Одной из приоритетных направлений работающего женского населения является проблема охраны и укрепления его здоровья. Особенности трудовой деятельности медицинских работников прежде всего связаны с воздействием профессиональных факторов, которые могут приводить к потере трудоспособности, инвалидизации и даже угрозе жизни. Отсутствие комплексной гигиенической оценки трудового процесса и факторов рабочей обстановки, определение степени их вредности на работников медицинского профиля свидетельствует об актуальности проводимых исследований.

Цель: изучить заболеваемость женщин медицинских работников.

Материал и методы исследования. С целью выявления основных факторов риска, которые способны оказать неблагоприятное влияние на организм работающих, нами было проведено углубленное изучение и дана комплексная гигиеническая оценка условий труда 300 женщин медицинских работников, занятых в лечебно – профилактических учреждениях. В исследования были включены отделения различного профиля: терапевтическое, хирургическое и акушерско–гинекологическое.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что у женщин медицинских работников вышеуказанных специальностей выявлен высокий уровень болезней костно–мышечной (33,2%), нервной (14,8%) систем и органов пищеварения (16,3 %). У женщин хирургического профиля наблюдались самые высокие показатели заболеваемости сердечно-сосудистой системы (19,13%) и костно-мышечной(41,4%) систем. Стаж работы при этом составлял 8-17 лет. Заболеваемость врачей-терапевтов характеризуется преобладанием болезней органов пищеварения (25,2%), Анализ заболеваемости женщин акушеров-гинекологов показал, что первое место отводится болезням костно – мышечного аппарата (42%).

Выводы. Частота и структура заболеваемости зависит не только от конкретной специальности, но и стажа работы в медицине. Стаж оказывает влияние на заболеваемость как органов дыхания, так и систем кровообращения, нервной и костно-мышечной. Данные проведенных исследований позволят разработать алгоритмы диагностических и лечебно-профилактических мероприятий

Мосийчук О.М.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Стандартом медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (МКБ), утвержденным приказом Минздрава Российской Федерации от 08.07.2021 № 736н, определен перечень, частота и кратность выполнения отдельных лабораторных и инструментальных исследований для диагностики и динамического контроля течения заболевания. Анализ выполнения отдельных исследований, рекомендованных Стандартом на этапе предоставления первичной медико-санитарной помощи, по данным первичной медицинской документации 450 больных МКБ в Санкт-Петербурге в 2023 году показал неудовлетворительные результаты.

Общий анализ мочи выполнялся при установлении диагноза МКБ большинству пациентов (66,2%), что существенно превышает установленный Стандартом норматив (25,0%). Так же активно (87,2%) пациентам на этом этапе проводилось исследование общего анализа крови (Стандартом установлено 24,0%).

Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови, повышенное значение которого имеет важное этиологическое значение при развитии МКБ, проводилось только каждому третьему пациенту (32,5%), при нормативе, установленном Стандартом в 75,0%.

Биохимический анализ крови фактически был выполнен 80,2% пациентов, что ниже установленного Стандартом уровня в 100,0%.

Анализ минерального состава мочевых камней, возможность выполнения которого зависит от их наличия для исследования, тем не менее, согласно Стандарту, должен быть выполнен в 78,0% случаев. Однако, в соответствии с полученными данными, такое исследование фактически выполнялось только у 12,0% пациентов.

Наряду с лабораторными исследованиями важное значение при комплексной диагностике и лечении МКБ имеют инструментальные методы.

В соответствии со Стандартом, на этапе диагностики заболевания 15,0% пациентов должна быть выполнена компьютерная томография почек и надпочечников. Фактически же исследование проведено в 57,5% случаев, в том числе в 25,8% неоднократно.

Обзорная урография выполнялась только в 22,4% случаев, при установленном Стандартом уровне в 75,0%.

Ультразвуковое исследование почек, имеющее в современной медицине более высокую для пациентов доступность, проводилось на этапе установления диагноза в недостаточном числе случаев – только у 65,1% пациентов, в том числе в 32,0% случаев неоднократно, при установленном Стандартом уровне в 75,0%.

Учитывая, что в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи обеспечивается, в том числе применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, выявленные факты не полного соответствия объемов лабораторных и диагностических исследований требованиям Стандарта Минздрава Российской Федерации свидетельствует о ненадлежащем качестве медицинской помощи.

Москаленко С.В., Моисеев А.М., Литовка Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, Донецк

ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБНЫМИ ТОКСИНАМИ ГЕПАТОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ

Тяжесть отравлений дикорастущими грибами у детей обусловлена функциональной незрелостью естественных систем детоксикации. Если грибные токсины гастро-энтеротропного и нейро-вегетотропного действия представляют серьезную проблему для здоровья, то токсины гепато-нефротропного действия (фаллотоксины и аматоксины) реально угрожают жизни. От 25 % до 85 % случаев отравлений грибными ядами гепатотропного действия у детей приводят к летальному исходу.

Цель исследования. Изучить эффективность экстракорпоральных методов лечения как компонента интенсивной терапии при острых отравлениях грибными токсинами гепатотропного действия у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении реанимации и интенсивной терапии Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2017 по 2024 год находились 32 ребенка в возрасте от 5 до 17 лет с острым отравлением дикорастущими грибами. Показания для госпитализации: наличие клинических симптомов отравления, факт употребления дикорастущих грибов или тактильного контакта с ними. У всех детей было выявлено нарушение функции печени. Использовали клинический, лабораторный, статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Продолжительность латентного периода у пациентов составляла от 3 до 54 часов. По окончании короткого латентного периода (до 10 часов после употребления грибов) у 22 детей (68,8 %) появлялся гастроинтестинальный синдром, сопровождавшийся неоднократной рвотой и жидким стулом. В случаях длительного латентного периода у пациентов не было расстройств функции желудочно-кишечного тракта.

Фаллоидный гепатит развивался в срок от 22 до 54 часов после употребления грибов. Первыми признаками дисфункции печени были повышение уровня лактатдегидрогеназы, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, затем повышался уровень билирубина за счет прямой фракции. Через 8-12 часов появлялись клинические симптомы патологии печени (желтушность склер, слизистых оболочек и кожных покровов, тяжесть и боль в правом подреберье, увеличение печени). У 19 пациентов (59,4 %) прогрессирование печеночной недостаточности сопровождалось клиническими и лабораторными признаками коагулопатии. Гепатаргия с тяжелой энцефалопатией развилась у 7 детей.

Для профилактики развития фаллоидного гепатита в латентном и гастроинтестинальном периоде использовали бензилпенициллин (учитывая его способность связывать аматоксины и затруднять их проникновение в гепатоциты), препараты расторопши пятнистой и тиоктовую кислоту. В периоде фаллоидного гепатита продолжали введение препаратов расторопши и тиоктовой кислоты, парентерально применяли глюкокортикоиды (от 5 мг/кг в сутки по преднизолону), гептрал, эссенциале, витамины группы В. При коагулопатии использовали трансфузии донорской плазмы, транексамовую кислоту, викасол, этамзилат. Обязательным компонентом лечения при развитии печеночной недостаточности был обменный плазмаферез в расчете на один объем циркулирующей плазмы (30 мл/кг массы тела) с замещением свежезамороженной донорской плазмой. Такой подход к интенсивной терапии на разных этапах лечения позволил добиться успеха у 29 детей (90,6 %).

Выводы. Обменный плазмаферез является эффективным компонентом комплексной интенсивной терапии при отравлении детей грибами, содержащими токсины гепатотропного действия.

Мосягина Н.А., Лузин В.И., Кожемяка И.Я.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ПОВТОРНОГО ПЕРЕЛОМА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В НЕЁ ГИДРОКСИЛАПАТИТА

Цель исследования: изучить химический состав регенерата большеберцовой кости у крыс при повторном переломе и приеме препарата кальция Кальцемин Адванс на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы исследования Эксперимент был проведен на 96 самках крыс с массой тела 155-160 г. Все животные были распределены на две группы: животные с избыточной массой тела и гипергликемией, вызванными адипогенной диетой, и животные, употреблявшие стандартный пищевой рацион. Адипогенная диета длилась 60 суток до начала эксперимента и продолжалась в течение всех сроков. Основу экспериментальных групп составили животные из этих двух групп: группа 1 – интактные животные, группа 2 – животные без сахарного диабета, с нанесенным дефектом в бедренной кости, диаметром 2 мм на границе дистального метафиза и диафиза. По истечению 60 суток животным наносился дефект в проксимальном отделе большеберцовой кости. Группы 3 и 4 – животные с СД2, которым проводились манипуляции, идентичные группе 2; группа 4 – животные получавшие препарат кальция Кальцемин Адванс. Сроки наблюдения составляли 7, 15, 30 и 60 суток. Минеральный состав определяли весовым методом. Затем в регенерате определяли содержание кальция, магния и натрия на фотометре атомной абсорбции типа «Сатурн-2».

Результаты исследования. В группе 2 содержание воды по сравнению с группой 1 увеличилось на 12,69%, 13,40% и 7,56% в период с 7 по 30 сутки. Содержание органических веществ уменьшилось на 7 сутки на 3,94%, а на 15 и 30 сутки увеличилось на 11,39% и 9,59% соответственно. Содержание минерального компонента у животных данной группы уменьшалось на 6,95%, 17,03%, 11,68% и на 2,76% в период с 7 по 60 сутки. У животных группы 3 доля минерального компонента увеличивалась на 15,57% и 6,49% на 15 и 30 сутки, а на 60 сутки доля минерального компонента снизилась на 4,38%. В группе 4 по сравнению с группой 3 содержание воды снижалось в период с 15 по 60 сутки на 5,00%, 7,89% и 4,85% соответственно. Содержание органических веществ в этой группе увеличилось на 30 сутки на 3,04%. Содержание минеральных веществ на 30 и 60 сутки увеличилось на 5,07% и 4,83%.

В группе 2 содержание кальция по сравнению с группой 1 снижалось в период с 7 по 30 сутки на 20,04%, 16,93% и 10,10%. Содержание фосфора в те же сроки снизилось на 26,79%, 25,70% и 4,74%. Содержание натрия в данной группе было повышено во все сроки наблюдения на 9,36%, 12,82%, 9,91% и 5,67%. Соотношение кальций-фосфор на 7 и 15 сутки увеличивались на 9,22% и 11,77%, а на 30 сутки снижалось на 5,62%. Нанесение дефекта животным с диабетом (группа 3) привело, по сравнению с группой 2, к уменьшению содержания кальция в регенерате во все сроки – на 4,59%, 4,82%, 5,09% и 5,71%. Содержание фосфора на 7, 15 и 60 сутки увеличивалось на 6,91%, 5,99% и 3,71%. Соотношение кальций-фосфор снижалось во все сроки эксперимента на 10,76%, 10,17%, 6,67% и 9,11%. У животных группы 4 содержание кальция достоверно повышалось по сравнению с группой 3 на 60 сутки наблюдения – на 4,35%. Соотношение кальций/фосфор повышалось во все сроки на 4,21%, 5,48%, 4,70% и 7,20%.

Заключение. У животных с диабетом наблюдались явления гипергидратации, причем улучшения состояния костной ткани на поздних сроках не отмечалось. Временное увеличение доли минерального компонента с последующим ее снижением, а также стойкое снижение органического компонента свидетельствует об усугублении негативных явлений под влиянием диабета. Снижение уровня кальция при повышенном уровне фосфора и магния, а также достоверное снижение соотношения кальций-фосфор также говорят о более тяжелых нарушениях, не имеющих тенденции к сглаживанию. При применении препарата Кальцемин Адванс выявленные изменения свидетельствуют о наличии тенденции к оптимизации процессов репаративной регенерации, а следовательно, к улучшению условий заживления повторного перелома при сахарном диабете.

*Музычин А.Л., Музычина А.А., Музычина А.В.,
Тугова К.С., Бех Н.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЛЬТРАЦИОННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Применение фильтрационного плазмафереза нашло место в комплексных терапевтических подходах в 80 годах прошлого века с открытием технологии получения полупроницаемых мембран. За последние сорок лет метод фильтрационного плазмафереза получил широкое применение и активно используется в лечебных учреждениях различного профиля. В современной практике, благодаря удобству, относительной простоте применения и безопасности плазмафереза является доступным дополнением к комплексу мер, направленным на качественное улучшение результатов терапевтического и хирургического лечения в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Целью нашего исследования было улучшение результатов комплексного лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области, применяя комбинацию эфферентных методов в комплексе с традиционными подходами.

В исследовании принимали участие 32 человек, находящихся на лечении в челюстно-лицевом хирургическом отделении городской клинической больницы города Донецка в 2023-2024 году. Все больные, отобранные для групп А и Б госпитализированы в челюстно-лицевой стационар в среднем на 6 сутки. У больных обеих групп течение флегмон сопровождалось характерной выраженной интоксикацией, проявляющейся в повышении температуры тела, нарушении аппетита, сна, ухудшение общего состояния. Пациенты были условно разделены методом случайной выборки на две группы (Группа А ВЛОК + УФОК основная и группа Б базовая терапия, контрольная). В составе группы А было 17 человек, из которых 12 мужчин в возрасте от 22 до 61 года (средний возраст 41,5 лет), и 5 женщин в возрасте от 32 до 67 лет (средний возраст 49,5 лет). В группу Б вошло 15 человек, среди которых 9 мужчин в возрасте от 25 до 62 лет (средний возраст 43,5 лет) и 6 женщин в возрасте от 39 до 61 года (средний возраст 50 лет). Один пациент группы А не прошел полный курс плазмафереза, отказавшись от дальнейших процедур после первой, сославшись на личные причины. Комплекс мер, по оказанию стандартных видов помощи, за исключением применения плазмафереза, был идентичным в обеих группах и включал в себя: хирургическую помощь, антибактериальную терапию, противовоспалительную, обезболивающие препараты, витаминотерапию, уход за послеоперационной раной. Всем больным при поступлении в стационар оказана хирургическая помощь в объеме, предусмотренном протоколом оказания помощи больным с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации: вскрытие флегмоны под общим обезболиванием, операционная рана промыта растворами антисептиков, дренирована трубчатыми дренажами, наложена повязка с гипертоническим раствором.

Фильтрационный плазмаферез проводился при помощи аппарата АПФ-1 Гемофер (г.Донецк). Для достижения оптимальных результатов применялся модифицированный комплект магистралей «Плазмасет» (Гемос), г.Москва и фильтр, произведенный на основе трековых мембран ПФМ-800, г.Санкт-Петербург. В качестве антикоагулянта использовался Гепарин из расчета 40 Ед/кг массы тела. В качестве дополнительного раствора - NaCl 0,9%. Процедура предилуции не проводилась, дополнительная антибактериальная терапия не применялась. Процедура проводилась по одноигольной методике, в количестве 4-6 процедур, каждые 48 часов. Средний объем эксфузата плазмы составлял 9-14 мл/кг массы тела. Длительность процедуры составляла 56(+7,2 мин). Осложнений не наблюдалось.

Результаты эффективности применения метода основаны на субъективных показателях (нормализация аппетита, сна, общего состояния), а также анализе температурных показателей, и снижения сроков нетрудоспособности.

Исходя из усредненного анализа по всем мониторируемым показателям, можно сделать вывод о положительном воздействии метода фильтрационного плазмафереза в комплексе со стандартным алгоритмом оказания помощи больным с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Нормализация температуры, оптимизация регенеративных свойств организма, хорошая переносимость и отсутствие осложнений позволяют в дальнейшем использовать фильтрационный плазмаферез в комплексе лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации.

Музычина А.А., Бугоркова И.А., Вагин А.В., Евтушенко А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования. Изучить причины возникновения и особенности протекания одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 162 историй болезни пациентов с одонтогенными флегмонами, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии №1 ЦГКБ №1 г. Донецка за период с 2022 по 2023 год.

Результаты и обсуждение. За указанный период госпитализировано 1264 пациента, из них 162 (12,8%) с одонтогенными флегмонами. Острым разлитым гнойным воспалением оказались поражены 103 (64%) пациента мужского пола и 59 (36%) женского. Согласно возрастной классификации ВОЗ: 116 (72%) лиц молодого возраста, 27 (17%) среднего и 19 (12%) пожилого. В среднем граждане обращались за помощью через $4,4 \pm 2,5$ дн. от начала заболевания. Практически у всех 162 (99,4%) пациентов данное заболевание выявлено впервые. Операции проводились под общим обезболиванием в 117 (72,2%) случаях, под местным – в 45 (27,7%). Средний период стационарного лечения составил $17,4 \pm 6,6$ суток. В структуре сопутствующей патологии выявлены: вирусный гепатит – 2 (1,2%), хронический гастрит – 1 (0,6%), артериальная гипертензия – 6 (3,7%), сахарный диабет – 7 (4,3%), ожирение – 1 (0,6%), хроническое обструктивное заболевание легких – 4 (2,4%). Среди женщин 1 (1,6%) пациентка была беременна. Чаще всего в качестве «причинных» зубов выступали: 47 зуб – 41 (20,6%) случай, 48 зуб – 37 (18,5%), 38 зуб – 35 (17,5%). В комплексе лечения совместно с антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапией назначались следующие физиопроцедуры: ультравысокочастотная терапия – 67 (41,3%) пациентам, магнитотерапия – 8 (4,9%). Стоит отметить, что при этом срок реабилитации и пребывания в стационаре сокращался в среднем на 3 дня. Все пациенты выписаны из стационара с выздоровлением, не было зафиксировано ни одного летального случая.

Развитию одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области более подвержены люди молодого возраста. Основной причиной их возникновения являются околокорневые воспалительные процессы в молярах нижней челюсти. Халатное отношение пациентов к своему стоматологическому статусу и низкая осведомленность о возможных последствиях в виде осложнений приводят к поздней обращаемости за квалифицированной помощью, что создает время и условия для перехода ограниченного воспалительного процесса в разлитой. При разлитой форме воспаления сложность лечения и время реабилитации значительно увеличиваются. Если при ограниченном околокорневом воспалении можно обойтись типичным удалением под местной анестезией в амбулаторных условиях, то лечение флегмоны требует обширного оперативного вмешательства под общим обезболиванием. Далее следует длительный период реабилитации и наблюдения в стационаре.

Выводы. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений необходимо в первую очередь вырабатывать у населения бережное отношение к своему стоматологическому здоровью, информировать о возможных осложнениях, причинах и последствиях их возникновения. Обращение за помощью должно происходить при первых признаках заболевания или патологического процесса. Лечение должно осуществляться поэтапно и с применением всего имеющегося спектра средств для быстрой и полноценной реабилитации пациента.

Музычина А.А., Тутова К.С., Музычина А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИННОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Актуальность. Для полноценной реабилитации пациента с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), требуются усилия многих специалистов, задачей которых является лечение и наблюдение пациентов с момента рождения и до 18 лет. На современном этапе для оценки результатов лечения, путем выведения интегрального показателя, широко используется метод построения самоорганизующихся карт (нейронная сеть Кохонена). Сеть Кохонена обучается «без учителя», воспринимая саму структуру входных данных. Применение этого подхода позволяет выбрать наиболее эффективное разбиение анализируемых объектов.

Цели исследования. Проанализировать группы субъективных и объективных критериев оценки качества лечения аномалий и врождённых пороков челюстно-лицевой области методом самоорганизующихся карт.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были использованы результаты оценки 264 случаев лечения аномалий и врождённых пороков челюстно-лицевой области у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет обоих полов (90 девочек и 174 мальчика), проходивших стационарное и реабилитационное лечение в челюстно-лицевом отделении ЧЛХО №2 ЦГКБ№1 г. Донецка в период с 2015-2023г.г.

При первичном осмотре в 167 случаях до проведения лечения был поставлен диагноз (1 - врожденная расщелина верхней губы и неба), в 97 случаях - диагноз (2 – врожденная расщелина губы). В 62 случаях у больных был вид расщепления (1 – неполная врожденная расщелина губы), в 136 случаях - вид расщепления (2 – полная расщелина губы) и в 66 случаях - вид расщепления (3 – двусторонняя расщелина губы).

Обобщенная оценка групп строилась на следующих 19 показателях:

возрастная оценка реабилитации (Y1); состояние здоровья (Y2); психо- моторное развитие (Y3); вторичные деформации в/губы (Y4); вторичные деформации кончика и крыла носа (Y5); вторичные деформации неба (Y6); вторичные деформации зубов (Y7); прикус (Y8); гигиена полости рта (Y9); активность неба (Y10); небо-глоточное смыкание (Y11); речь\ дыхание (Y12); компенсация мимических, движений. (Y13); речевые выводы (36) (Y14); школа (72) (Y15); д/сад (12) (0,1) (Y16); результат косметические (Y17); результат функциональные (Y18); результат удовлетворенность родителей (Y19).

Для проведения анализа выделенных групп были построены нейросетевые модели кластеризации в различное число (от 2 до 25 кластеров).

Результаты исследования. В ходе проведения расчета коэффициента контрастности C_g для выбора наиболее эффективного разбиения анализируемых объектов, получены результаты: Зависимость показателя контрастности разбиения (C_g) от количества кластеров (N) для метода построения нейросетевых моделей Кохонена оценки качества лечения аномалий врожденных пороков челюстно-лицевой области (I этап).

Приведено положение центров выделенных кластеров в многомерном пространстве признаков (в относительных единицах).

- 1) первая группа кластеров - «неудовлетворительная» оценка (кластеры VI и V2),
- 2) вторая - «удовлетворительная» оценка (кластеры V3, V4, V5 и V9),
- 3) третья - «хорошая» оценка (кластеры V6, V7 и V8).

Дальнейший анализ выделенных кластеров позволил объединить отдельные кластеры оценок, что позволило окончательно выделить 3 группы кластеров. Анализ случаев, отнесенных к каждой из групп кластеров позволил характеризовать интегральную оценку для случаев, отнесенных каждой из трех групп кластеров:

Выводы. Построение нейросетевой модели, позволяет дать эффективную интегральную оценку результатов лечения аномалий и врождённых пороков челюстно-лицевой области.

Мухин И.В., Зубрицкий К.С., Кошелева Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РИТМОЗАМЕДЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Клинически значимая и безболевая ишемия миокарда у диабетического контингента больных представляет собой патогенетическую основу, обуславливающую как высокий риск развития инфаркта миокарда, так и электрической нестабильности, лежащих в основе желудочкового аритмогенеза и внезапной аритмической смерти. Ускоренный сердечный ритм у диабетической категории больных во многом является отражением негативных метаболических миокардиальных процессов. Метаболитотропные средства занимают довольно значимую нишу в лечении такого контингента больных, поскольку нередко позволяют осуществить двунаправленное противоишемическое и антиаритмическое воздействие.

Цель исследования заключалась в анализе динамики частоты сердечных сокращений у больных желудочковыми нарушениями ритма на фоне сахарного диабета 2-го типа (СД 2-го типа) по результатам суточного кардиомониторирования на фоне двух режимов метаболитотропного лечения (мельдонием и триметазидином).

В исследование включено 133 пациента СД 2-го типа с желудочковыми нарушениями сердечного ритма. Критериями включения в исследование были: СД 2-го типа средней тяжести в стадии суб-/компенсации на фоне комбинированной глюкозоснижающей терапии без инсулина, наличие желудочковых нарушений сердечного ритма классов III-V по Lown B. и Wolf M. (1971). Методом случайной выборки пациенты были рандомизированы в 3 группы наблюдения, статистически сопоставимые по возрасту, полу, длительности диабетического синдрома, классам желудочковых нарушений ритма. Пациенты 1-ой группы (n=44) получали амиодарон и бета-адреноблокатор. Больные 2-ой группы (n=45) получали такое же противоаритмическое лечение, но в сочетании с мельдонием 3 месяца подряд с повторением следующего 3-х месячного курса через 6 месяцев. Представители 3-ей группы (n=44) получали лечение амиодароном, бета-адреноблокатором и триметазидином такой же длительности. Суточное мониторирование ЭКГ выполняли исходно (этап I), через 3 месяца (этап II) и через год (этап III).

При исходном обследовании на этапе I у всех пациентов установлен тахикардальный синдром. Усиленный автоматизм отражает появление нового участка деполяризации в миокарде желудочков, что может потенциально привести к возникновению внеочередного (экстрасистолического) желудочкового комплекса. Во всех группах в процессе этапного динамического исследования наблюдалась редукция частоты сердечных сокращений, однако она происходила в группах с разной интенсивностью. Замедление ритма сердца явилось отражением хронотропного влияния амиодарона и бета-адреноблокатора. Более интенсивное ритмоурежение отмечено в группах 2 и 3. Максимум снижения среднесуточной частоты сердечных сокращений наблюдалось в группе 3, а минимум – в группе 1. Во всех группах межэтапное сравнение показало статистически достоверные различия ($p < 0,05$) данного показателя, однако, если разница в группе 1 между этапами I и III равнялась 15,3, то в группе 2 – 26,9, а в группе – 41,3 удар в минуту.

На основе полученных результатов, можно полагать, что триметазидин как компонент комплексной антиаритмической программы (амиодарон + бета-адреноблокатор) по сравнению с группой, получавшей такое же лечение с мельдонием, продемонстрировал больший ритмозамедляющий эффект. Более активное замедление ритма сердца у больных СД 2-го типа позволяет не только увеличить продолжительность диастолы и улучшить за этот счет коронарный кровоток, но воздействовать на непосредственные механизмы аритмогенеза.

Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Паламарчук Ю.С., Юров И.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ МАРКЕРОВ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Сахарный диабет II типа (СД II типа) позиционируется с патофизиологической точки зрения как значимый фактор, лежащий в основе процессов глобального ремоделирования миокарда. Эхокардиографические признаки диастолической дисфункции левого желудочка на практике регистрируются более, чем у 50-70% таких больных. Ее развитие обусловлено комплексом жесткостно-эластичных, гипертрофических и дилатационных процессов. Появление в последние годы доказательств позитивного влияния некоторых классов глюкозоснижающих препаратов на функциональное состояние миокарда у больных со сниженной сократительной функцией левого желудочка, позволило интерполировать эти результаты и на категорию пациентов с признаками диастолической дисфункции.

Цель: оценить влияние нескольких комбинированных гипогликемических программ на частоту маркеров негативного прогноза у больных СД II типа с признаками диастолической дисфункции левого желудочка.

Обследованы пациенты СД II типа с признаками диастолической дисфункции левого желудочка. Методом случайной выборки обследованные были распределены в 4 группы наблюдения. В группу 1 включены 26(26,3%) больных, которые получали метформин и гликлазид. В группу 2 вошли 25(25,3%) пациентов, которые получали метформин+производные глюкагонподобного пептида-1. В группу 3 включены 23(23,2%) пациента, которые получали метформин и ингибиторы дипептидилпептидазы-4. В группу 4 включено 25(25,3%) пациентов, которые получали метформин и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (НГЛТ-2). Базовая терапия включала бета-адреноблокатор, ингибитор АПФ или сартан, реже – диуретик.

Одним из маркеров неблагоприятного прогноза во всех группах явилось усиление (интенсификация) исходно имеющихся симптомов сердечной недостаточности в течение годичного наблюдений у 11,5% в группе 1; у 4,0% в группе 2; у 4,3% в группе 3; у 0% в группе 4. Возникновение новых, ранее отсутствовавших симптомов сердечной недостаточности в группах наблюдения зафиксировано у 3,8; 0; 0; 0% больных. Появление фибрилляции предсердий или желудочковых аритмий на протяжении годичного периода имело место у 3,8; 4,0; 0 и 0% больных. Усиливающаяся дилатация полости левого предсердия как маркер дальнейшего прогрессирования процессов миокардиального ремоделирования и риска последующего расширения полости левого желудочка, имела место у 7,7; 8,0; 8,7 и 8,0% больных. Важным моментом у диабетической категории больных является появление новых, ранее не выявляемых при сонографии нарушений локальной сократимости (зон акинеза либо гипокинеза), которые могут быть гипотетически обусловлены как перенесенными безболевыми локальными инфарктами миокарда, так и феноменом ишемического прекодиционирования. Частота данного признака в группах больных через год от начала наблюдения составила 3,8; 4,0; 4,3 и 4,0% соответственно.

Признаками неблагоприятного прогноза в группах наблюдения явились: усиление ранее имеющихся симптомов сердечной недостаточности (у 11,5; 4,0; 4,3; 0%), возникновение ее новых проявлений (у 3,8; 0; 0; 0%), появление ранее отсутствовавшей фибрилляции предсердий или желудочковых аритмий (у 3,8; 4,0; 0 и 0%), прогрессирующее увеличение размеров полости левого предсердия (у 7,7; 8,0; 8,7 и 8,0%), появление ранее отсутствовавших зон акинеза либо гипокинеза (у 3,8; 4,0; 4,3 и 4,0%). Комбинация метформина с НГЛТ-2 производными, в отличие от иных использованных комбинаций противодиабетических средств, продемонстрировала способность более эффективно тормозить процессы прогрессирования сердечной недостаточности и уменьшать частоту суправентрикулярных и желудочковых нарушений сердечного ритма, что позволяет рассматривать ее с позиции элемента кардиопротективного лечения.

Мухин И.В., Сочилин А.В., Кошелева Е.Н., Семёнов Е.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ДВУХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ЧИСЛЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и пылевой хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является довольно частой клинической ситуацией в терапевтической и профпатологической практике индустриально развитых регионов.

Реабилитационные мероприятия, которые традиционно используются у больных такой категории преимущественно воздействуют на процессы разжижения и элиминации мокроты, уменьшения воспаления, но не оказывают воздействия на механизмы, лежащие в основе развития и прогрессирования гипертензивного синдрома.

Цель исследования: проанализировать влияние двух реабилитационных программ на суточное количество принимаемых антигипертензивных препаратов у гипертензивных больных пылевой ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование включено 108 гипертензивных пациентов (все мужчины) с пылевой ХОБЛ в возрасте от 46 до 64 лет.

Критериями включения в исследование были: АГ 1-2 стадии и 1-3 степени, пылевая ХОБЛ 2-3 стадии в стадии затихающего обострения и начинающейся ремиссии.

Методом случайной выборки больные были распределены в 2 группы наблюдения, статистически гомогенные по полу ($\chi^2=0,03$, $p=0,98$), возрасту ($t=0,32$, $p=0,54$), длительности и тяжести пылевой ХОБЛ ($t=0,81$, $p=0,20$ и $\chi^2=0,41$, $p=0,35$ соответственно), стадии ($\chi^2=0,31$, $p=0,69$) и степени АГ ($\chi^2=0,27$, $p=0,60$).

Пациенты группы 1 ($n=55$) получали только базисный комплекс преимущественно ингаляционных средств повседневного применения и антигипертензивные средства, а также физиотерапевтические мероприятия. При гипердренажном синдроме проводили стресс-лимитирующий комплекс - электросон или магнитотерапию, при невротическом синдроме - электрофорез транквилизаторов на задне-шейную и воротниковую область по Щербак. При гиперкинетическом синдроме и тахикардии дополнительно выполняли ежедневный электрофорез магния сульфата на межлопаточную область с плотностью гальванического тока до $0,05$ мА/см² и экспозицией 20 минут №10. Проводили массаж головы, шеи, воротниковой и предсердечной области, грудного отдела позвоночника. Использовали лечебную гимнастику, занятия на тренажерах, дозированную ходьбу, массаж. Представители группы 2 в дополнении к данному комплексу получали ежедневные сеансы интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ) согласно общепринятой методике в течение 15 дней. Аналогичные курсы гипокситерапии и физиотерапевтического лечения повторяли трижды в год. Суточное количество антигипертензивных средств анализировали исходно, через 15 дней и через 12 месяцев.

Количество антигипертензивных таблетированных средств при включении в исследование равнялось $3,0 \pm 0,2$ и $3,0 \pm 0,4$ соответственно ($p > 0,05$). Через 15 дней от начала реабилитационного лечения их количество в группе 1 увеличилось до $3,5 \pm 0,1$, в группе 2 – снизилось до $2,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Различия между группами на данном этапе составили 1,0. Через год от начала наблюдения величина данного показателя равнялась $3,5 \pm 0,1$ и $2,1 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,05$). Межгрупповые различия составили 1,4.

Комплексная реабилитация с использованием сеансов ИНБГТ позволила достоверно ($p < 0,05$) снизить суточную потребность в антигипертензивных лекарственных средствах за счет увеличения частоты достижения целевых цифр артериального давления за счет системной вазодилатации, возникшей в результате воздействия на сосудистый эндотелий прерывистых режимов гипокситерапии. Повышение численности антигипертензивных препаратов в группе 1 по нашему мнению связано с воздействием большинства электрических процедур.

Мыльников Д.В., Зулаев М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЙРОНЫ ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДРА CRH ГИПОТАЛАМУСА И ИХ СПОСОБНОСТЬ К КОНТРОЛЮ СТРЕССА И РЕГУЛЯЦИИ ВЫБОРА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Цель: Исследовать роль нейронов паравентрикулярного ядра CRH гипоталамуса в контроле и характере формирования адаптивного поведения на угрозу жизнедеятельности. Материалы и методы: В своих публикациях («Paraventricular nucleus CRH neurons encode stress controllability and regulate defensive behavior selection» Núria Daviu¹, Tamás Füzesi¹ (2020), Kim, J. et al. «Rapid, biphasic CRF neuronal responses encode positive and negative valence.» (2019)) авторы изучали влияние нейронов CRHPVN (Кортикотропин-рилизинг-гормона паравентрикулярного ядра гипоталамуса), которые обеспечивают контроль стресса и поведения при угрозе жизнедеятельности. Чтобы проверить как это происходит, исследователи провели серию исследований врождённого защитного поведения и поведения выживания у мышей. Для этого использовали волоконную фотометрию *in vivo* с различными парадигмами угроз, которые имитируют надвигающуюся угрозу в виде приближения хищника с неба. Лабораторные мыши не имеют опыта решения этой конкретной задачи, поэтому их поведенческая реакция отражает выбор из репертуара вариантов врождённого защитного поведения. Поведенческие реакции во время каждого испытания были классифицированы на одну из трёх следующих категорий: бегство, замирание или отсутствие реакции. Результаты: Поведенческий анализ этого задания показал, что мыши, не привыкшие к выполнению задания, предпочитали убежать, направляясь в укрытие (вероятность побега (Pescape)=0,78), а не замирать или не реагировать (вероятность побега (Pno escape)=0,22), что свидетельствует о склонности к активной оборонительной стратегии в ответ на возможную надвигающуюся угрозу сверху. Исследователи выдвинули предположение, что поскольку парадигма не содержала реальной угрозы, мыши должны изменить своё поведение на более пассивное во время последующего вызова. Для этого через 22 дня после первоначального воздействия проведена вторая серия испытаний, результаты которой характеризовались менее частому бегству (Pescape: 0,55 против 0,78 у мышей (точный тест Фишера, двуххвостый, P=0,0149), и увеличение числа не отвечающих. Нейроны CRHPVN модулируют защитное поведение до надвигающейся тени и обеспечивают контроль стресса и поведение побега. Чтобы это доказать, исследовали поведение мышей, которым провели ингибирование активности нейронов CRHPVN. Для сравнения брали контрольную группу мышей, у которых сохраняли активность данных нейронов. Мыши в контрольной группе проявляли склонность к активному оборонительному поведению, демонстрируя реакцию бегства в 80 % испытаний. В отличие от этого, у мышей, которым ингибировали активность нейронов CRHPVN, наблюдалось снижение склонности к бегству (42,5 % испытаний) и увеличение поведения замирания (55%). Эти эксперименты демонстрируют, что поведенческие стратегии могут быть изменены либо предыдущим опытом, либо ингибированием нейронов CRHPVN. Выводы: Данные исследования демонстрируют, что поведенческие стратегии могут быть изменены с помощью предыдущего опыта. Предыдущий опыт с надвигающейся тенью вызвал переход от поведения «убегания» к безразличию (отсутствию реакции), что позволяет предположить, что эти мыши демонстрируют опытное обучение. Эти данные указывают на то, что активность нейронов CRHPVN контролирует баланс между пассивными и активными стратегиями в ответ на растущую угрозу. Данные исследования открывают возможности контроля поведенческой реакции как на острый, так и на постоянный стресс.

Мырзагалиев Е.Ж., Сефикурбанов А.М.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов

ХАРАКТЕРИСТИКА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОКЛИМАТА И ОСВЕЩЕННОСТИ КАБИНЕТОВ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. САРАТОВА

Введение: Приемное отделение - это лицо медицинского учреждения, по которому судят об организации и культуре работы стационара. В нем проводят прием и регистрацию пациентов, заполняют соответствующие медицинские документы, осуществляют врачебный осмотр, определяют характер и тяжесть заболевания, выбирают отделение для госпитализации, оказывают экстренную медицинскую помощь и проводят санитарную обработку. Соблюдение санитарно-гигиенических норм в приёмном отделении является острым вопросом, так как через него каждый день проходят все госпитализированные, попадающие в стационар.

Цель работы: оценить соответствие санитарно-гигиенических показателей микроклимата и освещенности кабинетов приёмного отделения с нормами СанПиН.

Материалы и методы: В этой работе исследовались показатели освещенности с помощью люксметра и температура, относительная влажность и скорость движения воздуха с помощью метеометра в смотровом кабинете, кабинете ЭКГ, процедурном, кабинете врача, изоляционной, регистратуре и зале ожидания приёмного отделения городской клинической больницы и сравнивались результаты с нормами в руководстве СанПиН 2.1.3.2630-10. Измерения проводились в 13:30.

Результаты: Допустимыми показателями температуры воздуха для зала ожидания и регистратуры является 18-22 °С, для смотрового кабинета 25-29 °С, для кабинетов врача, кабинет ЭКГ и процедурного кабинета 20-27 °С, для изоляционного бокса 20-26 °С. Исследование показало, что температурные показатели в зале ожидания (21,5 °С), кабинетах врача (23,6 °С), ЭКГ (23 °С), в процедурном кабинете (22,8 °С) и изоляционном боксе (21,9 °С) соответствуют норме. В регистратуре показатели оказались выше нормы (24,1 °С), а в смотровом кабинете, напротив, ниже допустимых значений (22,6 °С).

Относительная влажность воздуха в помещениях в норме составляет 40-60%. В регистратуре (40%) и смотровом кабинете (44%) этот показатель соответствует норме. Во всех других помещениях этот показатель ниже нормы: в зале ожидания и изоляционном боксе – 34%, кабинетах врача, ЭКГ и процедурном кабинете - 36%.

Нормированной скорости воздуха в помещениях соответствует скорость 0,1-0,2 м/с. Отклонение данного показателя было выявлено только в зале ожидания (0,5 м/с).

Освещенность на рабочем столе в норме должна составлять 300 лк. В 13:30 в регистратуре и кабинете врача отсутствовало искусственное освещение и освещенность составляла 240 лк и 150 лк соответственно, что значительно ниже, чем нормальное значение. В кабинете ЭКГ присутствовало только искусственное освещение и освещенность составляла 200 лк, что также не соответствует норме.

Выводы: Результаты работы показали, что большинство показателей соответствуют нормам, однако в отдельных помещениях было выявлено несколько отклонений санитарно-гигиенических показателей микроклимата и освещенности от норм СанПиН. Следует принять меры для улучшения санитарно-гигиенических условий приемного отделения, чтобы обеспечить безопасность и комфорт пациентов и персонала.

Мякоткина Г.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И СИНДРОМА ПОСЛЕВИРУСНОЙ АСТЕНИЗАЦИИ

Введение. Весьма злободневной на современном этапе является проблема разработки новых эффективных методов предупреждения и лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), а также поиск средств, влияющих на купирование остаточных явлений после уже перенесённых респираторных заболеваний, к которым, в частности, относят постлевирусную астенизацию организма. Среди основных причин сложившегося положения следует отметить полиэтиологичность самих ОРВИ (в настоящее время известно более 200 вирусов шести семейств, вызывающих инфекционные заболевания носоглотки и дыхательных путей), высокую контагиозность, уникальную изменчивость антигенных свойств вирусов (особенно гриппа).

Целью настоящего исследования стало изучение влияния на эффективность терапии включения препаратов циклоферон и цитофлавин в схему лечения ОРВИ и синдрома постлевирусной астенизации.

Материал и методы. Проанализирована эффективность лечения 62 пациентов с диагнозом: грипп (17 человек) ОРВИ (45 пациентов) в возрасте 18 – 29 лет, наблюдавшихся в инфекционном боксированном отделении городской многопрофильной больницы № 4 г. Луганска. Из них 38 человек получали циклоферон и цитофлавин с целью лечения: циклоферон назначался в дозе 300-600 мг в сутки в течение 10 дней, цитофлавин применялся в дозе взрослым по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 25 дней. Группу сравнения составили 24 человека, получавших общепринятое патогенетическое и симптоматическое лечение. Оценку энергетического метаболизма проводили, анализируя уровень макроэргических соединений в гемолизате отмытой суспензии эритроцитов больных методом тонкослойной хроматографии.

Результаты. Осуществление дополнительного биохимического исследования до начала лечения позволило установить снижение уровня аденозинтрифосфата (АТФ) в крови у практически всех обследованных больных. Так, концентрация АТФ в крови у пациентов основной группы составила $(532 \pm 6,2)$ ммоль/л, а у наблюдавшихся из группы сопоставления $(538 \pm 5,2)$ ммоль/л, что было ниже нормы в среднем в 1,2 раза. Показатели аденозиндифосфата (АДФ) и аденозинмонофосфата (АМФ) были компенсаторно повышены. Содержание АМФ в гемолизате эритроцитов достоверно был выше нормы в 1,38 раз в основной группе и в 1,41 раза в группе сопоставления. Снижение энергообеспеченности организма наблюдавшихся пациентов отражало уменьшение энергетического заряда эритрона (ЭЗЭ), который в основной группе составил $(1,68 \pm 0,1)$, что в 1,34 раза было ниже нормы, а у больных группы сопоставления он был равен $(1,7 \pm 0,08)$. После проведенного лечения содержание АТФ в сыворотке крови больных основной группы, которые в комплексе общепринятой терапии получали комбинацию циклоферона и цитофлавина, повысилось и достигло нижней границы нормы $(644 \pm 6,0)$ ммоль/л. Уровни АДФ и АМФ у пациентов основной группы значительно снизились, а в целом приблизились к верхней границе нормы ($P < 0,05$). Показатель ЭЗЭ также достоверно повысился у больных основной группы $(2,18 \pm 0,14)$ ммоль/л. А у лиц группы сопоставления, получавших общепринятую терапию, отмечалась тенденция к нормализации, но сохранялась негативная динамика со стороны энергообеспеченности организма.

Выводы. Применение циклоферона и цитофлавина в комплексе терапии больных с острыми респираторными вирусными инфекциями и синдромом постлевирусной астенизации способствует нормализации показателей энергетического метаболизма, стимуляции аэробного пути гликолиза у пациентов, находившихся под наблюдением, посредством увеличения содержания в крови универсальной энергетической молекулы АТФ.

Назарюк К.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Алгоритм расчета инфузионной терапии и парентерального питания у новорожденных

Актуальность : Исследования показывают, что здоровье населения на различных стадиях жизни значительно зависит от нутритивного статуса и динамики роста поколений в период внутриутробного развития и раннего постнатального периода. Появление таких распространенных заболеваний, как гипертония, ожирение, диабет 2 типа и остеопороз, связано с нутритивной недостаточностью в перинатальный период. Существенное значение имеет стандартизация подходов к организации инфузионной терапии и парентерального питания для новорожденных с различными перинатальными патологиями, которые по тем или иным причинам не получают адекватного энтерального питания (менее 75% от необходимого объема). Актуальность алгоритма расчета инфузионной терапии и парентерального питания у новорожденных высока, так как правильное и безопасное проведение этих процедур оказывает непосредственное влияние на развитие и поддержание здоровья этой уязвимой группы пациентов.

Цель: Подчеркнуть важность индивидуального подхода к инфузионной терапии и парентеральному питанию в зависимости от возраста и состояния ребенка. Унифицировать подходы к парентеральному питанию новорожденных детей в профильных лечебных учреждениях. Минимизировать число осложнений при проведении парентерального питания и инфузионной терапии.

Материалы и методы : Проведен анализ литературных исследований, в результате чего были выявлены ключевые аспекты методов расчета инфузионной терапии и парентерального питания у новорожденных .

Результат : На основании полученных данных можно сделать вывод , что литературе последних лет большое внимание уделяется вопросам нутритивной поддержки и инфузионной терапии. Проведение адекватного питания критического больного новорожденного защищает его от возможных будущих осложнений и способствует адекватному росту и развитию. Внедрение современных протоколов адекватного питания в отделении неонатальной интенсивной терапии способствует улучшенному потреблению питательных веществ, росту, сокращению пребывания больного в стационаре и, следовательно, снижению стоимости лечения больного. Современные методики позволяют обеспечить выживание большинства детей, родившихся недоношенными, в том числе улучшаются показатели выживаемости детей, родившихся на грани жизнеспособности. В настоящее время наиболее актуально стоит задача снижения инвалидизации и улучшения состояния здоровья детей, родившихся недоношенными. Сбалансированное и правильно организованное питание является одной из важнейших составляющих выживания недоношенных детей, определяющих не только ближайший, но и отдаленный прогноз.

Вывод: Важность правильного подхода к инфузионной терапии и парентеральному питанию у новорожденных детей несомненна. Она напрямую влияет на здоровье и развитие этой уязвимой группы пациентов, влияет на их выживаемость и качество жизни в будущем. Стандартизация подходов к этим процедурам и использование современных методик и протоколов позволяет улучшить результаты лечения. Поэтому дальнейшее развитие и совершенствование методов инфузионной терапии и парентерального питания у новорожденных является важным .

Назарян Д.С., Белик И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАМИКРОСТРУКТУРЫ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У КРЫС-САМЦОВ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ ТОЛУОЛА И ПРИЕМА НАСТОЙКИ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ

Актуальность изучения влияния ароматических углеводородов, в частности толуола, обусловлена их широким распространением в быту, медицине и промышленности. Эти вещества могут возникать также в процессе производственных циклов, что подчеркивает необходимость глубокого анализа их воздействия на здоровье. Особое внимание следует уделить состоянию надпочечных желез, которые играют ключевую роль в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе. Эти железы являются основным эффекторным звеном, и по их состоянию можно судить об адекватности реагирования организма на стрессовые факторы. Под воздействием толуола может происходить нарушение морфофункционального состояния надпочечных желез, что требует детального изучения.

Важным аспектом исследования является поиск методов коррекции нарушений, вызванных воздействием толуола. Одним из перспективных направлений является использование препаратов с антиоксидантными свойствами.

В данном исследовании было изучено влияние двухмесячного ингаляционного поступления толуола в специальной установке на ультрамикроскопические показатели пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез у крыс-самцов, а также корректирующее действие настойки эхинацеи пурпурной из расчёта 1г/кг массы крысы, обладающей антиоксидантными свойствами.

С помощью электронного микроскопирования и анализа цифровых данных для оценки изменений в пучковой зоне коркового вещества надпочечных желез установлено, что площадь гетерохроматина в адренокортикоцитах значительно уменьшилась на первые сутки после воздействия толуола и приема настойки эхинацеи, а именно на 1-е сутки после завершения ингаляции толуола и введения настойки эхинацеи пурпурной отмечено снижение этого показателя на 16,2% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Однако к 60-ым суткам статистически значимых различий по этому параметру не наблюдалось. Количество митохондрий также уменьшилось на первые и шестидесятые сутки, на 1-е сутки этот показатель снизился на 15,6% ($p < 0,005$), а на 60-е сутки — на 8,4% ($p < 0,05$), в то время как изменения в количестве липидных капель и общей площади митохондрий были статистически недостоверными.

Результаты исследования показали, что длительное воздействие толуола приводит к структурным изменениям в пучковой зоне надпочечных желез, включая деструкцию митохондрий и снижение активности клеток. Однако применение настойки эхинацеи способствовало частичному восстановлению ультраструктуры клеток и улучшению их функциональной активности. Таким образом, настойка эхинацеи пурпурной может рассматриваться как потенциальное средство для коррекции нарушений, вызванных токсическим воздействием толуола. Дальнейшие исследования в этой области необходимы для более глубокого понимания механизмов действия и оптимизации дозировки препарата.

Налетов А.В., Москалюк О.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Актуальность. Протеолиз белков внеклеточного матрикса играет существенную роль в деградации соединительной ткани (СТ) при различных патологических состояниях. При недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) нарушается динамическое равновесие аминокислот в биологических жидкостях организма. Основным биохимическим маркером метаболизма СТ считается гидроксипролин. Однако работы по изучению содержания других аминокислот (кроме гидроксипролина) в биологических жидкостях у детей при НДСТ на сегодняшний день остаются единичными.

Цель исследования. Изучить содержание аминокислот в крови и моче у детей с НДСТ.

Материал и методы исследования. Обследован 81 ребенок с НДСТ. Диагноз НДСТ устанавливали на основании клинико-биохимических критериев. Состояние пула 22-х свободных аминокислот и их производных оценивали методом тонкослойной хроматографии с определением их содержания в крови и моче полуколичественным способом. При анализе использовали методы точечной оценки параметров генеральной совокупности (выборочные характеристики). Для качественных характеристик приводится значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка ($m\%$).

Результаты и их обсуждение. При изучении содержания аминокислот крови и мочи выявлено, что их содержание было изменено у всех детей с НДСТ. При этом имело место изменение концентрации всех 22-х аминокислот и их производных. В спектре аминокислот крови наиболее часто встречались изменения содержания пролина – в 73 (90,1±3,3%) и гидроксипролина – 63 (77,8±4,6%) случаях. Реже имело место изменение содержания серина – у 16 (19,8±4,4%) пациентов, фенилаланина – 16 (19,8±4,4%), глутаминовой кислоты – 14 (17,3±4,2%) и лизина – 14 (17,3±4,2%). При изучении характера изменений содержания аминокислот крови у детей с НДСТ выявлено, что имело место как повышение, так и снижение их концентрации. Так, повышение содержания пролина зарегистрировано у 48 (59,2±5,3 %) детей, снижение – у 35 (30,9±5,3%). Повышение содержания гидроксипролина установлено у 42 (51,9 ± 5,6 %) пациентов, сниженное – 21 (25,9± 4,9%).

Изменения содержания аминокислот в моче у детей с НДСТ встречались значительно чаще, чем в крови. Так, содержание пролина было изменено в 75 (92,6±4,3%) случаях, гидроксипролина – 65 (80,3±4,7%), лизина – 40 (49,4±5,6%), орнитина – 32 (39,5±5,4%), фенилаланина – 29 (35,8±5,3%). У большинства пациентов повышенная экскреция аминокислот с мочой зарегистрирована чаще, чем сниженная. Так, повышенное содержание пролина в моче имели 56 (69,1±5,2 %) пациентов, гидроксипролина – 40 (49,4 ± 5,6 %), лизина – 33 (38,3±5,4%), сниженное – 18 (22,0±4,5%), 22 (25,9±5,0%) и 9 (11,1±3,5 %) детей, соответственно.

Выводы. Таким образом, у детей с НДСТ выявлены значительные изменения содержания всего спектра аминокислот крови и мочи. В большей степени изменения касались содержания пролина и гидроксипролина, которые входят в состав коллагена и эластина; лизина, входящего в структуру коллагена; гидрофобных аминокислот (аланина, валина), которые в большом количестве встречаются в эластине; гидрофильных аминокислот (глутамина, глицина, серина, тирозина, треонина), чаще встречающихся в составе коллагена. О нарушенном метаболизме аминокислот свидетельствовало как повышенное, так и сниженное их содержание. Выявленные изменения содержания аминокислот в крови и моче отражали нарушение их метаболизма в структурных компонентах СТ, что приводило к нарушению ее строения и функций.

*Налётова Е.Н., Налётова О.С., Галаева Я.Ю., Твердохлеб Т.А.,
Сидоренко И.А., Конышева Н.В.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-ФАРМАЦЕВТОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ»

Введение. Мировая практика показывает, что информирование населения о современных подходах к самолечению и использованию безрецептурных препаратов приводит к сокращению расходов на здравоохранение и улучшению здоровья населения.

Врач и провизор играют ключевую роль в предоставлении пациентам информации об ответственном самолечении, оказывают помощь и дают рекомендации о рациональном использовании безрецептурных или ОТС-препаратов (анг. over the counter). Следовательно, система провизор – пациент приобретает новое содержание, так как существенно повышается роль фармацевтического работника в вопросах проведения рациональной фармакотерапии.

Цель и задачи. Основной целью преподавания дисциплины «Фармацевтическое информирование» является формирование системных знаний, умений для успешного осуществления трудовых функций в сфере фармацевтического консультирования и информирования при оказании фармацевтической помощи населению. Перед студентами ставится задача овладения знаниями в области применения лекарственных препаратов (ЛП) (их взаимозаменяемости, особенностям применения с учетом возраста пациента и наличия хронических заболеваний), умениями консультирования посетителей аптеки по вопросам хранения, приема ЛП, возможных нежелательных реакций, симптомов передозировки и т.д.

Результаты. Дисциплина «Фармацевтическое информирование» для специальности 33.05.01 Фармация имеет общую трудоемкость 108 часов (3 з.е.), из которых 66 часов составляет аудиторная работа (лекции – 18 часов, практические занятия – 48 часов) и 42 часа – самостоятельная работа обучающихся.

В ходе практических занятий студенты 4 курса медико-фармацевтического факультета осваивают правовые аспекты фармацевтического информирования, принципы применения ЛП, правила отпуска рецептурных и безрецептурных ЛП.

Особое внимание уделяется формированию навыков коммуникации с посетителем аптеки путем выстраивания диалога. В ходе практического занятия студенты учатся консультировать посетителей аптеки, приобретающих ЛП для разных контингентов населения, включая пожилых и детей, беременных и кормящих женщин; информировать пациентов с хроническими заболеваниями о порядке приема ЛП, возможных побочных эффектах лечения, симптомах передозировки. В процессе обучения преподаватели акцентируют внимание студентов на необходимости выявлять «угрожающие» симптомы при тех или иных заболеваниях и состояниях, по поводу которых посетители могут обращаться непосредственно в аптеку. Установление таких симптомов требует немедленного обращения к врачу.

Выводы. Программа охватывает вопросы проведения лекарственной терапии основных заболеваний органов и систем, а также наиболее частых симптомов (например, болевого или симптомов ОРВИ), с которыми пациенты обращаются в аптеку.

С целью подготовки к Государственной итоговой аттестации студенты под руководством преподавателей отрабатывают практические навыки на станции в симуляционном центре.

Нижельский В.Е., Лузин В.И., Коваленко С.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ПАРОВ ФОРМАЛЬДЕГИДА НА СТРОЕНИЕ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ БЕЛЫХ КРЫС В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Цель исследования – установить динамику изменения строения диафиза большеберцовых костей у инфантильных и ювенильных крыс при воздействии паров формальдегида и обосновать возможность коррекции изменений настойкой астрагала перепончатого.

Материал и методы. Исследование выполнено на 156 белых крысах-самцах: инфантильных с массой тела 40-50 г в возрасте 1 месяца и ювенильных с массой тела 130–150 г в возрасте 3 месяца. Крысы были распределены на 3 серии – контрольную (Со), подопытную (ФА) и группу с коррекцией (АМТ). Животные серии ФА подвергались воздействию паров формальдегида в концентрации 2,766 мг/м³ 1 раз в сутки в течение 60 минут. Животные серии АМТ (только ювенильные) получали внутривенно настойку астрагала перепончатого в дозе 100 мг/кг/сутки. Сроки эксперимента составили 10, 20, 30, 60 и 90 суток; часть животных после 60 суток воздействия формальдегида проходили реадaptацию в течение 30 суток. Животные серии АМТ выводились из эксперимента через 10 и 30 суток. Исследовали структуру диафиза большеберцовых костей.

Результаты. У инфантильных крыс серии ФА во все сроки эксперимента ширина остеонного слоя была меньше значений контроля на 4,63%, 6,43%, 7,88%, 7,58% и 10,48%, а диаметры каналов остеонов и площадь костномозговой полости превышали значения контроля на 6,05%, 5,53%, 7,18%, 7,85% и 10,87%, и на 4,76%, 5,10%, 8,25%, 8,67% и 9,49%. У ювенильных крыс серии ФА с 10 по 90 суток эксперимента ширина остеонного слоя отставала от значений контроля на 3,56%, 4,36%, 5,59%, 6,38% и 7,07%. Диаметры каналов остеонов и площади костномозговой полости в течение всего периода эксперимента превышали значения контроля на 4,80%, 6,82%, 5,76%, 6,84% и 9,09%, и на 4,00%, 4,55%, 6,58%, 6,07% и 6,78% соответственно.

В ситуации, когда воздействие паров формальдегида прекращалось через 60 суток от начала затравки, в сравнении с группой, в которой затравка парами формальдегида не прекращалась, у инфантильных крыс ширина остеонного слоя и диаметры остеонов были больше на 6,36% и 5,22%, а диаметры каналов остеонов и площадь костномозговой полости – меньше на 6,35% и 3,98%. У ювенильных крыс ширина слоя наружных генеральных пластинок, диаметры остеонов и площадь компактного вещества к 90 суткам превышали значения сравнения на 3,40%, 4,32%, 5,06% и 3,84%.

В серии АМТ у ювенильных крыс к 30 суткам эксперимента ширина остеонного слоя, диаметры остеонов и площадь компактного вещества превышали значения серии ФА на 3,70%, 4,16%, 5,06% и 5,07%, а диаметры каналов остеонов и площадь костномозговой полости были меньше их на 4,40% и 4,03%.

Заключение. Воздействие паров формальдегида в концентрации 2,766 мг/м³ 1 раз в сутки в течение 60 минут на подопытных животных сопровождается снижением костеобразовательной функции надкостницы большеберцовых костей и нарастанием активности резорбтивных процессов с 10 по 90 суток эксперимента и у инфантильных и у ювенильных крыс. Прекращение воздействия паров формальдегида на организм подопытных животных через 30 суток после прекращения затравки сопровождается признаками восстановления структуры диафиза большеберцовых костей; у инфантильных крыс признаки восстановления структуры диафиза большеберцовых костей выражены сильнее. Применения настойки астрагала перепончатого в дозе 100 мг/кг/сутки на фоне затравки парами формальдегида у ювенильных крыс сопровождается признаками восстановления структуры диафиза большеберцовых костей только к 30 суткам эксперимента.

Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ШАХТЕРОВ

Актуальность. В настоящее время проблема пылевых заболеваний легких профессионального генеза сохраняет свою медико-социальную значимость в связи со значительным удельным весом в структуре профессиональных заболеваний и высокой распространенностью. При воздействии промышленных аэрозолей на организм наблюдается снижение защитно-компенсаторных реакций, приводящих к регуляторным, метаболическим и структурным изменениям. Материал и методы исследования. Углубленное обследование больных пневмокониозом (Пн) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) проводилось на базе Республиканского центра профпатологии и реабилитации (РЦПР) г. Донецка. Исследования проведены на 240 больных с данными заболеваниями. Контроль составили 52 относительно здоровых обследованных. Подсчет поверхностных антигенов типа CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ осуществляли с помощью люминесцентного микроскопа МИКМЕД-2, используя в качестве источника света ртутную лампу ДРШ-100 и светофильтры СС15-3, СС15-6, ОС11-2. Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «Statistica 7» (Start Soft Rus) и «Stadia 6.1» («Информатика и компьютеры», Москва). Результаты исследований. По результатам клеточного звена иммунитета уровня Т-хелперов с рецепторами CD4+ установлено, что CD4+ у больных Пн значительно снижен 23,16±5,18 % по сравнению со здоровыми донорами 44,97±6,30 %. Аналогичная динамика прослеживается и между уровнем CD4+ у больных Пн и уровнем CD4+ у больных ХОБЛ 23,16±5,18% и 41,20±5,39% соответственно. По результатам клеточного звена иммунитета установлено, что количество Т-супрессоров с CD8+ у больных Пн значительно снижено 15,22±3,58 % по сравнению со здоровыми донорами 22,80±4,58 %. Подобная ситуация складывается между уровнем CD8+ у больных Пн и уровнем CD8+ у больных ХОБЛ 15,22±3,58% и 25,58±3,84% соответственно. По результатам клеточного звена иммунитета уровня CD16+ данных групп установлено, что CD16+ у больных Пн значительно снижены 15,92±3,08 % по сравнению со здоровыми донорами 18,48±4,60 %. Аналогичная динамика наблюдается между уровнем CD16+ у больных Пн и уровнем CD16+ у больных ХОБЛ 15,92±3,08 % и 17,19±3,22 % соответственно. По результатам клеточного звена иммунитета уровня В-лимфоцитов крови с CD22+ рецепторами данных групп установлено, что CD22+ у больных Пн значительно снижены 10,47±1,87 % по сравнению со здоровыми донорами 17,70±3,64 %. Аналогичная ситуация складывается между уровнем CD22+ у больных Пн и уровнем CD22+ у больных ХОБЛ 10,47±1,87 % и 18,66±5,56 % соответственно. По результатам клеточного звена иммунитета соотношения уровней CD4+/CD8+ данных групп установлено, что CD4+/CD8+ у больных Пн значительно снижены 1,53±0,19 % по сравнению со здоровыми донорами 2,02±0,38 %. Аналогичная ситуация визуализируется и между уровнем CD4+/CD8+ у больных ХОБЛ и уровнем CD4+/CD8+ у здоровых доноров 1,63±0,26 % и 2,02±0,38 % соответственно.

Вывод. У больных пневмокониозом снижено содержание CD4, CD8, CD16, CD22, а также соотношение CD4/ CD8, что говорит о более тяжелом течении пневмокониоза в сравнении с ХОБЛ.

Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Актуальность. Первоочередным условием качественной реабилитации при ХОБЛ пылевой этиологии является выведение больного из опасных условий труда, а из медикаментозных методов проводят бронходилатационную, муколитическую, антиоксидантную и иммунокорректирующую терапию.

Цель исследования - на экспериментальной модели оценить эффективность и обосновать применение полиоксидония при вторичной профилактике ХОБЛ пылевой этиологии.

Материал и методы. Исследовали 2 группы крыс по 25 самцов линии «Вистар», обе с моделью пылевой ХОБЛ. В обеих группах для создания аутоиммунных нарушений использовали адьювант Фрейнда, цитостатик и иммуностимулятор. 2 группе – для вторичной профилактики вводили полиоксидоний в дозе 0,03 мг/кг. При декапитации животных проводили забор крови, готовили мазки, фиксировали в метаноле, затем красили по Романовскому. В мазках определяли лейкоцитарную формулу на 200 лейкоцитов. В камере Горяева подсчитывали общее количество лейкоцитов. Постановку НСТ-теста на животных осуществляли с подсчетом процента активированных нейтрофилов и индекса активации нейтрофилов (ИАН). Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «Statistica 7» (Start Soft Rus) и «Stadia 6.1» («Информатика и компьютеры», Москва).

Результаты исследования. У животных с моделью ХОБЛ абсолютное количество сегментоядерных нейтрофилов до коррекции составляло $0,88 \pm 0,04$ Г/л, а после - происходило их увеличение до $1,68 \pm 0,12$ Г/л, статистически достоверно отличаясь ($p < 0,001$) и абсолютное количество палочкоядерных нейтрофилов у крыс с моделью ХОБЛ до коррекции полиоксидонием составляло $0,32 \pm 0,03$ Г/л и после - уменьшалось до $0,16 \pm 0,01$ Г/л статистически достоверно отличаясь ($p < 0,001$). Остальные показатели крови такие как: количество лейкоцитов, абсолютное количество эозинофильных нейтрофилов, абсолютное количество базофилов, абсолютное количество лимфоцитов и абсолютное количество моноцитов до коррекции и после статистически достоверно не отличались ($p = 0,764$), ($p = 0,089$); ($p = 0,727$), ($p = 0,097$) и ($p = 0,281$). Коррекция полиоксидонием влияла на снижение абсолютного количества палочкоядерных нейтрофилов ($p < 0,001$) и увеличение абсолютного количества сегментоядерных нейтрофилов ($p < 0,001$). У животных с моделью ХОБЛ до коррекции количество нейтрофилов, способных к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте, было статистически достоверно ниже и составило $25,88 \pm 1,59$ % и $56,00 \pm 2,79$ % соответственно ($p < 0,001$), ИАН без стимуляции у животных с моделью ХОБЛ до и после коррекции статистически достоверно отличался ($p < 0,001$) и составлял $0,42 \pm 0,03$ % и $0,94 \pm 0,05$ %. Коррекция полиоксидонием у животных с моделью ХОБЛ влияла на повышение способности нейтрофилов к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте ($p < 0,001$), а также на ИАН без стимуляции ($p < 0,001$).

Выводы. Применение полиоксидония для вторичной профилактики ХОБЛ в экспериментальной модели положительно влияло на увеличение количества нейтрофилов, способных к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте и увеличение ИАН.

Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ИММУНИТЕТА У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ

Введение. Среди профессиональных заболеваний шахтеров ведущее место занимает хроническая обструктивная болезнь легких пылевой этиологии (ХОБЛ). В патогенезе заболевания основная роль принадлежит фагоцитарной активности с генерацией активных форм кислорода и постоянной деструкцией макрофагов, лейкоцитов, что впоследствии может вызвать аутоиммунную реакцию организма. Цель работы – изучить показатели иммунитета у животных с моделью ХОБЛ после коррекции α -липоевой кислотой. Материал и методы. Животные после развития ХОБЛ были распределены в 2 равные группы. 25 крыс опытной группы получали α -липоевую кислоту, растворенную в коровьем молоке. В группе сравнения крысы принимали молоко без препарата. Рассчитывали количество лейкоцитов, определяли лейкоцитарную формулу. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови животных определяли по отношению к тест-культуре стафилококка штамма 209. При микроскопическом исследовании (считали не менее как 200 клеток) проводили расчет ФАН и фагоцитарное число (ФЧ) через 30 и 90 минут. При микроскопии подсчитывали процент нейтрофилов содержащих диформаза, а также индекса активации нейтрофилов (ИАН). Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «Statistica 7» (Start Soft Rus) и «Stadia 6.1» («Информатика и компьютеры», Москва). Результаты исследований и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что по сравнению с результатами группы сравнения, у животных с моделью ХОБЛ, получавших в течение 1 месяца α -липоевую кислоту, были более низкие показатели относительного количества лимфоцитов ($68,60 \pm 0,81$ % против $70,56 \pm 0,56$ %; $p=0,021$ $p<0,001$), палочкоядерных нейтрофилов ($2,0 \pm 0,20$ % против $5,0 \pm 0,35$ %; $p<0,001$), моноцитов ($3,40 \pm 0,24$ % против $5,88 \pm 0,72$ %; $p<0,001$ $p=0,034$). Относительное же количество сегментоядерных нейтрофилов после курса лечения, наоборот, было более высоким ($22,60 \pm 0,66$ % против $14,64 \pm 0,39$ %; $p<0,001$). Изучение показателей фагоцитоза нейтрофилов крови у крыс показало улучшение этих показателей после коррекции α -липоевой кислотой. Так, через 30 минут выполнения методики показатели ФЧ30 и ФАН30 у интактных животных составили $3,01 \pm 0,04$ и $18,40 \pm 0,71$ соответственно, а после лечения – $5,02 \pm 0,19$ и $37,60 \pm 0,76$ соответственно ($p<0,001$). Аналогичные различия по фагоцитарной активности нейтрофилов между группами были характерны и по результатам учета методики спустя 90 минут инкубации ($p<0,001$). ФЧ90 и ФАН90 в опытной группе равнялись значениям $5,82 \pm 0,05$ и $47,00 \pm 2,01$, а в группе сравнения – $3,41 \pm 0,08$ и $28,12 \pm 0,81$. Оценка функциональной активности нейтрофилов была выполнена также и с помощью НСТ-теста. Прием α -липоевой кислоты обусловил увеличение как количества нейтрофилов, способных к кислородозависимому метаболизму, так и показателей индекс активации нейтрофилов (ИАН) (соответственно $37,60 \pm 1,70$ % и $0,70 \pm 0,05$ против $25,88 \pm 1,59$ % и $0,42 \pm 0,03$ в группе сравнения; $p<0,001$). Таким образом, коррекция альфа-липоном приводит к повышенному кислородозависимому метаболизму и увеличению ИАН у животных с моделью ХОБЛ, что свидетельствует о повышении резервной активности внутриклеточных ферментов.

Выводы. 1. Коррекция альфа-липоном в модели ХОБЛ положительно сказывалась на показателях лейкоцитарной формулы. 2. После коррекции альфа-липоном улучшались фагоцитарные показатели, такие как НСТ-тест ($p<0,001$), ИАН без стимуляции ($p<0,001$), ФЧ через 30 ($p<0,001$) и 90 минут ($p<0,001$), ФАН через 30 ($p<0,001$) и 90 минут ($p<0,001$).

Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФОЦИТОВ У НОСИТЕЛЕЙ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Актуальность. Важной задачей медицинской науки и практического здравоохранения является профилактика инфекционных поражений верхних дыхательных путей у горнорабочих с профессиональным заболеванием легких, а также сохранение их работоспособности путем поддержания эффективной работы иммунной системы. Цель исследования – исследовать ассоциации между наличием инфекции *Staphylococcus aureus* у больных с ХОБЛ пылевой этиологии и показателями клеточного звена иммунной системы. Материал и методы. Исследуемую группу составили 92 горнорабочих угольных шахт с диагнозом ХОБЛ пылевой этиологии. Контрольную группу составили относительно здоровые горнорабочие (n=40). Для определения поверхностных антигенов CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ использовали соответствующие моноклональные антитела. Микроскопию препаратов осуществляли с помощью люминесцентного микроскопа МИКМЕД-2. У всех пациентов с ХОБЛ собирали мокроту и выполняли мазки со слизистых оболочек носа и зева для бактериологических исследований. Выделение и идентификацию бактерий осуществляли с модификацией количественного определения бактерий по методу секторных посевов и согласно общепринятых рекомендаций. Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «MedStat» и «Stadia 6.1». Результаты и обсуждение. По результатам обследования у горнорабочих с ХОБЛ пылевой этиологии, было выявлено снижение процента лимфоцитов, имеющих CD3+ рецепторы по сравнению со здоровыми горнорабочими 62,95±2,84 % и 74,72±1,80 % при p 0,001. Уровень CD4+ в крови больных ХОБЛ также был ниже - 41,23±1,27 %, чем в контрольной группе – 45,75±0,91 % при p=0,004. Показатель уровня CD8+, наоборот, был повышен у больных ХОБЛ 25,60±1,02 % по сравнению с контролем 22,65±0,96 % при p=0,037. Различия показателей CD16+ и процента CD22+ в периферической крови между больными ХОБЛ и здоровыми горнорабочими были статистически недостоверны p 0,05.> При анализе показателей индекса CD4+/CD8+ у больных ХОБЛ был значительно ниже и составил 1,61±0,06 %, чем у здоровых горнорабочих 2,01±0,05 % при p 0,001. При проведении сравнительного анализа двух групп пациентов с ХОБЛ в зависимости от выявления бактерий *S.aureus* установлено, что у пациентов (n=50) с положительным тестом были выявлены более низкие показатели процента лимфоцитов, имеющих рецепторы CD3+ 58,40±1,98 % в сравнении с пациентами (n=42) имеющими отрицательный результат теста 64,93±1,52 %, p=0,010 и удельного веса CD8+ клеток 23,35±1,42 % и 27,50±1,48 % соответственно при p=0,046. При этом не было обнаружено связи между наличием *S.aureus* у больных ХОБЛ и другими изученными факторами клеточного иммунитета – процентом лимфоцитов, обладающих молекулами CD4+ (p=0,124), CD16+ (p=0,124), CD22+ (p=0,158), а также индексом CD4+/CD8+ клеток (p=0,459).

Выводы. У горнорабочих с ХОБЛ пылевой этиологии наблюдаются нарушения в клеточном звене иммунитета, а также увеличением удельного веса Т-цитотоксических лимфоцитов. Наличие *S.aureus* в мокроте и/или мазках со слизистых оболочек сочетается у больных ХОБЛ со снижением процента лимфоцитов, имеющих CD3+ рецепторы (p=0,010) и молекулы CD8+ (p=0,046), что важно учитывать при назначении лечебно-профилактических мероприятий.

*Никулин И.Ю., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Кутья А.Е.,
Совпель Я.А., Праводелов С.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТАКТИКА САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, РАЗВИВШИМСЯ НА ФОНЕ ПАНКРЕАТИТА

Актуальность. Распространённость панкреатогенного сахарного диабета (СД-II) составляет до 9-10% всех случаев сахарного диабета, что сопоставимо по частоте с сахарным диабетом 1 типа. Тактика выбора сахароснижающего лечения у больных с различными формами СД-II до настоящего времени окончательно не определена, эффективность и переносимость препаратов при данном заболевании недостаточно изучена.

Цель исследования: Выработка критериев безопасности и эффективности сахароснижающего лечения у больных с СД-II.

Материал и методы: Исходно под наблюдением находились 133 больных, у которых установлен диагноз панкреатита и развившегося на его фоне СД-II. Исследование завершил 81 (60,9%) пациент – 65 мужчин и 16 женщин в возрасте $54,7 \pm 9,3$ лет. Больные были рандомизированы (метод конвертов) на группы, отличные по применяемым схемам лечения. В группе А (терапия препаратами инсулина) завершили исследование 37 больных, в группе Б (терапия метформином, в т. ч. в сочетании с препаратами инсулина) – 44 человека. Оценивали личный и семейный анамнез, структуру поджелудочной железы по данным методов лучевой визуализации, биохимические показатели, результативность терапии, проводили поиск прогностических критериев эффективности и безопасности лечения.

Результаты и обсуждение: Среди входивших в исследование лиц с СД-II отчетливо преобладали мужчины, около 2/3 имели возраст ≤ 60 лет. Билиарный вариант СД-II был представлен в 35,8% случаев, алкогольный – в 64,2%. Высокими были доли лиц с неудовлетворительным контролем гликемии, со значительным повышением уровней аспартатаминотрансферазы в крови, с гиперурикемией, с умеренным снижением функции почек, повышением уровней провоспалительных биомаркеров, существенным стажем курения, употребляющих значительное количество спиртного, переносивших операции на поджелудочной железе и имевших нарушения ее структуры по данным инструментальных исследований. В группе Б в сравнении с группой А доля лиц, у которых были достигнуты целевые уровни HbA1C, оказалась достоверно выше (61,3%), чем в группе А (35,1%), $p < 0,05$. В группе Б достоверного изменения средней величины СКФ за время наблюдения не было отмечено (исходно – $74,4 \pm 9,6$, при завершении – $68,9 \pm 9,6$ мл/мин/1,73м², $p > 0,05$), в то время как, в группе А имело место его статистически значимое снижение (с $72,9 \pm 8,1$ до $56,3 \pm 6,4$ мл/мин/1,73м², $p < 0,05$). Развитие эпизодов гипогликемии 1-2 степени отмечалось в ходе исследования у 20 (54,0%) и 18 (40,9%) больных в группах А и Б, соответственно; 3 степени – у 6 (16,2%) и 6 (13,6%), соответственно, $p > 0,05$. В течение периода наблюдения у 4 (9,1%) больных группы Б и у 10 (27,0%) лиц группы А имели место рецидивы панкреатита, различия значимы, $p < 0,05$.

Выводы. Полученные данные позволяют обосновать целесообразность применения метформина в качестве монотерапии либо в сочетании с инсулином в индивидуально рассчитываемых дозировках, сформулировать рекомендации по выбору оптимальной тактики медикаментозной терапии, обеспечивающей высокий клинический эффект при удовлетворительной переносимости.

Новикова Е.А., Вырупаева Е.В., Семёнова Н.В., Колесникова Л.И.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск

АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19 В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования: Оценить общий антиоксидантный статус и активность ферментативного и неферментативного звеньев системы антиоксидантной защиты (АОЗ) у женщин в климактерическом периоде со среднетяжелым и бессимптомным течением COVID-19 с помощью биохимических методов исследования.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 94 женщины в возрасте от 45 до 69 лет. Для отбора в основную группу были обследованы 64 женщины, госпитализированные в ОГБУЗ «Иркутская областная инфекционная клиническая больница» в период с июня 2020 г. по март 2021 г, с лабораторно подтвержденным ПЦР-тестом на наличие вируса SARS-CoV-2 и среднетяжелым течением COVID-19. При поступлении пациенток в стационар проводили анкетирование и анализ медицинской документации, общеклиническое обследование, компьютерную томографию. При формировании контрольной группы были обследованы 30 женщин, отрицающие какие-либо симптомы COVID-19 и непривитые за последние 12 месяцев. У всех женщин определяли в крови наличие антител к COVID-19 IgG, после чего были сформированы две группы: без IgG (n=17) и с IgG (n=13). Отдельную группу составили женщины с IgG и бессимптомным течением COVID-19 (n=13). Применение заместительной гормональной терапии и регулярный менструальный цикл были критерием невключения женщин в исследование.

Состояние системы АОЗ оценивалось по уровню общего антиоксидантного статуса (TAS), а также параметрам глутатионовой системы (GSH – восстановленный глутатион, GSSG – окисленный глутатион, GR – глутатионредуктаза, GPx – глутатионпероксидаза, GSTpi – глутатион-S-трансфераза) и активности супероксиддисмутазы (СОД). В работе использовались фотометрический и иммуноферментный методы исследования. Полученные данные обрабатывались в программе STATISTICA 10.

Результаты исследования:

У пациентов со среднетяжелым течением COVID-19 выявлена более низкая активность GPx, СОД и более высокая активность GR, концентрации GSTpi по сравнению с контролем. В группе с бессимптомным течением COVID-19 наблюдались статистически более низкие уровни GSSG, TAS и более высокие уровни GSH, а также соотношение GSH/GSSG по сравнению с контролем. У пациентов со среднетяжелым течением COVID-19 выявлены статистически значимо более низкие значения активности GPx, СОД и более высокие значения TAS, активности GR, GSTpi по сравнению с группой без клинических симптомов. ROC-анализ показал диагностическую значимость TAS (AUC = 0,714; p = 0,048), GSH (AUC = 0,714; p = 0,030), GSSG (AUC = 0,712; p = 0,031), GSH/GSSG (AUC = 0,837; p < 0,001) для группы с бессимптомным течением COVID-19 по сравнению с контрольной группой; TAS (AUC = 0,709; p = 0,020), СОД (AUC = 0,760; p < 0,001), GSH/GSSG (AUC = 0,658; p = 0,039), GPx (AUC = 0,774; p < 0,001), GSTpi (AUC = 0,864; p < 0,001) и GR (AUC = 0,871; p < 0,001) для группы со среднетяжелым COVID-19 по сравнению с бессимптомным течением заболевания.

Заключение.

Активность системы АОЗ у женщин в климактерическом периоде зависит от течения COVID-19.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Введение: Неотъемлемой составляющей любой образовательной деятельности следует считать научно-творческое воспитание студентов. С этой задачей отлично справляются студенческие общества, которые помогают лучше выразить студенту свой творческий потенциал. СНО, как общественная организация, создана для того, чтобы популяризировать активную деятельность среди студентов, оказывать содействие студентам в их развитии в науке и творчестве. Основными задачами СНО являются стимуляция студентов к участию в научной и творческой деятельности, организация взаимосвязи между кружками в вузе, а также расширение межвузовских связей.

Цель исследования: определение роли студенческого научного кружка на базе кафедры акушерства и гинекологии, как формы исследовательской работы и анализ его роли в образовательной деятельности.

Материалы и методы: материалом для данного исследования являются данные о работе студенческого научного кружка на кафедре акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького. В рамках учебного процесса на кафедре акушерства и гинекология используются разнообразные методы проведения практических цикловых занятий: групповые и индивидуальные тренинги, кейс-задачи, тестирование, ситуационные задачи по неотложным состояниям в акушерстве и гинекологии конкурсы научно-исследовательских работ студентов и функционирование студенческого научного кружка. Работа кружка направлена на повышение уровня теоретических знаний и практических навыков студентов, а также на выполнение научных исследований.

Результаты научно-исследовательской работы отображены в сборниках тезисов конференций, научных статьях в специализированных изданиях. Члены кружка принимают активное участие в научно-практических конференциях в России: Ростов на Дону, Курск, Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Москва, Ставрополь, Самарканд, Владикавказ, Тверь. В мае 2017 г. студенты приняли участие в Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Семья в современном мире», были подготовлены 2 доклада. С 2017 г. студенты кружка принимают активное участие во всероссийской олимпиаде по акушерству и гинекологии на базе кафедры акушерства и гинекологии Российского Национального Медицинского Университета им. А.И. Пирогова, состоящей из двух туров: 1-й тур в режиме on line, состоящий из тестовых заданий и ситуационных задач по акушерству и гинекологии, 2-й тур включающий в себя ситуационные задачи по акушерству и гинекологии, хирургического конкурса. В марте 2018 г. наши студенты принимали активное участие в Всероссийской студенческой олимпиаде по хирургии им. академика М.И. Перельмана, в конкурсе «Эндохирургия» и заняли 3-е место. С 2017 г. наши студенты принимают активное участие в международных конгрессах по репродуктивной медицине г. Москва, с публикацией тезисов. Большое внимание уделяется изучению новых направлений в акушерстве и гинекологии: современных возможностей гистерорезектоскопии, эстетической гинекологии, возможности и преимущества лапароскопических операций.

Выводы: значимость и эффективность СНО в формировании профессиональной мотивации не подлежит сомнению: абсолютно все члены кружка в настоящее время осуществляют успешную клиническую практику в качестве врачей клиницистов, ряд кружковцев продолжают научную деятельность. Таким образом, студенческий научный кружок, несомненно, повышает качество медицинского образования, формирует задатки для формирования рационального клинического мышления и предпосылки для продолжения научной деятельности после окончания вуза.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ В РОДАХ

Несмотря на возможность применения современных медицинских технологий в практике родоразрешения, основанных на рекомендациях ВОЗ, проблема акушерских и перинатальных осложнений не утратила свою значимость. Исследованиями последних лет выявлена достоверная связь между стрессом матери в родах и такими осложнениями беременности как угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода, преэклампсия и т.д. Психоэмоциональным состоянием женщины во время беременности и перед родами во многом определяет физиологическое течение родового акта. Довольно частые осложнения родов, например, такие, как аномалии родовой деятельности, связанная с ними гипоксия плода, дискоординация родовой деятельности обусловлены психоэмоциональными факторами, напрямую зависящими от подготовки беременной к родам. Из внимания акушеров-гинекологов, достаточно часто, выпадают психологические аспекты состояния беременной – ее изначальный статус, отношение к беременности, предстоящим родам, ребенку, микроклимат в семье. Существуют убедительные доказательства, основанные на данных научных исследований, что эмоциональное напряжение, страх, тревога у беременной перед родами ухудшают исходы как для матери, так и для ребенка. Принимая этот факт во внимание, необходимо подчеркнуть особую важность психопрофилактической подготовки беременных на дородовом этапе. Данная подготовка уменьшает страх и тревогу перед родами и позволяет уменьшить количество осложнений, способствуя нормальному физиологическому течению родового процесса, улучшая акушерские и перинатальные исходы.

Цель работы: разработка новых подходов для оказания помощи женщинам в родах, направленных на сохранение психического и физического здоровья.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в условиях отделения патологии беременности РКБ ГБУ им. М.И. Калинина, все беременные были разделены на две группы, в 1-й группе были партнерские роды, во второй роды происходили без поддержки родных.

Результаты и их обсуждение. Проведено исследование психо-эмоционального состояния беременных у 340 женщин во время беременности и родах. Из них 155 (45%) отмечали разные проявления неврологической симптоматики в виде повышенной утомляемости, раздражительности, нарушение сна, плаксивости, перепадов настроения. Исследования проведены по методике Спилберга-Ханина, теста Зунга, показали, что у них повышен уровень реактивной тревожности при нормальных показателях личностной тревожности. Высокий уровень реактивной тревожности связан с психологическими особенностями беременных – беспокойством о здоровье будущих детей. Личностная тревожность у женщин с партнерскими родами составила $46,34 \pm 3,21$ балла, в сравнении с $23,34 \pm 5,23$ балла у женщин родоразрешенных без поддержки родных ($p < 0,05$). Реактивная тревожность составила $49,34 \pm 4,21$ балла и $25,56 \pm 3,66$ ($p < 0,05$). Уровень депрессивности в 1 группе составила $34,33 \pm 2,51$ балла, во второй группе $28,31 \pm 3,53$ балла. Это свидетельствует, что на момент исследования у женщин была сформирована доминанта материнства для которой характерна высокая тревожность. С помощью партнерских родов удалось достоверно снизить уровень реактивной тревожности и депрессивности.

Выводы.

Тревога во время беременности и родов по поводу своего здоровья и состояния здоровья будущего ребенка детерминирует высокий уровень как реактивной так и личностной тревожности у женщин. Психологическая подготовка беременных женщин к родам, включающая партнерские роды позволяет эффективно, статистически значимо снижать уровень их личностной тревожности и сформировать благоприятный эмоциональный фон переживания в течение всей беременности.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТРУКТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Введение: Высокая смертность и заболеваемость среди недоношенных новорожденных, большие материальные затраты, необходимые для их выхаживания, детерминируют поиск причин и механизмов развития преждевременных родов. Высокий уровень психоэмоционального напряжения в сочетании с экстрагенитальной патологией, широким использованием репродуктивных технологий, неблагоприятные факторы окружающей среды, инфекции, передаваемые половым путем, объясняют высокий процент преждевременных родов структуре заболеваемости от 4 до 11, 5%.

Цель исследования: оценить психо-эмоциональное состояние женщин с угрозой преждевременных родов.

Материалы и методы: основную группу составили 26 женщин угрожаемых по преждевременным родам в сроках от 22 до 36 недель и контрольную группу составили 38 беременных, не входящих в группу риска на базе ГБУ РКБ им. М.И. Калинина. Оценка психоэмоционального состояния беременных проводилась по опроснику Спилберга – Ханина и ДЕПС шкале депрессии.

Результаты исследования: возраст основной группы составил $28,5 \pm 0,75$ лет, в контрольной группе $25,0 \pm 0,76$ лет ($p < 0,01$). В основной группе 70,3±6,3% работающих женщин, профессиональная деятельность которых связана с психо-эмоциональными перегрузками в 62% случаев, в контрольной группе 57,2±6,7 ($p > 0,05$) беременных работающие и психо-эмоциональное перенапряжение отмечено в 37% случаев. Структура экстрагенитальной патологии в основной группе представлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы у 22,2±5,6%, в сравнении с контрольной группой 8,1±3,7%, $p < 0,05$, заболевания моче-выделительной системы 18,1±5,3% и 6,2±3,2%, $p < 0,05$, эндокринопатии 24,2±2,3%, а в контрольной группе 2,3±1,9%, $p < 0,001$. В основной группе хронические сальпингоофориты в анамнезе 35,4±6,6%, в контрольной в 11,3±4,3%, $p < 0,05$. При оценке психо-эмоционального состояния по Спилбергу –Ханину в основной группе у 92,1±3,7% низкая ситуативная тревожность и 8,1±3,7% средний уровень тревожности, в контрольной группе преобладает низкий уровень ситуативной тревожности. Личностная тревожность в основной группе высокая с средним уровнем составил по 41,1±5,9%, низкая в 11,5±4,5%, в контрольной группе низкая тревожность 66,2±6,5%, средний уровень 30,2±6,5%, высокий уровень 3,6±2,5% ($p < 0,001$). Таким образом у женщин с преждевременными родами психо-эмоциональное состояние характеризуется высокими уровнями реактивной и личностной тревожности, что негативно влияет на течение беременности. При оценке ДЕПС шкалы депрессивные симптомы встречались в 9,6%, а в основной группе не встречались.

Выводы: Высокие показатели реактивной и личностной тревожности, депрессивные симптоматика у женщин с преждевременными родами, обусловленные выраженным эмоциональным перенапряжением, в сочетании с имеющейся экстрагенитальной патологией детерминируют необходимость использования комплексной психологической помощи в программе ведения беременных, составляющих группу риска по преждевременным родам.

Оборнев А.Л., Гавенко Н.Р., Датуашвили М.Т.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ПРИМЕРЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАМАГНИТНЫХ ИЛИ СУПРАПАРАМАГНИТНЫХ МЕТОК

Магнитно-резонансная томография (МРТ) с использованием парамагнитных или супрапарамагнитных меток — это современный метод диагностики, который позволяет получить детальные изображения внутренних структур организма пациента. В отличие от обычной МРТ, этот метод использует специальные вещества — парамагнитные или супрапарамагнитные метки. Метод основан на явлении ядерного магнитного резонанса. Во время исследования на организм воздействуют мощные магнитные поля и радиочастотные импульсы. В ответ на это атомы водорода в теле человека меняют своё магнитное поле. Возникающие при этом колебания улавливают и обрабатывают, а затем на основе полученных данных создают трёхмерное изображение. Одним из важных требований к проведению этого исследования является высокое магнитное поле (≥ 3 Тс). Для каждого вида исследования требуются свои параметры магнитного поля, которые определяются типом оборудования и целями исследования. Парамагнитные и супрапарамагнитные метки — это специальные вещества, которые временно изменяют магнитные свойства тканей. Они делают отклик атомов водорода более интенсивным и позволяют получать более контрастные изображения. Это, в свою очередь, помогает выявлять даже самые мелкие изменения в организме. Такой подход к проведению МРТ позволяет врачам точнее диагностировать заболевания и контролировать эффективность лечения. Он широко применяется в различных областях медицины.

Преимуществами метода являются - высокая точность и детализация изображений: благодаря использованию парамагнитных или супрапарамагнитных меток, метод позволяет получать изображения с высоким разрешением и контрастом, что позволяет выявлять даже самые мелкие изменения в тканях и органах; возможность изучения динамики процессов в организме, что важно для оценки эффективности лечения и прогнозирования развития заболеваний; метод не требует использования ионизирующего излучения, что делает его безопасным для пациентов и дает возможность применения у детей и беременных, так как он не оказывает негативного воздействия на организм.

У данного метода широкий спектр применения: в онкологии - позволяет выявлять опухоли на ранних стадиях, оценивать их размер, форму и структуру, а также отслеживать динамику их развития; в неврологии - изучать структуру и функции головного мозга, выявлять очаги ишемии, кровоизлияния и другие патологические изменения; в кардиологии - исследовать состояние сердца и сосудов, выявлять атеросклеротические бляшки, тромбы и другие нарушения; в травматологии - выявлять переломы, вывихи, растяжения и другие травмы, оценивать их тяжесть и динамику заживления; в гинекологии - выявлять заболевания органов малого таза, такие как миома матки, эндометриоз, воспалительные процессы и другие.

Заключение: Использование парамагнитных или супрапарамагнитных меток при высокой детализации изображений значительно улучшает контрастность и разрешающую способность МРТ, что позволяет врачам более точно диагностировать различные заболевания и патологические состояния на ранних стадиях. Учитывая широкий спектр применения: МРТ с метками эффективно используется в различных отраслях медицины. Использование меток позволяет адаптировать МРТ - исследование под конкретные нужды пациента, улучшая точность диагностики и эффективность лечения. Метод считается безопасным и может применяться для различных групп пациентов, включая детей и беременных женщин. Однако стоит отметить, что применение меток не всегда необходимо и оправдано. Решение об их использовании принимает врач на основании клинической ситуации и целей исследования.

Оборнева О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИМЯ В КОНТЕКСТЕ ЛИНГВОКУЛЬТУР

В мире насчитывается тысячи языков и диалектов, на которых говорит население Земли. В национальных языках фиксируются все этапы исторического развития этноса. В них хранятся события социальной и духовной жизни народа и воплощается его уникальная культура.

Собственные имена народа, чей удельный вес превышает остальной словарный запас его языка, представляют собой особую систему знаков с выраженной подвижностью. Все ряды проприальной лексики аккумулируют и транслируют национально-культурную информацию. В значительной степени она сохраняется в антропонимах, отражающих разнообразные проявления языкового и культурного планов, таких как исторический, национально-этнический, социальный, религиозный, духовно-нравственный, идеологический, ментальный, прагматический и другие.

Собственные имена в полной мере подчиняются морфологии и синтаксису, но обладают значительным концептуальным потенциалом, проявляющимся в этнокультурной специфике. Оноимогенез раскрывает динамическую сущность онима и его связь с хронотопом культуры. В динамике этого процесса имена могут терять или приобретать новые свойства, становясь представителями онимной системы своей лингвокультуры.

Антропонимические системы разных языков никогда не совпадают. Именослов человеческого коллектива всегда подчиняется законам языка, с которым представители этого коллектива впитывают родную лингвокультуру. При освоении национального имени в памяти создается база данных, способствующая образованию национального стандарта имени. Встреча с незнакомым именем запускает в сознании воспринимающего индивида механизм рефлексивного узнавания его принадлежности к своему или чужому антропонимикону.

Благодаря межкультурным контактам имена людей легко «преодолевают языковой барьер» и проникают в другие этносы с сохранением своей внешней формы. Это свойство позволяет относить их к фонду интернациональной лексики.

Вместе с тем при вхождении в новую этнолингвистическую сферу антропонимы испытывают влияние лингвистических законов среды своего присутствия и, функционируя в ней, начинают процесс языковой адаптации и лингвокультурного перекодирования.

Интеграция «чужого» имени в систему национального культурного пространства происходит разными способами: заимствованием, калькированием, переименованием, лингвистической адаптацией. Продолжительность этого процесса зависит от многих факторов. Например, основатели концерна Warner Brothers Production при эмиграции в США преобразовали свои имена в созвучные узуальным американским. В других случаях, как в истории фамилии «Фонвизин», ассимиляция происходила в течение нескольких поколений. Иногда имена не вводятся в национальный антропонимный ряд, оставаясь «чужими».

Обухова М.Д., Чинарев В.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск
ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница» № 1, Челябинск

СПЕКТР КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Актуальность. Рассеянный склероз является хроническим демиелинизирующим заболеванием, поражающим ЦНС и затрагивающим молодое трудоспособное население. Клинико-психопатологическая симптоматика развивается у 76% пациентов в течении первых 5 лет от появления неврологической. В клинической картине таких пациентов симптомы обеих патологий переплетаются и могут носить искажённый характер, что требует повышенного внимания со стороны врачей и психологов.

Цель исследования: изучить спектр клинико-психопатологических коморбидных состояний при рассеянном склерозе.

Материалы и методы. В исследование были включены данные мета-анализов, представленных на интернет-ресурсах PubMed, PsychInfo, SCOPUS, посвященных клинико-психопатологической коморбидности рассеянного склероза. Были использованы статистические, клинико-психопатологический, психометрический методы.

Результаты. В выборку вошли 118 мета-анализов, представляющих описание различных видов психических расстройств, развившихся на фоне рассеянного склероза. Превалирующей формой коморбидного течения стали симптомы тревоги в структуре психических расстройств 63,4%, тревожные расстройства 31,7% и депрессии различной степени тяжести 50,1%. У пациентов с диагнозом, выставленным на протяжении пяти лет и более отмечалась тенденция к расстройствам шизофренического спектра 7,4% с превалирующей аффективно-бредовой симптоматикой. Острые психотические состояния с преобладанием галлюцинаторных переживаний были отмечены лишь в 2% случаях.

Выводы. Основу спектра клинико-психопатологических коморбидных состояний на фоне рассеянного склероза занимают тревожные и депрессивные расстройства различной степени выраженности. При этом важно отметить, что любая сопутствующая психотическая симптоматика негативно сказывается на неврологических проявлениях, ухудшая общее состояние пациента. Сопутствующая нозология накладывает отпечаток на симптоматику обоих заболеваний, видоизменяя проявления и течение рассеянного склероза, что требует комплексного подхода в лечении.

Одинабобоев М.Б., Бобомуродов М.А., Каримов Ш.О.

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орел

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ АРТРИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Введение. Гнойный коксит, или инфекционный (септический) артрит коленного сустава встречается достаточно редко и как правило ассоциирован с различными патологиями, сопровождающимися иммуносупрессивным статусом. По данным литературы, подавляющее большинство пациентов относится к группе молодого и среднего возраста, то есть, они являются потенциально трудоспособными. Вместе с этим, хирургическое лечение ассоциировано с снижением функционального статуса и инвалидизацией. Современные миниинвазивные процедуры используются ограниченно. Актуальность работы продиктована отсутствием систематизированных результатов ведения пациентов с применением минимальной инвазии при эвакуации септической жидкости у пациентов с инфекционным кокситом. Цель – сравнить результаты лечения инфекционного артрита методом артротомии и артроскопического диализа. Материалы и методы. Данное исследование является сравнительным, нерандомизированным, одноцентровым, ретроспективным. Оно выполнено на базе Орловской областной клинической больницы. Всего было отобрано 56 пациентов, которые соответствовали критериям. Критерии включения: подтвержденный инфекционный коксит посттравматической этиологии, молодой и средний возраст. Критерии исключения: сахарный диабет, инфекция протезированного тазобедренного сустава, сепсис, тяжелое общее состояние. 124 пациента были разделены на 2 группы. Группы были сопоставимы по половому составу и возрасту. Все пациенты проходили стандартное лечение, включающее рациональную антибиотикотерапию и местное лечение с помощью эвакуации экссудата, только в группе исследования она обеспечивалась серийным игольным артроцентезом (проводился ежедневно в постели больного) (45 человек, 20 мужчин и 25 женщин, средний возраст $34,56 \pm 5,41$ лет), в группе контроля был артротомический доступ и открытый лаваж, обеспеченный двумя дренажными катетерами (79 человек, 34 мужчин и 45 женщин, средний возраст $37,6 \pm 7,61$ лет). Использовали непараметрические методы статистики. Сравнение непрерывных переменных между двумя несвязанными группами проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Также применяли многофакторный анализ MANOVA. Результаты. Не было статистически значимых отличий в продолжительности госпитализации ($P > 0,05$) и динамике СРБ ($P > 0,05$), СОЭ ($P > 0,05$), уровне лейкоцитов ($P > 0,05$). Не было различий в частоте развития остеомиелита (15,24 против 11,3% при $p > 0,05$). При проведении многофакторного анализа (MANOVA) было выявлено что функциональная реабилитация в группе игольной аспирации позитивно повлияла на мышечную силу более 4 баллов (отношение шансов : 6,6, ДИ 0,95 [1-30,1], $p\text{-value} = 0,05$), Результат по шкале PROM выше 90,1% (отношение шансов : 3,5, ДИ 0,95 [0,03-5,0] , $p\text{-value} = 0,01$). Заключение. При отсутствии статистически значимых отличий в продолжительности санации в группе, где использовался серийный игольный артроцентез, функциональные результаты были лучше.

Олейник В.С., Давыдова Е.В., Давыдова А.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ВИБРАЦИИ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У МУЖЧИН

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД) заболевание со сложным многофакторным патогенезом. Распространённость СД имеет неуклонный рост из года в год. Большую важность имеет ранняя диагностика данного заболевания и его осложнений, которые в свою очередь делятся на микро и макрососудистые с поражением крупных артерий и вен, приводящее к нарушению кровообращения в органах и тканях. Кардиоваскулярную патологию принято считать следствием длительного течения СД. Изучается роль, разнообразных экзогенных и эндогенных факторов, способствующих прогрессированию СД, а также его осложнений. Особое значение имеет образ жизни, особенно условия труда, наши пациенты имели длительный стаж в условиях производственной вибрации (ПВ). Наблюдались с установленным диагнозом вибрационная болезнь (ВБ)

Материалы и методы. Осмотрены 1705 мужчин с СД 2 типа. Сравнивали две группы. Первая группа (СД, n = 124) пациенты, не имеющие контакта с вредными производственными факторами, вторая группа (СДВБ, n=141) имеющие длительный контакт в условиях производственной вибрации в среднем 21 [15; 31] год. Отличий по возрасту в группах сравнения не было. Средний возраст составил СД 58 [50; 65] VS СДВБ 59[48.9; 67], p=0.539. Продолжительность заболевания СД в группах сравнения составила, СД 19 [12.70; 28] VS СДВБ 16.1 [10.8; 27.1] p=0,106. Определены биохимические параметры уровней HbA1c, триглицеридов, общего холестерина, уровень общего тестостерона (Т), глобулина связывающего половые гормоны (ГСПГ). В сравнении групп учли гипертоническую болезнь (ГБ) по стадиям и стадиям, а так же хроническую сердечную недостаточность (ХСН) ф.к. по NYHA

Результаты. Получены статистически значимые отличия в группах сравнения по показателям гликированного гемоглобина HbA1c: СД - 7.21 [6.05;9.63] VS СДВБ 9.7 [7,98; 11,1], p<0.001. Общий холестерин в группах СД 5.4 [4.45; 6,31] VS СДВБ 6,32 [4.90; 8.45], p<0.001. Уровень триглицеридов в группах СД 1.80 [1.21; 3.15] VS СДВБ 4.81 [2.09; 7.33], p<0.001, что подтверждало провоцирующую роль ПВ в формировании дислипидемии и гиперлипидемии. Во время исследования выявили гипогонадизм. Уровень общего тестостерона в группах СД 15.9 [11.8; 24.1] нмоль/л VS СДВБ - 8.21 [5.66; 15.1] нмоль/л ,p <0.001; глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ) СД 26.1 [19.8; 32.3] нмоль/л VS СДВБ 36 [25.7; 42.1] нмоль/л , p= 0.004. От общей и локальной вибрации выявлена высокая распространенность андрогенодефицита. У больных СДВБ в сочетании с андрогенодефицитом определяется повышенная распространенность ожирения, стойкой ГБ и ХСН. В группе пациентов СДВБ выявлены достоверные нарушения гликемического, липидного, андрогенного статуса, которые расцениваются как факторы риска кардиоренальных осложнений СД и прогностически неблагоприятным течением данного заболевания. Распространенность гипертонической болезни у пациентов СДВБ была достоверно выше и составляла 80% VS гр.СД 48,9%, p<0.001. В группе СДВБ диагностировалась ГБ второй, третьей стадии и второй, третьей степени, ХСН преимущественно II, III ф.к. по NYHA. Длительный контакт в условиях производственной вибрацией провоцирует каскад патогенетических процессов при СД.

Заключение: У пациентов с СД, длительно стажированных в условиях ПВ, получены:

1. достоверно худшие показатели липидного, гликемического, андрогенного статуса;
2. достоверно наиболее высокая распространенность ХСН и ГБ

Онищенко Е.В., Денисов В.К., Давыдова Т.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕГИОНАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Цель. Анализ информированности различных групп населения ДНР о состоянии трансплантационной помощи и ее влияние на доступность в регионе.

Материалы и методы. Проведен анализ региональных СМИ и социальных медиа ресурсов, комментарийной активности пользователей по ключевым словам: «трансплантация органов», «пересадка органов», «ДНР», «медицина» за период 2023-2024 г.г. Проведено тестирование 553 студентов 6 курса ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького МЗ ДНР, проходивших обучение на кафедре «Трансплантологии и клинической лабораторной диагностики» в 2023-2024 г.г., по вопросам наличия и объема трансплантационной помощи в Республике, определения показаний к пересадке органов и маршрутизации пациентов, донорства органов, законодательном регулировании трансплантации.

Результаты. Анализ региональных СМИ и социальных медиа показал, что тема трансплантации в Донецкой Народной Республике фактически не освещается: выявлено 7 публикаций, которые носили нейтральную тональность и не позволяли получить какую-либо информацию о наличии и доступности данного вида медицинской помощи жителям Республики. Так, в марте текущего года в ряде региональных телеграм-каналов, в частности «Типичный Донецк» (577 тыс. подписчиков), зафиксирована публикация о том, что трансплантационная помощь для жителей новых регионов ранее не была доступна, но после их вхождения в состав Российской Федерации люди получили возможность бесплатного лечения в ведущих лечебных учреждениях страны. При этом трансплантация почки в Донецком трансплантационном центре выполняется с апреля 1986 года по настоящее время, за это период выполнено 750 трансплантаций почек (518 – от посмертных доноров и 232 от родственных доноров), в том числе 44 детям. Анализ комментарийной активности под данной публикацией демонстрирует невысокую вовлеченность пользователей в тему. Комментаторы, в большинстве своем, с недоверием восприняли данную новость.

Тестирование исходного уровня знаний студентов 6 курса показало, что определить показания для трансплантации могут 69% опрошенных, при этом только 34% знают о возможности обследования потенциальных реципиентов и последующего выполнения трансплантации почки в Трансплантационном центре ГБУ ДНР «РКБ имени М.И. Калинина», которая является одной из основных клинических баз медицинского университета, где студенты уже проходили обучение на кафедрах терапии, хирургии, урологии. Необходимо отметить, что трансплантация почки составляет 70-75 % от всех выполняемых трансплантаций во всем мире, в том числе Российской Федерации.

Источники получения донорских органов (родственные или «посмертные» доноры) правильно понимают 54% тестируемых. Определить круг потенциально возможных родственных доноров могут лишь 17%. Правовую позицию установления смерти человека на основании «смерти мозга» смогли обосновать 13% опрошенных студентов-медиков 6 курса.

Анализ результатов работы Трансплантационного центра в период 2014-2023 годов выявил позднее обращение и необходимость urgentного начала диализного лечения у 100% поступивших на лечение пациентов, что связано с неправильной тактикой диспансеризации и лечения этой категории пациентов по месту жительства, отсутствием информации у пациентов и врачей о возможности получения данного вида медицинской помощи в ДНР

Выводы. Информационный вакуум в вопросе оказания, возможностей и результатов трансплантационной помощи в регионе оказывает резко негативное влияние на ее доступность. Необходим комплексный подход в решении данной проблемы: привлечение СМИ, некоммер-

ческих организаций, регионарных лидеров общественного мнения к объективному освещению темы с целью формирования правильного отношения к трансплантации, популяризации успешно проведенных операций и историй жизни реципиентов с пересаженными органами. Есть потребность в расширении программы преподавания трансплантологии в медицинских ВУЗах для всех студентов, а не только медицинского и лечебного факультетов и введении основ трансплантологии в медицинских училищах и колледжах.

Онищенко Е.В., Денисов В.К., Давыдова Т.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСМЕРТНОГО ОРГАННОГО ДОНОРСТВА

Трансплантологическая помощь в г. Донецке оказывается с 1986 года, когда впервые, после получения официального разрешения Министерства здравоохранения СССР, была выполнена трансплантация почки в Областной клинической больнице им. М.И. Калинина (ныне «Республиканская клиническая больница им.М.И. Калинина»). После принятия 4 октября 2022 года Донецкой Народной Республики в Российскую Федерацию на государственном уровне была поставлена задача приведения региональной службы трансплантации органов в соответствие с основами этой помощи в Российской Федерации. С целью совершенствования знаний и навыков в новом законодательном и организационном пространстве сотрудники трансплантационного центра в 2024 году прошли подготовку в НМИЦ ТИО им. академика В.И. Шумакова по программе «Донорство в трансплантологии», во время которой имели возможность в реальных условиях на рабочем месте в Московском координационном центре органного донорства Департамента здравоохранения города Москвы участвовать во всех видах его деятельности: организация службы, просветительская работа, идентификация, обследование, кондиционирование донора, выполнение забора органов. Сравнительный анализ работы донорской службы позволил выявить региональные проблемы в ДНР и определить пути их решения.

1. Отсутствие нормативных актов регионального уровня.

Пути решения: в период гармонизации законодательства ДНР с общероссийскими нормами принятие региональных подзаконных актов - приказы МЗ ДНР по утверждению перечня баз забора донорских органов, алгоритма взаимодействия между лечебными учреждениями при оповещении о наличии потенциальных доноров, установки диагноза смерти мозга, транспортировки органов.

2. Недостаточный образовательный уровень медицинских работников в сфере трансплантации.

Пути решения: обучение – это главная стратегия для решения проблем донорства и трансплантации органов. Необходимо расширение образовательных программ по специальности «трансплантология» как в «высших», так и средне специальных медицинских учебных заведениях.

3. Отсутствие унифицированных стандартов оказания медицинской помощи.

Пути решения: введение «стандартов» оказания медицинской помощи, что не допускает изменение тактики лечения «по собственному мнению врача», в частности, после установления диагноза «смерти мозга» продолжение полноценного лечения, сокрытие информации от родственников и трансплантационных координаторов.

4. Недостаток информации о донорстве в региональном информационном пространстве.

Пути решения: проведение широких дискуссий о биоэтических аспектах трансплантации, привлечение мнения экспертов, лидеров общественно мнения, пациентов, которым была осуществлена пересадка органов, а также общественности; данный пункт требует поддержки на уровне региональных органов законодательной и исполнительной власти.

Выводы. Вопрос донорства в трансплантации органов является одним из самых сложных в современном обществе и медицине. Его решение возможно только при совместных усилиях государства, медицинских работников, образовательных учреждений и специалистов в области массовой коммуникации.

Орлов К.А., Масенко В.В., Шевченко В.В., Максименко О.Л., Бубликова А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МИННО-ВЗРЫВНУЮ ТРАВМУ

Актуальность. Минно-взрывная травма (МВТ) является одной из актуальных проблем в области неврологии и нейрохирургии, особенно в условиях локальных конфликтов и войн. Пациенты, которые перенесли такие травмы, часто сталкиваются с неврологическими и нейропсихологическими осложнениями, которые могут существенно ухудшить качество жизни и затруднить реабилитацию. Изучение клинико-неврологических особенностей позволит не только улучшить результаты терапии, но и разработать эффективные реабилитационные программы.

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические особенности у пациентов, перенесших МВТ.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимало участие 50 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом: «Минно-взрывная травма», которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении №1 ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина» в период с 2023 по 2024 гг. Всем пациентам был проведен Для оценки неврологического статуса использовались стандартизированные шкалы, включая шкалу оценки сознания по Глазго (GCS), шкалы для оценки двигательных и сенсорных нарушений, а также методики для определения когнитивных расстройств, такие как шкала MMSE. Дополнительно проводился сбор данных анамнеза и оценка психологического статуса с использованием шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для статистической обработки результатов использовались описательные методы, а также применение корреляционного анализа для выявления взаимосвязей между клинико-неврологическими проявлениями и потенциальными предрасполагающими факторами.

Результаты исследования. По данным анкетирования среди 50 пациентов, перенесших минно-взрывную травму (МВТ), были выделены три группы в зависимости от клинического состояния и выраженности неврологических нарушений: в 1 группе 30% респондентов не имели значительных жалоб и диагностики, указывающих на неврологические расстройства. Эти пациенты демонстрировали быстрое восстановление и хорошую адаптацию к повседневной жизни; 2 группа: 50% опрошенных отмечали наличие легких или умеренных неврологических симптомов, таких как головные боли, легкие когнитивные расстройства и общая слабость. Из них 20% респондентов указывали на выраженные симптомы, которые значительно влияли на их качество жизни. В 3 группе 20% пациентов страдали от тяжелых неврологических нарушений, таких как эпилептические припадки, стойкие когнитивные расстройства и выраженные двигательные дефициты. Эти пациенты часто нуждались в длительной реабилитации и наблюдении у специалистов – неврологов и психиатров.

Также было установлено, что 40% пациентов из 2 и 3 групп проходили медикаментозное лечение, включая противовоспалительные, антидепрессанты и ноотропные препараты. Кроме того, 15% респондентов использовали немедикаментозные методы для улучшения своего состояния, такие как физиотерапия, психотерапия и занятия спортом.

Выводы. Данные исследования подтверждают наличие значительной зависимости клинико-неврологических нарушений у пациентов, перенесших минно-взрывную травму, от тяжести полученной травмы и наличия сопутствующих заболеваний. Учитывая высокую распространенность неврологических нарушений и их влияние на качество жизни, необходимо внедрение комплексного подхода в диагностике и лечении таких состояний. Это включает как медикаментозную терапию, так и активное использование реабилитационных мероприятий. Рекомендуется своевременно обращаться за медицинской помощью для предотвращения развития тяжелых неврологических заболеваний и улучшения функционального состояния пациентов.

Османов Э.А., Власенко С.В., Непейново М.В., Лёвин Г.В.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП В УСЛОВИЯХ БАЛЬНЕОГРЯЗЕВОГО КУРОРТА

Целью исследования стало оценка эффективности применения специализированного велотренажера в комплексном санаторно-курортном лечении больных с детским церебральным параличом в ранний период после снятия гипсовых повязок.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 детей больных детским церебральным параличом, которым проводилось этапное гипсование ног с целью устранения контрактур в суставах нижних конечностей. Занятия на велотренажере осуществлялись ежедневно 2-3 часа в течение 30 дней в виде самостоятельной езды по открытому пространству, на фоне проводимого комплекса традиционной реабилитации. Занятия на тренажере проводились после процедур, направленных на снижение мышечного тонуса (пеллоидо-, талассо-, гидрокинезотерапии в термально-минеральном бассейне, песочных ванн). Контрольную группу составили 14 больных.

Конструктивными особенностями данного велотренажера являются следующие характеристики:

1. Единственный велотренажер, адаптированный для больных с тяжелой неврологической патологией. Учитывает возможность езды по открытому пространству детям, которые не могут самостоятельно передвигаться или передвигаются только на коляске.

2. Велотренажер разработан с учетом различных нейроортопедических синдромов: регулируемое по высоте приспособление для закрепления спины позволяет удерживать туловище детей с наиболее тяжелой степенью поражения, редуцировать патологический стереотип наклона головы вниз, выработать самостоятельный контроль над окружающим пространством, что способствует развитию пространственных представлений, межполушарного взаимодействия, стимулирует затылочные отделы мозга.

Конструкция педалей предупреждает надавливание стопой в эквинусном положении. Это способствует снижению спастичности подошвенных сгибателей голени, нормализует реципрокные отношения. Изменение уровня нагрузок на мышцы позволяет разрабатывать индивидуальную программу с учетом настоящего нейроортопедического статуса и корректировать ее по мере развития ребенка. Специально разработанные рукоятки рулевой планки позволяют закрепить руки ребенка, что способствует развитию цилиндрического и щипкового схвата предметов, развитию стереогноза и двумерно-пространственного чувства, стимулирует тем самым теменно-височные отделы мозга.

4. Возможность переоборудовать в стационарный домашний велотренажер, что позволяет продолжить родителям дома целенаправленную работу с ребенком, не связывает их с необходимостью постоянного нахождения в специализированных учреждениях, предотвращает развитие синдрома «госпитализма» у детей, способствует более полноценной социальной адаптации.

Результаты. Клинически, положительная динамика более выражена у больных, занимавшихся на специализированном велотренажере. Дети начали самостоятельно передвигаться раньше на 7-10 дней в сравнении с контрольной группой, что позволило повысить эффективность лечебной физкультуры и переориентировать инструктора на проведение упражнений, вырабатывающих правильный стереотип ходьбы и более сложные движения. Ранний период после снятия гипсовых повязок проходил без болевого синдрома, на психологически позитивном фоне.

Таким образом, положительный результат в биомеханике ходьбы, достигаемый методом этапного гипсования и последующими занятиями на велотренажере, на фоне подавления патологической афферентации на центральные структуры мозга, уменьшения влияния патологических тонических рефлексов, позволяет значительно оптимизировать весь комплекс реабилитации. Положительная динамика пространственных представлений по результатам нейропсихологических тестирований позволяет сделать вывод, что происходит постепенное восстановление межполушарного взаимодействия за счет образования новых функциональных связей. Использование на курорте всех возможных реабилитационных комплексов в грамотном, научно доказанном сочетании значительно повышает важность данного этапа реабилитации.

Османов Э.А., Власенко С.В., Непейново М.В., Лёвин Г.В.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЦП С ЯВЛЕНИЯМИ САРКОПЕНИИ

Актуальность. Двигательные нарушения у больных со спастическими формами ДЦП являются одним из ведущих патологическим синдромом, препятствующим полноценной социализации пациента. Существующие многочисленные методы восстановительного лечения в настоящее время не учитывают наличие возможных патологических изменений в мышечных тканях. Соответственно эффективность проводимой реабилитации снижается.

Целью настоящего исследования стало формирование реабилитационной программы восстановительного санаторно-курортного лечения больных ДЦП с явлениями спастической миопатии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 больных ДЦП с формой спастическая диплегия (основная группа, ОГ). В результате проведенного обследования (УЗ исследование мышц, ЭМГ) всем пациентам было диагностированы явления «спастической миопатии». На основании полученных данных пациентам ОГ была сформирована программа реабилитации. Контрольную группу (КГ) составили 45 пациентов с аналогичными проявлениями в мышечных тканях конечностей, проходивших стандартный курс лечения.

Результаты. Учитывая наличие структурных изменений в мышцах конечностей пациентам ОГ была сформирована программа санаторно-курортной реабилитации, которая включала методы, улучшающие трофику и микроциркуляцию в мышцах конечностей (гидрокинезотерапия, пеллоидотерапия, лазеротерапия и др.). Были исключены методы снижающие спастичность, такие как ботулинотерапия, стимулирующие мышцы (электростимуляция, занятия на тренажерах). При наличии стойких ограничений движений были проведены малоинвазивные хирургические вмешательства. Пациентам КГ назначалась стандартная терапия, в том числе проводилась ботулинотерапия, этапное гипсование. Больные занимались на тренажерах, различных костюмах, осуществлялась электростимуляция мышц.

В результате проведенного лечения у пациентов ОГ отмечались стойкие положительные изменения в виде восстановления объема пассивных движений в конечностях, увеличения мышечной силы, появления активных движений. Динамика в КГ была менее значительна: ожидаемого снижения мышечного тонуса не произошло, объем активных движений остался ограниченным, изменения в двигательных возможностях ребенка не произошло.

Выводы. При формировании программы двигательной реабилитации необходимо учитывать наличие явлений «спастической миопатии». Методы санаторно-курортного лечения должны стимулировать улучшение микроциркуляции тканей, их регенерацию.

Остренко В.В., Папков В.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

В последнее время наметилась серьезная тенденция традиционного перевода лекционной формы обучения в вузах в дистанционный режим, а подготовка студентов вузов к инновационной деятельности является актуальной проблемой образовательной системы, требующей использования современных технологий обучения.

Цель работы – определить эффективность использования онлайн формата в учебном процессе вузов и перспективы дальнейшего развития дистанционного обучения.

Материалы и методы исследования научная литература, интернет-источники, обработка и обобщение полученной информации.

Результаты исследования. Проблемы подготовки студентов в вузах широко обсуждаются как в Российской Федерации, так и в зарубежных странах, поскольку современный выпускник должен быть готов к широкой инновационной деятельности в условиях XXI века. В последних поколениях стандартов многих вузов РФ заложена обязательная подготовка студентов к этому виду деятельности. Предполагается, что после окончания вуза специалист должен быть достаточно компетентным в широком спектре знаний. Специалист по проект-менеджменту с мировым именем Archibald D. Russell описал требования, которые любой топ-менеджер должен предъявлять к членам команды, работающей над управлением проектом, чтобы добиться максимальных выгод от внедрения. Которые должны способствовать формированию качеств конкурентоспособности команды и развитию сотрудничества в эпоху Интернета. Он отметил успешную работу виртуальных команд, которые теперь имеют возможность вести совместную работу в режиме реального времени независимо от географического положения, которая обусловлена возможностью использования дешевых онлайн-систем аудио, видео и цифровых телекоммуникаций. В мире наиболее используемыми – методы обучения в команде на основе личного опыта, они должны способствовать воспитанию молодых людей, способных генерировать идеи для решения профессиональных задач. Будущие инженеры, функциональные руководители и специалисты должны обладать широкими знаниями, учитывать возможное влияние продукции на экологию страны и всего мира в целом, и уметь минимизировать риски. В настоящее время элементы этих методов обучения используются во многих ведущих вузах нашей страны с при применении интерактивных форм обучения в учебном процессе. Чаще всего интерактивная форма реализуется в рамках различных дисциплин в виде деловых или ролевых игр.

Островский И.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ-ПЕДИАТРОВ

Вследствие обострения военной ситуации в 2022 году возникла проблема обеспечения безопасности процесса обучения студентов в стенах университета. В этих условиях было принято решение о переходе на дистанционное обучение. Следует отметить, что информационная обучающая среда (ИОС) была подготовлена ранее в виде интерактивных лекций, методуказаний, тестов и клинических задач на каждое занятие, а также создана база тестов и задач на каждый модульный контроль.

Информация разделена по дисциплинам, преподающимся на кафедрах. Внутри каждой дисциплины размещены календарные планы с датами прохождения той или иной темы для каждой группы, списки литературы, методические указания на каждое занятие и иллюстративный материал в виде видеофильмов, созданных на кафедре по изучаемой теме. Также представлены полные тексты лекций, которые ранее читались очно.

Общение преподавателя со студентами организовано путем внедрения вебинаров – общение в интернете группами в рамках этой же ИОС. Студентам также предоставлена возможность общаться с преподавателями не только на вебинарах, но и по почте и телефону. На вебинарах разбираются ошибки студентов допущенные при решении тестов и задач по пройденному материалу, обсуждается новый материал, оценивается подготовка студентов по теме занятия.

Отметка за занятие носит интегративный характер и учитывает ответы студента на вебинаре, решение тестов и ситуационных задач. Отметки по тестам в виде процента правильных ответов выставляются автоматически, решение ситуационной задачи оценивается преподавателем.

ИОС позволяет студентам получать необходимые знания по всем дисциплинам, однако лишена возможности очного общения студентов с преподавателями, и, главное, не имеет возможности живого общения с детьми и родителями, в процессе которого отрабатываются навыки сбора анамнеза, физикального осмотра, ведения истории болезни, оценка динамики состояния больных и т.д.

Как оказалось, иногда проблематично мотивировать некоторых студентов перед вебинаром проработать лекционный материал – интерактивные и плановые лекции. Вторая проблема дистанционного обучения – отучить студентов искать в интернете ответы на вопросы в задачах и вопросы преподавателя на вебинаре и просто копировать ответ. Зачастую поисковик выдаёт материалы для родителей и в студенческих ответах появляются фразы типа «Вызвать педиатра». Подобное цитирование наказывается соответствующей отметкой.

Конечно, на предыдущих курсах на пропедевтической педиатрии студенты отрабатывали навыки обследования на тренажёрах, а навыки общения частично приобретаются в период летней производственной практики в больницах по месту жительства.

Государственная итоговая аттестация проводится очно. Также очно на манекенах студенты тестируются по практическим навыкам на первичной аккредитации в аккредитационном центре. Подавляющее большинство студентов справляются с этим с первого раза.

Естественно, работа на тренажерах не может полностью заменить пациента, но в условиях крайней необходимости даже в медицинском ВУЗе подобное обучение может успешно применяться.

Островский И.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА НА ДЕБЮТ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА

10 лет проживания в условиях гражданской войны не могли не сказаться на здоровье населения, в том числе детей и подростков. Для выяснения этого влияния была проведена оценка динамики клинических симптомов ряда хронических заболеваний детского возраста, в частности, язвенной болезни (ЯБ), воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), бронхиальной астмы (БА), сахарного диабета (СД), а также геморрагического васкулита (ГВ)

Анализ историй болезни детей с ЯБ не выявил негативного влияния длительного стресса на характер течения заболевания. Напротив, сегодняшние пациенты реже жалуются на ночные боли, отрыжку и изжогу. Реже встречаются сопутствующие дуоденогастральный рефлюкс, билиарная дисфункция, колит и дисплазия соединительной ткани. Естественно, что современные методы лечения ЯБ более эффективны, чем 35 лет назад (по нашим данным, в два раза), что вполне объясняет положительную динамику клинических данных и нивелирует влияние стресса. В настоящее время значительно чаще встречается отягощенная наследственность по ЯБ у детей.

Основные тенденции в развитии симптомов и проявлений (ВЗК) у детей также остаются примерно однозначными.

В частности, анализ клинических особенностей течения язвенного колита и болезни Крона не выявил существенных различий в динамике большинства клинических симптомов. Лихорадка, потеря веса, гемоколит, учащенный стул, диарея, боли в животе, геморрой, анальные трещины, свищи, внекишечные проявления (стоматит, артрит, узловатая эритема, увеит) продолжают оставаться значимыми как для диагностики, так и для контроля эффективности лечения.

Иная картина наблюдается при дебюте СД. В настоящее время дебют диабета протекает тяжелее, чем 10 лет назад: значительно увеличился процент детей с низким индексом массы тела, значительно больше детей проходит через отделение интенсивной терапии, уровень глюкозы при поступлении и максимальный в стационаре выше. Длительность лечения больше, доза инсулина при выписке – больше.

При этом сократился период от появления жалоб до обращения к врачу и от обращения к врачу до госпитализации, что свидетельствует о росте грамотности как родителей, так и врачей первичного звена.

Заболеваемость БА в последние годы неуклонно снижается. Однако возраст дебюта (БА) за последние 5 лет увеличился вдвое (с 4 до 8 лет). Количество пациентов, госпитализированных в экстренном порядке, также увеличилось вдвое.

Из позитивных моментов следует отметить, что количество несвоевременных направлений в поликлинику для диагностики сократилось в два раза, что подтверждает рост грамотности врачей-педиатров.

Лейкоцитоз и повышение СОЭ при поступлении у детей с ГВ нынче в 2 раза чаще встречаются, чем 10 лет назад. Отсутствие лейкоцитоза при выписке в 2023 году позволяет говорить об улучшении качества лечения. Но при этом обнаружилось побочное действие современных препаратов – лейкопения при выписке.

Таким образом, ряд заболеваний (БА, СД, ГВ) у детей в условиях хронического стресса возникают и протекают тяжелее, чем 10 лет назад. В то время ряд заболеваний органов пищеварения (ЯБ, ВЗК) оказались устойчивыми к воздействию хронического стресса.

Островский И.М., Крылов Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЗА 10 ЛЕТ УХУДИЛОСЬ ТЕЧЕНИЕ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ ДОНБАССА

Рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) у детей – доказанное явление. Однако, со временем меняется не только количественная характеристика болезни, но и ее клиника.

10 лет военных действий в Донбассе – это хронический стресс для взрослых и детей.

Цель: оценить характера дебюта СД на фоне хронического стресса за 10 лет.

Материал и методы. Изучены данные 32 историй болезни детей с впервые выявленным СД, лечившихся в областной детской больнице в 2012 г. и 27 историй Республиканской детской клинической больницы за 2023 год.

Использовали стандартные статистические методы. Показатель перцентилей индекса массы тела (ИМТ) определяли помощью калькулятора на сайте «Справочник MSD». Показатель от 5 до 85 расценивали как нормальный, менее 5 – как сниженный, от 85 до 95 – как избыточный вес, 95 и более – как ожирение.

Результаты и обсуждение. В выборку за 2012 год вошли истории с декабря 2011 г. по октябрь 2012 г. За это время поступили 32 ребенка, в среднем 3,2 случая за месяц.

Мальчиков было 19, девочек – 13. Соотношение 1,5:1.

У 28 пациентов определили ИМТ и его процентильные значения. У 21 ребенка (75%) он оказался нормальным. У 3 был снижен (10,7%). Выше нормы - у 4 (14,4%), все в степени «ожирение». Период от появления жалоб до обращения к врачу составил от 2 дней до 6 месяцев, в среднем 4½ недели. Сроки госпитализации после обращения к врачу составили от 1 до 21 дня, в среднем, 4 дня. Только 18 детей (69,2±9,23%) были госпитализированы в первые сутки.

10 детей (33,3±8,61%) прошли через отделение реанимации, где находились, в среднем, 1,9 дня. Уровень глюкозы в крови при поступлении, в среднем, 13,3 ммоль/л. Максимальный уровень глюкозы в стационаре, в среднем, 14,9 ммоль/л. Средняя доза инсулина при выписке - 0,61 Ед/кг. Длительность лечения, в среднем, 16 дней.

В выборку за 2023 год вошли 27 историй болезни детей, госпитализированных в период с 9 января по 5 мая. В среднем, 6,8 случаев в месяц, в два раза больше, чем в 2012 году. Но в 2012 году также работало и городское профильное отделение, которое закрыто из-за обстрелов, что и привело к увеличению нагрузки на А заболеваемость увеличилась с 1,5 в 2012 году до 1,6 на 10000 в 2023.

Соотношение мальчики/девочки не изменилось: 1,55:1.

ИМТ оказался нормальным у 16 детей (59,3%), превышал норму у 4 (14,8%). У 7 человек (25,9%) был ниже нормы. Показатели ИМТ свидетельствуют об ухудшении ситуации с массой тела – больных с дефицитом стало значительно больше.

Период от появления жалоб до обращения к врачу, в среднем, 3 недели. После обращения к врачу сроки госпитализации составили от 1 до 6 дней, в среднем, 2 дня. В первые сутки госпитализировано 25 детей (92,6 ±5,14%, $p < 0,05$). Эти показатели в сравнение с 2013 годом выглядят более положительно.

В 2023 году заметно увеличилась тяжесть дебюта – через ОРИТ прошло 21 из 27 детей (77,8±8,15%, $p < 0,001$), длительность лечения в реанимации, в среднем - 2,2 дня.

Уровень глюкозы в крови при поступлении, в среднем, 16,2 ммоль/л, больше, чем в 2013 году. Максимальный уровень глюкозы в стационаре, в среднем, 19,4 ммоль/л. Доза инсулина при выписке, в среднем, 0,7 Ед/кг. Если в 2012 году выше 1 Ед/кг инсулин был назначен только двоим, то в 2023 году такая доза потребовалась для шестерых. Длительность лечения - 18,8 дня, что тоже больше, чем ранее.

Выводы

1. Дебют СД сейчас протекает тяжелее (увеличился процент детей с низким ИМТ, достоверно больше детей проходит через ОРИТ, уровень глюкозы при поступлении и максимальный в стационаре выше, длительность лечения дольше, доза инсулина – больше).

2. Сократился период от появления жалоб до обращения к врачу и от обращения до госпитализации, что свидетельствует о росте грамотности родителей и врачей.

Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н., Прокофьева Т.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

Актуальность. Среди прочих повреждений, травмы лица имеют ряд особенностей, сопряженных с психологической травмой, особенно у пациентов женского пола, и поэтому этап устранения посттравматических деформаций или дефектов имеет крайне важное значение для успешного, полноценного лечения с восстановлением не только функции, но и формы.

Цель. Изучить возможности применения индивидуального эндопротеза-имплантата для устранения посттравматических деформации средней трети лица.

Материалы и методы. Пациентка П., 23 года, в момент ДТП получила удар средней зоны лица. Была госпитализирована с диагнозом: Открытая черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга средней степени тяжести. Открытый многооскольчатый перелом лобной кости, верхней челюсти по Ле-Фор-2 слева и Ле-Фор-3 справа, открытый перелом нижней челюсти. Прооперирована (I этап): металоостеосинтез костей лба, верхней и нижней челюстей титановыми мини-пластинами. При поступлении пациентки для восстановительного этапа, произведена повторная спиральная томография черепа с объемной 3D реконструкцией изображения. Результаты: вдавленная седловидная деформация и многооскольчатый перелом костей носа. Тактически была определена необходимость восстановительной операции с применением индивидуального эндопротеза. Была получена виртуальная трехмерная модель лицевой кости пациентки в файле формата STL, проведен анализ 3D модели мягких тканей и изготовлялась их модель. При помощи программных модулей восстановлена форма мягких тканей носа, которая соответствовала фотографии пациентки в STL-формате до получения травмы. На виртуальную модель костного дефекта нанесена восстановленная костная структура носа, согласно контурам мягких тканей, была изготовлена пресс-форма посредством технологии 3D печати. Верхняя основа пресс-формы была изготовлена из ABS пластика, нижняя - из PLA пластика. При помощи пресс-формы изготовлена индивидуальная реконструктивная пластина, которая полностью соответствовала утраченной части спинки носа и представляла собой опору для мягких тканей. Для определения хирургической тактики процесса установки имплантата, на 3D принтере был изготовлен физический прототип черепа пациентки из ABS-пластика и смоделирован процесс их совмещения. По заранее спланированной тактике было проведено оперативное лечение.

Результаты исследования. Общее состояние пациентки нормализовалось на 4-е сутки после операции. Швы сняты на 11-е сутки. Заживление раны первичным натяжением, На 14-е сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение. Косметический и функциональный результат удовлетворительный. Восстановлены форма и размеры носа, контуры спинки, увеличился объем активных дыхательных движений. На контрольном КТ-исследовании наблюдалось точное восстановление анатомической формы и размеров носа эндопротезом из титана. Через 6 месяцев произведен контрольный осмотр. Результаты удовлетворительные.

Выводы. Мы считаем, что применение индивидуальных эндопротезов из титана для устранения посттравматических деформаций средней трети лица является хорошим альтернативным методом многоэтапного реконструктивно-восстановительного оперативного лечения, что позволяет полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные возможности, и добиваться хорошего косметического эффекта.

Павлович Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХАРАКТЕР ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ АЦЕТАТА КАЛЬЦИЯ

Рядом авторов отмечено влияние неблагоприятных факторов окружающей среды на кроветворную функцию теплокровного организма. Изменения в составе периферической крови обнаруживаются при воздействии многих токсических веществ и физических факторов на фоне преимущественного поражения других систем и органов. Эти изменения, вероятнее всего, обусловлены не столько нарушениями в системе крови, сколько общерегуляторными расстройствами, происходящими в организме под влиянием неблагоприятного фактора.

Исходя из этого, при изучении биологического действия уксуснокислого кальция на теплокровный организм при хроническом (3 месяца) круглосуточном ингаляционном поступлении в малых концентрациях, мы сочли необходимым исследовать динамику изменений гематологических показателей у экспериментальных белых крыс. Кровь у животных отбирали из бедренной вены под общим эфирным наркозом. О состоянии периферической крови в организме опытных и контрольных животных судили по содержанию в ней эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов. Кроме того, анализировали лейкоцитарную формулу. При этом подсчитывалось количество палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, базофилов, лимфоцитов, эозинофилов и моноцитов.

При определении содержания гемоглобина и эритроцитов в крови белых крыс, вдыхавших аэрозоль ацетата кальция в течение трех месяцев в концентрации $0,476 \pm 0,018$ мг/м³ получены результаты, указывающие на угнетение эритропоэза к концу второго месяца экспозиции. Следует отметить, что эта тенденция сохранялась и на всем протяжении третьего месяца эксперимента, когда содержание эритроцитов в крови животных данной группы статистически значимо снизилось и составляло $3,217 \pm 0,125$ против $3,967 \pm 0,133 \cdot 10^{12}$ /л в контроле. Количество гемоглобина и эритроцитов в крови двух других основных групп (концентрации уксуснокислого кальция в затравочных камерах соответственно $0,117 \pm 0,004$ мг/м³ и $0,049 \pm 0,002$ мг/м³) существенно не отличались от контрольных величин на протяжении всего периода ингаляционного воздействия ксенобиотика.

Кроме того, в нашем эксперименте зафиксировано достоверное повышение количества лейкоцитов крови в первой и второй группах животных по окончании месячного периода затравки ($8,61 \pm 0,55$ и $9,33 \pm 0,42$ против $5,63 \pm 0,26 \cdot 10^9$ /л в контроле). Однако уже в конце второго месяца экспозиции число белых кровяных телец в периферической крови экспериментальных животных первой группы нормализовалось и не отличалось от контрольных показателей до конца опыта. В третьей экспериментальной группе на протяжении трех месяцев поступления ксенобиотика содержание форменных элементов крови не отличалось от контрольных величин.

Результаты исследования качественного состава белой крови экспериментальных животных, свидетельствовали о незначительных изменениях лейкоцитарной формулы. Так, у белых крыс первой опытной группы наблюдалось достоверное по сравнению с контролем увеличение количества палочкоядерных форм нейтрофилов во второй половине эксперимента и рост числа эозинофилов по окончании месячного срока затравки. Причем эозинофилия при данном уровне токсического агента наблюдалась вплоть до окончания периода ингаляции.

Считаем, что гематологические изменения, возникающие в ответ на токсическое ингаляционное круглосуточное воздействие ксенобиотика, отражают реакции кроветворных органов на различных стадиях общего адаптационного синдрома при воздействии токсического агента.

Панасенко К.В., Ермилова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСКУРСИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Одной из самых важных целей изучения иностранных языков считается приобщение к другой культуре и участие в диалоге культур. Данная цель достигается путем формирования у студентов способностей к межкультурной коммуникации, т.е. приобретение необходимого уровня коммуникативной компетенции.

Понятие коммуникативной компетенции – многоаспектно и содержит ряд так называемых субкомпетенций. Среди них как самую весомую следует выделить дискурсивную компетенцию. Эта компетенция позволяет не только интерпретировать и анализировать дискурсы, но и создавать их в соответствии с конкретными целями и аудиториями.

В современной теории методики недостаточно внимания уделено понятию «дискурс», его роли в обучающем процессе и его обучающему потенциалу.

По своей сути дискурс диалогичен. Однако не следует смешивать диалогичность дискурса с диалогом, как формой, которая допускает обмен репликами, диалогичность означает адресность. Дискурс не репрезентует реальность, а активно конструирует ее, т. е. устанавливает диалогические отношения между адресатом и адресантом.

В системе обучения иностранным языкам дискурс следует рассматривать как сложное коммуникативное явление, которое, кроме текста, содержит также экстралингвистические факторы, которые необходимы для изучения текста. В дискурсе реализуются коммуникативные компетенции адресата к определенному адресанту, представителя другой культуры, в контексте конкретной коммуникативной ситуации, которые выражены соответствующими вербальными и невербальными средствами. При этом адекватность речевого поведения участников общения оценивается успехом речевого взаимодействия, т.е. достижением коммуникативной цели, а также соответствием правилам речевого и не речевого поведения в данном культурном сообществе.

Следовательно, дискурс является не только продуктом речевой деятельности, но и процессом его образования, который определяется внеязыковыми условиями, т.е. коммуникативным контекстом и условиями общения.

Выше обозначенное позволяет прийти к выводу: тот, кто изучает иностранный язык, не должен заучивать тексты как образцы речевой реализации определенного содержания/темы, вместо этого создавать воспринимать дискурсы, руководствуясь коммуникативной целью и ситуацией общения.

В свою очередь, слушатель, которому адресуется речь, также должен сориентироваться в ситуации и определить коммуникативную интенцию адресата. Только в таком случае произойдет полноценный акт общения. Очевидно, что для осуществления таких коммуникативных действий требуется высокий уровень речевых умений, который достигается в рамках целенаправленной методики обучения процессу образования и восприятия дискурсов, что соответственно обеспечивает формирование дискурсивной компетенции.

К основным положениям, которые являются составляющими основы формирования дискурсивной компетенции, следует отнести четыре, а именно:

1. Дискурс должен занимать ведущее место в системе обучения межкультурной компетенции;
2. Процессу бучения речи (устной и письменной) должен предшествовать отбор типов дискурсов, которые отвечают целям обучения в конкретном учебном заведении;
3. Знакомство с конкретным дискурсом должно происходить путем его аудиовизуального представления (демонстрация фильмов, слайдов, фотографий, аудио диалогов и т.д.);
4. Обучение процессу образования/восприятия дискурса должно включать в себя три этапа: ознакомление, тренировка, практика общения.

Реализация вышеобозначенных положений обеспечивается определенной системой обучения, состав которой рассматривается в рамках заявленного доклада

Панин Е.Н.

ООО «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «XXI ВЕК»

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СУБАКРОМИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

Цель: оценить степень PROM и AROM у пациентов с субакромиальным болевым синдромом в процессе физической реабилитации с применением специальных упражнения на ротационную манжету плеча.

Материалы и методы: проанализированы 24 истории физического восстановления пациентов с субакромиальным болевым синдромом, средний возраст пациентов составил 42 года. Исследуемые были разделены на две равные группы по 12 человек в каждой:

1 группа – пациенты использующие стандартные упражнения на сгибание, разгибание и отведение плеча;

2 группа - пациенты использующие специальные упражнения на ротационную манжету плеча.

В первой группе лечебная гимнастика включала пассивные упражнения, направленные на увеличение амплитуды движений плеча, сочетающиеся с широко-амплитудными махами, смешанными висами, упорами, занятиями с предметами (гимнастическими палками, мячами и т.п.). Во второй группе применялись упражнения на ротационную манжету плеча с гантелями до 3 кг, эластичными резинками, направленные на внутреннюю, внешнюю, верхнюю и нижнюю ротацию плеча.

При оценке эффективности применялся метод гониометрии и визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты: у обеих групп отмечалось ограничение в пассивном (PROM), и активном (AROM) движении плечевого сустава, с ярко выраженным болевым синдромом 6-7 баллов по ВАШ. После проведенного курса восстановительной реабилитации в течении 6 тренировочных занятий и 6 самостоятельных занятий в домашних условиях, у пациентов первой группы AROM увеличилась в среднем на 34.5%, PROM на 44.2%, боль снизилась до 3-4 баллов по ВАШ. Во второй группе AROM увеличилась в среднем на 65.2%, PROM на 61.6%, боль снизилась до 2-х баллов по ВАШ.

Выводы: таким образом, применение специальных упражнений на ротационную манжету плеча у пациентов с субакромиальным болевым синдромом демонстрирует высокую значимость в процессе их восстановительного лечения, увеличения активной и пассивной амплитуды движения сустава, и уменьшения боли.

Панов И.О., Зыкина Л.А., Максименко О.Л., Антонова Л.Н

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗВИТИЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19

Актуальность. Коронавирусная инфекция COVID – 19 продолжает для медицины оставаться задачей со многими неизвестными. Нередко, после неё диагностируется астенический синдром, характеризующийся повышенной утомляемостью, общей слабостью, снижением настроения, нарушением сна и когнитивными нарушениями.

Цель. Выяснить причину возникновения астенического синдрома после перенесенного вируса COVID-19.

Материалы и методы. Анализ зарубежных и отечественных данных за 2020-2023 гг.

Результаты. Причиной возникновения астении после перенесенной коронавирусной инфекции является первично нейротропное воздействие вируса на нервные клетки, развитие гипоксии, аутоимунные реакции с микроглиальной активацией и дисфункция эндотелия. Вирус попадает в организм человека через обонятельные пути в лимбические отделы головного мозга, отвечающие за вегетативную функцию. Именно этим можно объяснить развитие многих когнитивных расстройств после COVID-19.

Согласно данным ВОЗ (всемирной организации здравоохранения) клиническая картина постковидной астении выглядит так: расстройство сна, мышечная слабость даже после непродолжительной физической нагрузки, снижение настроения, праксис (проблемы с выполнением целенаправленных произвольных движений) и частые головные боли.

Исходя из научной справки Всемирной организации здравоохранения опубликованной 2 марта 2022 года, за первый год пандемии COVID-19 распространенность ангедонии выросла на 23% . Данное состояние нельзя оставлять без внимания, т.к оно может стать прочным фундаментом для постепенного развития множества серьёзных соматических и психических нарушений.

Вывод.

Причиной развития астенического синдрома после перенесенного вируса COVID-19 является нейротропное воздействие вируса на нервные клетки, развитие гипоксии, аутоимунные реакции с микроглиальной активацией и дисфункция эндотелия. Очень важно вовремя обнаружить данное патологическое состояние у пациента, дабы предотвратить развитие тяжёлых психических нарушений.

Панфилова В.В., Лисанова С.В., Дондик Т.О., Кабанец А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Актуальность. На протяжении последних 10 лет отмечается рост патологии кроветворной системы, в том числе и апластической анемией. Апластическая анемия считается редким, но тяжелым заболеванием кроветворной системы, которое приводит к летальному исходу. В правильной постановке диагноза большое значение имеют клинические, иммунологические, биохимические и цитогенетические методы исследования. Лабораторные исследования являются приоритетом для постановки диагноза и плана лечения.

Цель. Определить ведущие лабораторные признаки апластической анемии для выбора дальнейшей тактики лечения и определения показаний к трансплантации стволовыми кроветворными клетками (ТСКК).

Методы. Исследование общеклинического анализа крови на гематологическом анализаторе, метод окраски по Паппенгейму, исследование костного мозга стерильного пунктата и гистологии.

Результаты. Наиболее существенным лабораторным признаком проявлением апластической анемии является панцитопения (трехростковая цитопения). Для таких пациентов характерна лейкопения за счет гранулоцитопении с относительным лимфоцитозом и тромбоцитопения.

На основании выраженности тромбо- и гранулоцитопении, апластическая анемия подразделяется на 3 степени тяжести: - умеренную (тромбоцитов более 20,0 Г/л, гранулоцитов более 0,5 Г/л, выраженное снижение клеточности костного мозга); - тяжелую (тромбоцитов менее 20,0 Г/л, гранулоцитов менее 0,5 Г/л, ретикулоцитов менее 1%, количество миелоидных клеток в костном мозге менее 30% от нормы); - очень тяжелую (тромбоцитов менее 20,0 Г/л, гранулоцитов менее 0,2 Г/л, «опустошение» костного мозга, мегакарициты не выявляются).

Для исследования костного мозга используют стерильный пунктат, в котором отмечается снижение общей клеточности костного мозга (уменьшение миелокариоцитов) менее 40 Г/л (норма 45-250 Г/л). Наблюдается выраженное сокращение элементов эритроидного и гранулоцитарного ряда и значительная редукция мегакариоцитарного ряда миелопоэза. В некоторых случаях мегакарициты в пунктате полностью могут отсутствовать.

При апластических анемиях не всегда удается получить полноценный стерильный пунктат (в случае попадания иглы в склерозированный участок). В этих случаях прибегают к гистологическому исследованию костного мозга.

Гистологическое исследование костного мозга из крыла подвздошной кости (трепанобиопсия) является основным методом верификации диагноза апластической анемии. В костном мозге наблюдается увеличение количества жировых клеток и уменьшение количества гемопоэтических клеток до 20-30%. В трепанобиоптате могут быть представлены лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги и тучные клетки, однако мегакарициты всегда отсутствуют. Количество ретикулоцитов резко снижено вплоть до отсутствия. В целом наблюдается общая гипоклеточность костного мозга.

У всех пациентов с впервые выявленной апластической анемией должно быть проведено HLA (Human Leucocyte Antigens) типирование с целью поиска потенциального донора.

Заключение. Апластическая анемия имеет относительно неблагоприятный прогноз. Продолжительность жизни больных определяется степенью нарушения функции костного мозга. Однако при своевременном проведении аллогенной трансплантации костного мозга, есть шанс полного восстановления нормального кроветворения и увеличения срока жизни.

Папкина А.В., Швороб Д.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Грибовидный микоз (ГМ) – наиболее распространенная форма кожной Т-клеточной лимфомы. Это диагноз исключения, основанный на дерматоскопических и гистологических данных обследования. Клинические проявления характеризуются стадийным течением, появлением эритем, бляшек и узлов, сопровождаемых чувством зуда. Микроскопически определяется скудный субэпидермальный лимфоцитарный инфильтрат, наличие внутриэпидермальных лимфоцитов, обладающих фенотипом зрелых Т-клеток и формирующих микроабсцессы Потрие, а также непропорциональный инфильтрации спонгиоз эпидермиса. На ранних этапах ГМ гистологически трудно отличим от более распространенных воспалительных дерматитов (спонгиозных, псориазоподобных и лихеноидных заболеваний), а также реакций на лекарственные вещества и кожной диссеминацией периферической Т-клеточной лимфомы, поэтому определение дифференциальных признаков ГМ является актуальной проблемой в дерматовенерологии.

При классическом варианте, ГМ протекает стадийно и делится на три клинических стадии, в зависимости от преобладания элементов сыпи: пятнистая (эритематозная), бляшечная и опухолевая (узловая). Эритематозная форма ГМ требует дифференциальной диагностики с псориазом, отрубевидным лишаем и генерализованным атопическим дерматитом. Последний характеризуется экзоцитозом лимфоцитов пропорционально степени спонгиоза в эпидермисе, а также наличием эозинофилов в инфильтрате. При отрубевидном лишае, помимо субэпидермального лимфоидного инфильтрата, наблюдается выраженный акантоз, очаговый акантолиз, орто- и паракератоз, наличие коллоидных телец. Псориаз характеризуется расширением и извитостью сосудов в сосочковом слое дермы, истончением зернистого слоя эпидермиса и наличием нейтрофильных микроабсцессов в роговом слое. При бляшковидной форме ГМ требуется исключить поверхностный, лихеноидный или спонгиозный дерматит, вторичный сифилис, реакцию на лекарственные препараты и диссеминацию периферического Т-клеточного лейкоза. Последние два состояния исключаются при тщательном сборе анамнеза заболевания, а также учетом диагностических данных в динамике. Поверхностный дерматит характеризуется более выраженной вакуольной дистрофией и некрозом эпидермиса, а лихеноидный – наличием коллоидных телец в шиповатом слое. При спонгиозном дерматите наблюдается пропорциональный спонгиоз и экзоцитоз лимфоцитов, а также гиперплазия клеток Лангерганса. Опухолевая форма ГМ требует дифференциальной диагностики с лимфоматоидным папулезом и другими, более редкими Т-клеточными лимфомами кожи.

Большая разновидность кожных лимфом создает дополнительные трудности в диагностике ГМ. Результаты иммуногистохимического исследования неспецифичны и зачастую полезно в исключении других лимфом, нежели в подтверждении диагноза ГМ. Наиболее часто наблюдается фенотип зрелых Т-лимфоцитов: CD45RO+, TCR β+, CD2+, CD3+, CD4+, CD5+, CD7+. Потеря экспрессии CD2 или CD5 также характерна для ГМ и способствует исключить воспалительные дерматиты, такие как экзема и псориаз. Дифференциальная диагностика с первичной кожной агрессивной эпидермотропной CD8+ цитотоксической Т-клеточной лимфомой заключается в обнаружении некроза в бляшковидной сыпи, наличием выраженного инфильтрата из крупных CD8+ лимфоцитов в эпидермисе и практически полное отсутствие микроабсцессов. Первичная кожная гамма-дельта-Т-клеточная лимфома также характеризуется изъязвлением бляшек, однако гистологически обнаруживаются инфильтраты из TCR γ+ лимфоцитов. При первичной кожной анапластической крупноклеточной лимфоме определяется диффузная экспрессия CD30+ лимфоцитов. Аналогичная гистологическая картина наблюдается и при лимфоматоидной папулезе, однако, клинически, заболевание характеризуется рецидивирующим течением с самопроизвольным разрешением папулонодулярных элементов.

Как итог, клиническая диагностика ГМ трудновыполнима из-за неспецифичности элементов сыпи, схожести их с целым рядом дерматологических и онкогематологических заболеваний. Вариантом выбора диагностического исследования является биопсия кожи с последующим иммуногистохимическим анализом лимфоидного инфильтрата, однако отсутствие специфических маркеров требует от дерматовенеролога подробного описания клинической картины и анамнеза заболевания.

Папков В.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГЛОТТОГЕНЕЗ В КОНТЕКСТЕ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКОЙ РЕЧИ И КАРТЕЗИАНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ (ЛИНГВИСТИКИ)

Содержание категорий субстанций Р. Декарта нуждается в радикальном уточнении и современной модернизации. Через интерпретацию протяженности и *cogito* посредством понятий аллоцентрической и эгоцентрической навигаций, понимаемых максимально близко к парадигмам Н.А. Бернштейна и Б.М. Величковского, значительно упрощается дальнейшая аналитика антропогенеза и глоттогенеза, структур субъектности и сознания. В филогенезе у биологического вида *homo sapiens* локализация когнитивных операторов в центральной нервной системе (ЦНС) формируется иерархически, когда в более старых формациях гиппокампа и энторинальной коры локализуется когнитивный оператор аллоцентрической навигации, а в новейших формациях лобной и постцентральных участках коры – когнитивный оператор эгоцентрической навигации. Эти центры навигации являются автономными относительно друг друга, реализуя параллельно свои собственные навигационные задачи, располагаясь при этом на разных иерархических этажах ЦНС (Папков В.Е., 2023). Эта иерархическая схема навигаторов *homo sapiens*, тождественная структуре локомоторных коррекций А.Н. Бернштейна, в исторической части филогенеза человечества и онтогенезе индивидуального исторического человека сменяется на латерализованную гетерархию в парадигме Б.М. Величковского (Папков В.Е., 2023), с формированием латерализованной функциональной межполушарной асимметрии специфически человеческого типа, что определяет, в итоге, гендерно-навигационную структуру личности человеческого исторического индивидуума (Папков В.Е., 2023). Межполушарная латерализация навигационных систем далее прогрессирует или с доминированием аллоцентрического агенса, локализующегося преимущественно в правом полушарии головного мозга, или эгоцентрического субъекта, локализующегося преимущественно в левом полушарии, обуславливая последующую семиотическую гендерную дифференциацию (Папков В.Е., 2023), с формированием из этих индивидуумов коллективной атрибутивной личности (Папков В.Е., 2023). Глоттогенез фундирован на когерентности двух навигаций, которые у *homo sapiens sapiens* оказались в состоянии конфликтной интерференции (Папков В.Е., 2023). Ближайшей моделью глоттогенеза есть феномен аутокоммуникации эгоцентрической речи. А иллюстративной моделью может служить архетипическая фигура Трикстера (Вакджункаги), у которого оба агента навигации находятся в состоянии интермодальной конкуренции и реальной борьбы. Иначе говоря, речь идет о модели глоттогенеза, как экстрацеребральной коммуникативности индивидуума человека (Папков В.Е., 2023). Пановым Е.Н. обоснован методологический парадокс глоттогенеза относительно преадаптации языка человека (протоязыка), заключающийся в невозможности преодоления «Рубикона Языка» системой коммуникации животных (СКЖ) путем дарвиновской эволюции. Позицию, преодолевающую парадокс «Рубикона Языка», мы обосновываем фундируясь на семиотических парадигмах Ю.М. Лотмана и У. Эко об интеллекте, фундированном на семиотической двух кодовой структуре коммуникации, отличной от однокодовой СКЖ, для чего необходимо при моделировании глоттогенеза увеличить до двух (не менее двух) количество кодов (агентов) коммуникации вместо одного в СКЖ (Папков В.Е., 2023). Однако двухкодовую парадигму коммуникации нельзя непосредственно реализовать между агентами навигации двух индивидуумов одного вида, поскольку, именно, в силу видовой общности они обладают и одинаковым кодом. Представляется вероятным преодолеть этот «запрет» способом, в котором эту коммуникативную двухкодовую семиотику возможно представить в виде аутокоммуникации самого индивидуума по типу феномена эгоцентрической речи, где в результате общения агентов навигации происходит экстрацеребральная интеграция полушарий головного мозга человека. Межиндивидуумная же коммуникация в такой парадигме предстает осложнением феномена эгоцентрической речи – специфической фазы онтогенеза, свойственной только индивидуумам биологического вида *homo sapiens*.

Папков В.Е., Остренко В.В., Станина В.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецк

ЭТИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ АВТОМОДЕЛЬНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО РОСТА

Последние 100 лет наблюдается ускоряющееся увеличение распространенности расстройств аутистического спектра (РАС). Этиология и патогенез РАС обсуждается в рамках гипотезы множественного характера этиологических и патогенетических факторов, что обуславливает актуальность комплексного изучения данной патологии социализации детей. По данным Департамента служб развития Калифорнии (CDDDS) за последние 35 лет произошло увеличение распространенности РАС до 1,2% в 2012 году, относительно 0,05% в 1970 году. При этом у когорты родившихся в 1931 году, имелась распространенность только 0,001%. Увеличение же с 0,001 до 1,18% у родившихся в 2012 году происходило постепенно, начиная с 1940-х годов, в виде медленно восходящей кривой. Распространенность продолжала медленно увеличиваться и с 1940 по 1980 годы, когда возникла первая из нескольких точек изменения скорости роста, сначала в 1980, а затем в 1990 и 2007 годах, каждая из которых была связана с новым скачком темпов роста, когда скорость роста резко ускорилась. В итоге распространенность увеличилась с 1931 по 2012 годы рождений в 1000 раз, и в 25 раз с 1970 по 2012 годы рождений (CDDDS, 2021). Такого рода эпидемиологическая кривая РАС (CDDDS, 2021) относится к гиперболическим кривым, описываемых уравнениями квадратичного роста. При наложении ее на кривую графика эволюционной численности населения мира (С.П. Капица, 1999) в таком же временном и популяционном масштабе можно обнаружить ее обратную зависимость от кривой демографического роста человечества в периоде его обострения, что, в свою очередь, может связывать эти два процесса как автомодельных и обуславливающих эпидемиологическую ситуацию РАС. Понятие автомодельности (самоподобия) в математическом моделировании предполагает прежде всего уменьшения количества переменных функции, когда, к примеру, С.П. Капица (1999) вычисляет функцию прогнозируемого населения как квадрат населения в каком-то периоде умноженный на соответствующий коэффициент, фактически, подставляя в качестве аргумента очередное значение самой функции, что, собственно, и характеризует эти функции как самоподобные или автомодельные. Но, определяя функцию ускоряющегося увеличения распространенности РАС как автомодельную, следует также понимать, что эта ее особенность в некотором роде делает ее независимой от других переменных: как этиологических и патогенетических факторов, так и попыток справиться с этой эпидемией не учитывающих, что это не столько эпидемиологический в классическом понимании процесс, а имеющий демографическое и глобальное измерение.

Таким образом, определение функции распространенности РАС как автомодельной резко снижает предполагаемую множественность причин этой патологии социализации, сводя их к моно фактору психогигиенической природы. Что, в свою очередь, позволяет подтвердить наши выводы о семиотической природе РАС, сделанные в процессе изучения этой патологии социализации (Папков В.Е., 2023). А также рассмотреть формирование РАС как кодовую деградацию семиотической структуры языка и эгоцентрической речи, обусловленную утратой родительских компетенций институтом современной плюралистической семьи. Такое понимание природы эпидемиологии РАС как автомодельной и сопровождаемой гиперболическим ростом утраты родительских компетенций, позволяет отсутствие последних отнести к некоему латентному фактору аутизации, актуализируя в свою очередь решение проблемы раннего, желательно еще дородового скрининга и программ соответствующего превентивного обучения семей групп риска.

Папков В.Е., Станина В.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецк

О СКРИНИНГЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДЕРЖКИ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

В психиатрии раннего возраста (микрropsychиатрии) основой эпидемиологического мониторинга риска расстройств аутистического спектра (РАС) и задержки психо-речевого развития (ЗПР) является выявление их микроскопических признаков у младенцев. Из-за явной нехватки специалистов скрининг проводят родители, что имеет очевидные недостатки, поскольку: 1) отсутствует навык диагностики, с вероятностью не обнаружения микросимптомов; 2) микросимптомы могут отсутствовать в столь раннем возрасте; 3) полиморфизм РАС, недостаточно учитываемый при диагностике. В тоже время имеется понимание РАС как дизонтогенеза. А учитывая, что онтогенез требует наличия социальной среды, использующей систему языка с количеством семиотических кодов не менее двух, представляется прагматичным вместо привлечения родителей для выявления малозаметной стигматизации психики младенцев с «микросимптомами» и «предикторами психических заболеваний», исследовать саму семью и самих этих родителей как семиотическую систему. Семиотическая природа, как индивидуума, так и социума фундируется функциональной межполушарной асимметрией головного мозга (Ю.М. Лотман, 1990), а семиотическая кодовая система социальной коммуникации формируется у детей по типу процесса интериоризации (Л.С. Выготский, 1982), как производное группового интегративного профиля функциональной межполушарной асимметрии (ГИПФМА) семьи (Папков В.Е., 2021). Что, в свою очередь, позволяет сделать предположение о том, что развитие РАС у ребенка может проявляться в зависимости от типа ГИПФМА семьи как латентного фактора риска развития этих расстройств. На базе Донецкого республиканского клинического центра нейрореабилитации с целью выявления фактора риска развития РАС нами был апробирован метод нейропсихологического исследования, основанный на построении ГИПФМА (Папков В.Е., 2021, 2022, 2023). Данная методика направлена на изучение родительских отношений через анализ взаимодействия ансамбля отдельных латерализованных функций полушарий группы лиц, с использованием сырых баллов факторов выраженности (латерализации) функций каждого из полушарий каждого лица группы, с последующим формированием общего ГИПФМА (Папков В.Е., 2021, 2022, 2023). Для чего использовался опросник, с помощью которого определялись латеральные факторы индивидуальных профилей функциональной межполушарной асимметрии лиц, входящих в группу семьи (Папков В.Е., 2021, 2022, 2023). Усредненные значения сырых баллов факторов функциональной латерализации полушарий мужских и женских лиц использовались для формирования ГИПФМА с вычислением «% конвергенции ГИПФМА» (Папков В.Е., 2021, 2022, 2023): «% конвергенции» = $(1 - (M_Л + Ж_П) / (M_П + Ж_Л)) \times 100\%$, где $M_Л$ – «фактор мужского левого полушария», $M_П$ – «фактор мужского правого полушария», $Ж_Л$ – «фактор женского левого полушария», $Ж_П$ – «фактор женского правого полушария». Данная тестовая методика была применена для обследования членов семей детей с РАС с целью выявления латентного фактора формирования РАС. В обработке данных использовался пакет стандартных статистических программ. По фактору «% конвергенция» выявлено достаточно значимое различие между основной и контрольной группами, что полностью соответствует рабочей гипотезе об основном факторе РАС как трансперсональном. Таким образом, выбор методики выявления латентного фактора развития у детей РАС должен определяться более ранней, по сути, еще на дородовом этапе, возможностью формирования групп риска семей по вероятному развитию у их семей РАС, а также ЗПР, с последующим проведением соответствующей психогигиенической коррекции, направленной на восстановление утраченных семиотических кодовых и родительских компетенций.

Папков В.Е., Станина В.М., Кравченко В.А., Трутаев Г.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецк

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИИ В КОНТЕКСТЕ ПАРАДИГМЫ АМБЬЕНТНЫХ И ФОКАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ЗРЕНИЯ

Описываемый клинический случай зрительной агнозии имеет определенную уникальность в связи пароксизмальным характером нарушения зрительного восприятия, а также его парциальностью. Представляется актуальным, вследствие необходимости разграничения офтальмологических, нейропсихологических аспектов нарушения зрительной функции, а также классификации последних, выбора стратегии и тактики лечения. От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая. Пациентка К., 18 лет, обратилась с жалобами на пароксизмальные нарушения зрительного восприятия, с фрагментацией целостной зрительной картины, распадающиеся на отдельные фрагменты во время ходьбы, процесса учебы, бытовой или профессиональной деятельности. Провоцирующиеся эмоциональным волнением либо зрительным восприятием небезразличных предметов (людей или вещей), нахождением в незнакомых местах. При этом приступы практически отсутствуют при письме, рисовании, когнитивной деятельности. В момент приступа возникает выраженный симметричный нистагм обоих глаз. В анамнезе «перинатальное поражение ЦНС», приступы начались в дошкольный период, прогрессирующая миопия. Диагноз: «амблиопия». На ЭЭГ: доминирует альфа-ритм, на втором месте – тета-ритм, без выраженной асимметрии, пароксизмальной активности не выявлено, «диффузные неспецифические изменения». Полагаем, что моторный нистагм может возникать из-за переходящих нарушений в зрительных путях, затрудняющих медленное слежение за объектом, что вызывает компенсаторные толчкообразные или маятникообразные движения глаз, имеющие вторичный характер. Пароксизм преимущественно затрагивает систему зрительного восприятия «что» или «кто» («фокальное зрение»). Амбьентные и фокальные зрительные фиксации были обнаружены в серии прикладных исследований по заказу автомобильного автоконцерна BMW (Velichkovsky et al., 2002), напоминающие разделение двух потоков переработки зрительной информации на дорсальную систему, определяющую пространственную локализацию, и на вентральную систему, идентифицирующую объекты («кто», «что»). Эти наблюдения также связывают с латерализацией механизмов локальной и глобальной обработки зрительной информации в левом и правом полушариях (Mills et al., 2017). Сдвиг от амбьентного к фокальному режиму движений глаз совпадает со сдвигом преимущественного потребления энергии от правого к левому полушарию. Это указывает на правополушарную природу ранней, амбьентной фазы восприятия сложных изображений. Данная идея методологии исследования мозговых механизмов амбьентного и фокального режимов зрения состояла в модификации нейрофизиологической парадигмы, связанной с событиями измерения, чтобы можно было рассматривать отдельные зрительные фиксации в качестве «событий», а не физические стимулы (Velichkovsky, 2022). Амбьентные фиксации сопровождаются активацией структур дорсального потока, а фокальные фиксации коррелируют с активацией вентральных отделов задней коры. Активированные структуры дорсального потока обнаруживают правостороннюю латерализацию, а структуры вентрального потока расположены главным образом, хотя не исключительно, в левом полушарии (Velichkovsky, 2022). Фокальное восприятие играет центральную роль в процессе внимания, позволяя индивиду сосредоточиться на конкретных объектах или событиях, что является важным для реализации сознательной деятельности (Леонтьев А.Н. 1975). В то же время, ощущение волевого усилия, возникающее при выполнении произвольных действий, демонстрирует, как чувственный опыт и когнитивные процессы взаимосвязаны и взаимодействуют между собой. Это подчеркивает важность понимания не только отдельных процессов восприятия, но и их интеграции в целостную структуру сознания и зрительного восприятия. Понимание того, как эмоциональные и когнитивные компоненты взаимодействуют в процессе формирования образов и действий, может иметь в данном случае практическое значение для терапии и нейропсихологической коррекции.

*Папков В.Е., Станина В.М., Христуленко А.А., Дзадзамия С.Д.,
Ларионов К.К., Боенко С.Д.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецк

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ РАСПРЕДЕЛЕННОГО МОЗГА – РАСПРЕДЕЛЕННАЯ СЕМИОТИКА НАВИГАЦИОННО-ГЕНДЕРНОЙ СИСТЕМЫ СЕМЬИ (К ПРОБЛЕМАТИКЕ ГЕНДЕРНОГО РАЗРЫВА)

Р. Сперри и М. Газзанига (1981), в экспериментах по рассечению мозолистого тела, выявили наличие альтернативных модусов личности и сознания в каждом из полушарий головного мозга. Были проведены исследования профилей функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) головного мозга у сотрудников областного управления Ворошиловградского (Луганского) КГБ СССР (Чуприков А.П., 1985), выявившие взаимозависимость профилей ФМА от занимаемого места в иерархии упомянутой организации и функциональных обязанностей сотрудников. В контексте данного подхода к ФМА следует упомянуть исследования группового асимметрично поведения животных, проведенных биологами (Гилёв А.Н., Каренина К.А., Малашичев Е.Б. 2011, 2013, 2019). Определенные обобщения в культурно-общественном распределении ФМА были сформулированы семиотиками, филологами и лингвистами Ю.М. Лотманом, Вяч. Вс. Ивановым, У. Эко, Р. Якобсоном и другими. Особого внимания заслуживают многочисленные исследования и наблюдения гендерной обусловленности ФМА. Тем не менее, за весь этот период (более 50 лет) в нейропсихологии и психологии отношение к профилю ФМА остается в узких рамках индивидуальных различий, что, в общем-то, противоречит всей логике предыдущего развития в данной области знаний. Нами был разработан метод нейропсихологического исследования группы связанных лиц: группового интегративного профиля функциональной межполушарной асимметрии (ГИПФМА), достоинством и инновационной новизной которого является выявление факторов межполушарного трансперсонального взаимодействия ряда лиц объединенных (какой-то деятельностью) в группу (коллектив) связанных лиц (Папков В.Е., 2020, 2023).. Можно полагать, что межличностные отношения в патриархальном браке позволяют реализовать более контрастные индивидуальные латеральные профили ФМА, взаимодополняющие друг друга. Выявление особенностей семиотико-лингвистических парадигм языков правого и левого полушария, а также определение их взаимного функционирования в интегративном межполушарном модусе сознания позволяет сделать предположение, что современное феноменологическое сознание сформировано в рамках многопоколенных традиций патриархальной семьи, когда происходит гендерное перераспределение ролей межполушарной специализации в соответствии с физиологическими ролями присущими каждому полу, как взаимодействие контрлатерально доминирующих ФМА. Пара лиц с противоположным доминированием ФМА является минимальной структурой интегративного феноменологического сознания, что соответствует брачным отношениям в семье традиционного типа. В рамках этой парадигмы следует говорить не только о гендере как эндокринно-соматическом факторе, фундированном генетической субстанцией индивида, но, прежде всего, как факторе, обусловленном специализацией ФМА. Гендерная специализация межполушарного взаимодействия позволяет разделить информационные потоки на сукцессивный и симультанный между двумя группами людей, увеличив тем самым скорость их специфической обработки, используя возможности рецессивных контрлатеральных полушарий для коммуникации и интеграции столь различных сознаний, каковыми являются симультанное сознания левополушарных мужчин с речевым строем, описываемым в терминах генеративной грамматики Н. Хомского и сукцессивное сознание правополушарных женщин, с речевым строем, описываемым в терминах грамматики Ч. Осгуда. Значение семиотической конвергенции в ГИПФМА семьи на микроуровне (нейропсихологии ФМА распределенного мозга семьи) соответствует на макроуровне индексам гендерного разрыва общественно-политического устройства, что позволяет интерпретировать их синонимично как явления, имеющие в основе семиотическую распределенную навигационно-гендерную гетерогенность, задаваемую наличными брачными структурами (К. Леви-Строс, 1949) и семейными структурами на основе менопаузы (Папков В.Е., 2023, 2024).

Парамонова Т.И., Карний С.В., Цатыньян К.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ГУМАНИТАРНЫХ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ МОРАЛЬНОЙ, ВЫСОКООБРАЗОВАННОЙ МЕДИЙНОЙ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОЙ ВОЙНЫ

Современные условия жизни и процесс обучения происходят в период международной гражданской войны, когда «информационное поле боя стало основным, а обычное поле боя – вспомогательным» (Р. Ищенко – руководитель медиагруппы «Россия сегодня»). Противостоять враждебным, деструктивным, демонстративным действиям политиков западных стран сможет только нравственная высокообразованная личность, обладающая критическим мышлением, а также правовой- и медиаграмотностью. Молодой специалист не только не должен быть сам вовлеченным в деструктивные субкультуры, но и оказывать психологическую и врачебную помощь людям, ставшим жертвами манипуляций (кураторы этих движений позиционируют себя как «друзья», а своих жертв на допросах называют «биомусором»).

Необходимость максимального использования учебных дисциплин в воспитательном процессе обусловлена загруженностью студентов. Исключительное положение в системе высшего медицинского образования занимает курс латинского языка и медицинской терминологии, поскольку имеет отношение к профильным и гуманитарным предметам. Сопоставление терминов латино-греческого происхождения в медицине и экономике, естественно-научной, музыкальной терминологии и медиалекте раскрывает широкие возможности для интеллектуального воспитания, целостного восприятия человеческого знания, умения устанавливать логические связи. Помимо этого, преподаватель знакомит студентов с историческим контекстом их происхождения.

Многие политические термины попадают в научный оборот тогда, когда сталкивается лексическое значение с социально-политическим явлением, например, слово «террор» (лат. *terror* «страх») как термин появилось во времена Великой Французской революции, по этой же причине словари указывают на фр. *terroriser* «устрашать». «Фашизм» (от лат. *fascia* «пучок, связка» в анатомии «фасция») подается как итальянское, т.к. фашизм зародился в Италии и словом «фаши» (ит. «отряд») называли в Италии боевиков-основателей фашизма. Словом «дуче» (ит. «предводитель», от лат. *dux, ducis* «вождь») итальянские политики не пользуются в значении «лидер», а только по отношению к титулу основателя фашизма Бенито Муссолини. Терроризм и экстремизм (от лат. *extremus* «крайний») по мнению ученых являются звеньями цепочки взаимосвязанных понятий для форм деструктивного поведения: радикализм-экстремизм-фанатизм-терроризм. Радикализм как использование крайних, коренных решений каких-либо вопросов получил свое название от лат. *radix* «корень», но точнее его объясняет наречие *radicaliter* «с корнем, совершенно, до конца, в зародыше». Происхождение термина «фанатизм» (крайняя преданность какой-либо идее, проявляющаяся в готовности жертвовать ради нее всем) словари иностранных слов дают как образованные от лат. *fanum* «жертвенник». А словарь В. Даля фанатизм называет «бесно святством», «изуверством», ложной, мстительной и жестокой верой, чему более соответствует лат. прилагательное *fanaticus* «исступленный, неистовый, безумный и даже одержимый бесом».

Эксперты выделяют профессионально-правовой радикализм юристов (и не только), который может являться причиной такого негативного явления как коррупция (от лат. *corruptio* «подкуп»), подрывающего экономическое развитие общества и государственные устои. Вызывает интерес происхождение названий таких видов коррупции как «контрабанда» (от ит. *contrabando* перевозить незаконно: *contra* «против» + *bando* «закон»); «кумовство» или «непотизм» (от лат. *nepos, otis* «племянник, внук»). Предположительно, малоизвестные слова «кмотр», «куепетра» (восприемник, крестный отец и мать, позднее «кум», «кума») восходят к латинским *commater, comper* из католического церковного права. Преподаватель обращает внимание студентов, что все виды коррупции являются уголовнонаказуемыми.

Парахина М.В., Клименко В.А., Коломийчук А.Б., Гусаренко С.С., Любочка А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк;
ГБУ «Центральная городская клиническая больница № 6 г. Донецка», Донецк

ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Введение. Холецистэктомия (ХЭ) по поводу острой хирургической патологии желчного пузыря занимает лидирующие позиции среди urgentных оперативных вмешательств. При этом спектр осложнений, возникающих при выполнении ХЭ, расширяется в контексте неполноценного сбора анамнестических данных пациента, неоправданного выбора лапароскопического способа ХЭ. Минимизировать вероятность возникновения интраоперационных осложнений (ИОО) при выполнении ХЭ возможно, систематизировав и проанализировав степень влияния факторов риска, осложняющих течение интраоперационного периода. Учет данных предикторов риска позволит предотвратить возможные технические сложности и выбрать оптимальную методику оперативного вмешательства, столкнувшись с анатомическими особенностями при проведении ХЭ.

Цель. Выявить факторы риска, приводящие к развитию интраоперационных осложнений ХЭ, учитывая паспортные и анамнестические данные пациента, результаты осмотра врача-анестезиолога в предоперационном периоде, протокола анестезиологического пособия.

Материалы и методы. Осуществлен ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов, находившихся на лечении с острой хирургической патологией желчного пузыря в хирургическом отделении Центральной Городской Клинической Больницы №6 города Донецка за период с 1 января 2022 г. по 31 декабря 2023 г. Во всех историях болезни были выбраны возможные факторы, способствующие возникновению интраоперационных осложнений: пол, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания, степень операционно-анестезиологического риска по В. А. Гологорскому, степень анестезиологического риска по шкале Американского Общества Анестезиологов ASA, методика оперативного вмешательства (открытый или лапароскопический способ).

Анализ заданных критериев проводился с применением программных пакетов IBM SPSS Statistics 20.0, Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel. В работе применялся метод логистической регрессии, позволяющий выявить факторы, влияющие на исход (наличие интраоперационных осложнений или их отсутствие). В качестве зависимой переменной выступала дихотомическая переменная методики оперативного вмешательства: наличие осложнений во время ХЭ = «1», их отсутствие = «0». Зависимыми переменными явились пол (женский = «1», мужской = «0»), сопутствующая патология (ее наличие = «1», отсутствие = «0»), осложнения основного заболевания (их наличие = «1», отсутствие = «0»), метод оперативного вмешательства (лапароскопический доступ = «1», открытый доступ = «0»), возраст пациента, а также классификации В. А. Гологорского и ASA (данные факторы обозначались, как переменные типа «Scale»). Выявление истинных предикторов осуществлялось с применением метода пошагового включения на основе максимального правдоподобия Forward LR.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения возникли в 8 случаях (9,20%), из них 5 случаев (62,5%) – трудноостанавливаемое массивное кровотечение вследствие повреждения крупных сосудистых компонентов треугольника Кало, 2 случая (25%) – повреждение структур желчевыводящих путей, 1 случай (12,5%) – перфорация желчного пузыря в процессе его выделения из ложа.

Установлено, что *p*-значение, показывающее статистически значимую связь между независимыми и зависимой (наличие или отсутствие интраоперационных осложнений) переменными, статистически значимо в следующих предикторах: наличие сопутствующей патологии ($p=0,009$), осложнений основного заболевания ($p=0,018$), степень операционно-анестезиологического риска по В. А. Гологорскому ($p=0,011$), степень анестезиологического риска по шкале ASA ($p=0,039$). Положительный во всех изучаемых факторах коэффициент Вальда свидетельствует о том, что чем выше операционно-анестезиологический риск (по

шкалам В. А. Гологорского и ASA), чем тяжелее сопутствующая патология и осложнения заболевания, тем вероятность возникновения интраоперационных осложнений выше. При этом возраст, пол пациента, методика оперативного вмешательства не являются значимыми факторами при развитии осложнений во время проведения ХЭ ($p > 0,05$).

Вывод. С помощью полученных данных наряду с лабораторными и инструментальными исследованиями для каждого конкретного случая хирург сможет выбрать оптимальный доступ и методику ХЭ, спрогнозировать ход оперативного вмешательства по удалению желчного пузыря.

Паршиков М.В., Чемянов И.Г., Подкосов О.Д., Орехова М.Д., Набатчиков Н.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С.П. Боткина» ДЗМ, Москва

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ДЕФЕКТОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Нами были проанализированы результаты лечения 60 пациентов с ранней инфекцией после остеосинтеза проксимального отдела большеберцовой кости с мягкоткаными дефектами. У всех пациентов срок после остеосинтеза составил от 2х недель до 1 месяца после операции. Средний возраст пациентов 37 лет (от 19 до 65 лет).

Во всех 60 случаях раневые дефекты не поддавались вторичному ушиванию, были применены реконструктивно-пластические методики замещения дефектов. Отмечено, раневые дефекты по внутренней поверхности проксимальной трети голени встречались – в 42 случаях из 60 (70%), по наружной поверхности – в 11 случаях из 60 (18%), по наружной и внутренней поверхностям – в 7 случаях из 60 (12%). В случаях изолированных дефектов по внутренней поверхности применялись методики с применением несвободной пластики суральным лоскутом на проксимальной питающей ножке. Нами отмечено, что отличный и хороший результат был достигнут во всех 42 случаях, признаков рецидива инфекционного процесса не отмечалось на протяжении 6 месяцев после операции, полное приживление лоскута и сохранение стабильного остеосинтеза.

При изолированных дефектах по наружной поверхности применялись методики несвободной пластики икроножным лоскутом на питающей ножке. Отмечено, что отличный и хороший результат был достигнут в 10 случаях из 11 (90%), признаков рецидива инфекционного процесса не отмечалось на протяжении 6 месяцев после операции, полное приживление лоскута и сохранение стабильного остеосинтеза. В 1 случае был зарегистрирован нестабильный остеосинтез и признаки несращения через 3 месяца после операции. Пациенту был выполнен реостеосинтез по Илизарову с удалением импланта. Несмотря на повторное вмешательство, лоскут зажил первично без признаков рецидива инфекционного процесса.

В случаях дефектов по внутренней и наружной поверхностям применялись методики с применением несвободной пластики икроножным лоскутом на питающей ножке, для замещения. В данных случаях импланты были сохранены. Нами отмечено, что отличный и хороший результат был достигнут во 39 случаях из 42 (92%), признаков рецидива инфекционного процесса не отмечалось на протяжении 6 месяцев после операции, полное приживление лоскута и сохранение стабильного остеосинтеза. В одном случае была зарегистрирована миграция одного из имплантов, поэтому данному пациенту выполнено удаление нестабильного импланта, фиксация АНФ бедро-голень. Признаков рецидива инфекционного процесса не выявлено, АНФ был снят через 2 месяца после операции. Через 6 месяцев после операции признаков рецидива инфекционного процесса не зарегистрировано. В одном случае был зарегистрирован рецидив инфекционного процесса, по поводу которого пациенту выполнена ревизия лоскута с радикальной санацией очага инфекции. Через 6 месяцев после операции рецидива инфекционного процесса не зарегистрировано. В одном случае был зарегистрирован нестабильный остеосинтез с признаками имплант-ассоциированного остеомиелита, по поводу чего пациенту выполнено удаление имплантов, резекция нежизнеспособных участков кости с установкой антибактериального блоковидного спейсера, реостеосинтез по Илизарову. Через 2 месяца после операции выполнено этапное оперативное лечение – удаление спейсера, монолокальный остеосинтез по Илизарову. Через 6 месяцев данных за рецидив инфекционного процесса не зарегистрировано.

При раннем инфекционном процессе целесообразно применять своевременные действия согласно алгоритму лечения данной патологии, однако в случаях наличия мягкотканых дефектов показан персонифицированный подход, так как необходимо не только сохранить стабильность остеосинтеза и импланта, но и обеспечить замещение недостатка мягких тканей. Применение различных методик несвободной пластики, показали себя эффективным способом лечения пациентов с ранним инфекционным процессом после остеосинтеза проксимального отдела большеберцовой кости с дефектами мягких тканей.

Пасечник М.С., Сташинова Е.А., Масенко В.В., Бубликова А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА АССОЦИИРОВАННАЯ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ GBA1 И СВЯЗАННОЙ С НЕЙ СИНУКЛЕИНОПАТИЕЙ

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – это хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, которое вызывает гибель дофаминергических нейронов черной субстанции и других отделов центральной нервной системы. Малоизученность этиологии и патогенеза БП диктует необходимость поиска новых механизмов развития данного заболевания. Одним из этиологических факторов БП является мутация в гене GBA1, которая ведет к синуклеинопатиям.

Цель исследования. Изучить особенности этиологии и патогенеза мутации гена GBA1, как генетического фактора развития БП.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ литературных источников за 2021-2024 гг.

Результаты и обсуждение. GBA1 кодирует выработку лизосомального фермента глюкоцереброзидазы (GCase), однако его мутация приводит к лизосомальной дисфункции, приводящая к образованию телец Леви из агрегатов α -синуклеина (α Syn). В норме α Syn обнаруживается в основном в черной субстанции (SN), коре и гиппокампе. Он регулирует везикулярный транспорт нейротрансмиттеров, в частности дофамина, в синаптическую щель. Существует 2 основных пути очистки α Syn: протеосомный и лизосомальный путь аутофагии (ALP). Протеосомы разрушают белки через убиквитин-протеасомную систему (UPS), которая является основным путем. ALP включает в себя 3 типа: макроаутофагия, микроаутофагия и шаперон-опосредованная аутофагия (CMA). В условиях агрегации α Syn способен блокировать протеосомный путь, поэтому разрушение идет по пути CMA, что предполагает компенсаторный характер. α Syn затрудняет транспортировку GCase из эндоплазматического ретикулума в лизосомы, нарушая процесс лизосомальной аутофагии, тем самым создавая «порочный круг». Предполагается, что данный белок имеет «прионоподобный» механизм распространения (передавая его от клетки к клетке), что способствует быстрому прогрессированию заболевания. Исследования α Syn показали значительную роль микроглии и астроцитов в патогенезе БП. Было обнаружено, что микроглия и астроциты имеют нейропротективный и нейротоксический фенотипы. α Syn способен активировать эти структуры и переводить их в нейротоксическую форму, тем самым создавая нейровоспалительную среду, в которой продуцируются провоспалительные цитокины и активные формы кислорода. Отмечается, что взаимодействие различных фенотипов микроглии и астроцитов между собой способствует взаимной активации/ингибированию нейровоспалительных/нейропротективных механизмов.

Выводы. Проведенный анализ литературных источников показывает, что одна мутация в гене GBA1 способна вызывать такой каскад реакций, приводящий к агрегации α Syn, тем самым вызывая лизосомальную дисфункцию и нарушая нормальную работу микроглии и астроцитов преобразуя их в нейровоспалительный фенотип. Исследования, направленные на изучение генной природы БП, помогут изучить патогенез и поспособствуют разработке генной терапии данного заболевания.

Пацкань С.И., Стрельченко Ю.И., Бакурова Е.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Цель. Сравнительное изучение активности тимидинкиназы, анаболической и катаболической активности тимидинфосфорилазы в сыворотке крови и тканях у пациентов с раком желудка до и во время лечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили ткани рака желудка и не-трансформированная слизистая оболочка резекционных краев 40 пациентов с верифицированным диагнозом T3NхM0 стадии, сыворотка крови 60 пациентов с раком желудка в возрасте от 36 до 60 лет. В качестве контроля использовалась сыворотка крови 60 условно здоровых лиц того же возраста, не имевших патологии гастродуоденальной зоны. Активность тимидинкиназы определяли стандартным методом, используя в качестве субстрата 14С-тимидин российского производства. Радиоактивность диэтиламиноэтилцеллюлозных бумажных дисков (DEAE-целлюлозные бумажные диски «Limbro», Великобритания) рассчитывали в сцинтилляционной жидкости SG-8 на биологическом сцинтилляционном счетчике (SBS-2). Активность тимидинкиназы выражалась в наномолях тимидинфосфата, образовавшихся за 1 час в пересчете на 1 мг сывороточного белка. Активность тимидинфосфорилазы определяли спектрофотометрически на SF-46 при 300 нм путем изменения оптической плотности тимиана в 0,01 нNaOH. Концентрацию белка определяли методом Лоури. Статистическую обработку результатов проводили с помощью параметрических и непараметрических методов программ пакета «MedStat».

Результаты исследования и обсуждение. При изучении активности ТЦ и ТФ в сыворотке крови здоровых людей и больных раком желудка разного возраста выявлено достоверное повышение активности тимидинкиназы в 1,5-2 раза у онкологических больных всех исследуемых возрастных групп. Активность катаболической тимидинфосфорилазы у пациентов в возрасте 36-45 лет практически не отличается от нормы, но в следующих возрастных группах она значительно снижается. Такие метаболические сдвиги у пациентов с раком желудка после 45 лет могут свидетельствовать о более интенсивном синтезе анаболической тимидинфосфорилазы и пролиферации ДНК и клеток.

При этом установлено, что через 3 дня после радикальной гастрэктомии активность тимидинкиназы снизилась в 1,85 раза (с $6,29 \pm 1,47$ до $3,40 \pm 0,58$ нмоль/ч•мг, $p < 0,01$) и увеличилась активность тимидинфосфорилазы в 1,6 раза (с $16,04 \pm 2,51$ до $39,48 \pm 3,44$ нмоль/мин•мг, $p < 0,01$). После паллиативного вмешательства активность тимидинкиназы снизилась в 2,79 раза (с $5,50 \pm 0,67$ до $1,97 \pm 0,20$ нмоль/ч•мг, $p < 0,001$), а катаболической тимидинфосфорилазы увеличился в 1,3 раза (с $9,04 \pm 1,05$ до $11,75 \pm 2,85$ нмоль/мин•мг, $p < 0,01$). Но в то же время абсолютная активность катаболической тимидинфосфорилазы была очень низкой, как до, так и после операции. Во время диагностической лапаротомии активность исследуемых ферментов существенно не изменялась. Сравнительный анализ данных показал, что более выраженные изменения ферментативной активности в послеоперационном периоде были выявлены при радикальном вмешательстве, что может быть связано с удалением всей опухоли из организма онкологического больного. Дополнительные коррективы были сделаны путем наблюдения за динамикой активности тимидинкиназы и катаболической тимидинфосфорилазы в течение последующих двух недель после операции.

Выводы. Изучение индивидуальных особенностей активности ферментов «экстренного пути синтеза» пиримидин-тимидилата–тимидинкиназы, анаболической и катаболической активности тимидинфосфорилазы, у пациентов с раком желудка в динамике может помочь в изучении индивидуальной эффективности препаратов группы фторпиримидинов, или различных путей их введения, а также для ранней диагностики рецидива. Динамика активности ферментов в сыворотке крови, в определенной степени, отражает активность опухолевого процесса и может быть использована для прогнозирования эффективности различных видов лечения онкологических больных.

Первак М.Б., Момот Н.В., Усов В.Ю., Шаталов А.Д., Атаманова Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина», Новосибирск

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Ранения грудной клетки и повреждения органов грудной полости (ОГП) относятся к наиболее частым и тяжелым военным травмам. Проведение раннего адекватного лечения, снижение уровня инвалидизации и смертности невозможно без своевременного выявления этой патологии.

Цель исследования. Изучить опыт лучевой диагностики повреждений при проникающих ранениях грудной клетки у пациентов с минно-взрывной травмой.

Материалы и методы. Проведен анализ лучевого обследования 878 больных с минно-взрывными травмами, находившихся на лечении в торакальных отделениях Республиканской клинической больницы. Всем больным выполнена полипозиционная рентгенография ОГП, 782 – многосрезовая компьютерная томография (КТ), 79 – контрастное рентгениследование пищевода, 187 – ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца и плевральных полостей. Результаты лучевых исследований сопоставлены с данными хирургического лечения и динамического наблюдения.

Результаты и обсуждение. У 37 (4,2%) пациентов ранения были сквозными (обнаружены повреждения легких, но инородные тела не выявлены), у 841 (95,8%) визуализировались металлические осколки, размеры которых варьировали от 0,3 до 14,0 см. У 862 (98,2%) пострадавших отмечался пневмоторакс, в том числе у 98 (11,2%) – двусторонний, у 429 (48,9%) – пневмогидроторакс (при пункции чаще всего была кровь), из них у 147 (16,7%) развился свернувшийся гемоторакс. У 16 (1,8%) пострадавших с контузией легкого и осколками в легком был выявлен только гидроторакс (при пункции – гемоторакс), пневмоторакс не развился из-за наличия спаечного процесса. Всего контузия легкого выявлена в 869 (99,0%) случаях, из них у 588 (67,0%) больных – пневматоцеле и 119 (13,6%) – пневмогематоцеле. У 63 (7,2%) пациентов диагностирована эмпиема плевры вследствие нагноения гемоторакса, развития пневмоплеврального свища. У 56 (6,4%) пациентов с рентгенпризнаками пневмомедиастинума, выраженной двусторонней подкожной и межмышечной эмфиземы при фибробронхоскопии выявлено ранение трахеи и/или бронхов. В 696 (79,3%) случаях повреждение легкого сопровождалось многооскольчатыми переломами ребер. У 51 (5,8%) пациентов диагностировано ранение сердца, у 36 (4,1%) осколки располагались вблизи крупных сосудов средостения. У 28 (3,2%) больных выявлено повреждение пищевода с развитием медиастинита, у 364 (41,4%) – повреждения диафрагмы, у 7 (0,8%) – повреждение грудного лимфатического протока с развитием одностороннего хилоторакса. При конвенциональном рентгениследовании ОГП были достоверно диагностированы: повреждения грудной клетки, рентгенконтрастные инородные тела; контузия легочной паренхимы, пневмато-, гематоцеле, пневмо- и/или гидроторакс, свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры, повреждения диафрагмы, подкожная, межмышечная эмфизема, пневмомедиастинум. Выявлены косвенные рентгенпризнаки повреждений трахеи и бронхов, диафрагмы, пищевода, ранения грудного лимфатического протока, сердца. Применение КТ ОГП дало возможность достоверно оценить характер повреждения паренхимы легких и диагностировать контузию легкого, пневмогематоцеле, медиастинит, ранение сердца, уточнить локализацию рентгенконтрастных инородных тел, переломов ребер.

Выводы. Конвенциональные методы рентгенологического исследования и КТ ОГП являются высокоинформативными методами диагностики повреждений при проникающих ранениях ОГП в условиях военного конфликта и позволяют достоверно выявить их, своевременно диагностировать осложнения, определить тактику лечения и оценить его эффективность. Контрастное рентгениследование показано при подозрении на разрыв пищевода, УЗИ сердца – при подозрении на ранение сердца до проведения КТ, УЗИ плевральной полости – для исследования в динамике пациентов с гидротораксом и дифференциации плевральных наложений и жидкости.

Перфильева М.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ГЛУТАРГИНА И ЦИКЛОФЕРОНА НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В настоящее время установлено, что среди вирусных инфекций довольно часто встречается герпес. После проведенного лечения возникают рецидивы герпетической инфекции (ГИ), то есть развивается рецидивирующая ГИ. Клинико-эпидемиологические данные позволили установить, что при частых рецидивах ГИ развиваются так называемые синдром повышенной утомляемости (СПУ) и хронической усталости (СХУ), этиологическим фактором которых является длительная персистенция вируса простого герпеса (ВПГ).

Целью работы было изучение влияния комбинации глутаргина и циклоферона на интерфероновый статус у больных с рецидивирующей герпетической инфекцией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось две группы больных - основная (32 человека) и сравнения (33 человека). Обе группы были рандомизированные по возрасту, полу, частоте рецидивов герпеса и характером герпетической инфекции. Лечение в обеих группах начинали, как правило, в период очередного рецидива при условии наличия в этот период в крови специфических антител к ВПГ класса IgM, что свидетельствовало об активации герпетической инфекции. Больные основной группы получали в комплексе общепринятого лечения комбинацию – циклоферона и глутаргина, больные группы сравнения – лишь общепринятые препараты в среднетерапевтических дозах. Кроме общеклинических и лабораторных исследований, у всех больных, находившихся под наблюдением, дополнительно проверяли показатели интерферонового статуса. Интерфероновый статус исследовали по микрометоду и оценивали по таким параметрам: концентрация сывороточного ИФН (СИФ) и способность лимфоцитов периферической крови синтезировать α -ИФН и γ -ИФН в ответ на индукцию фитогемагглютинином. Исследования интерферонового статуса проводили в динамике – на 1-2 болезни (при поступлении больного в стационар) и перед выпиской.

Результаты и их обсуждение. У обследованных больных с рецидивирующей ГИ отмечают изменения в системе интерфероногенеза. Так, уровень СИФ у больных обеих групп был выше относительно показателя нормы в 1,9 раза. Наиболее существенное уменьшение СИФ происходило у больных при затяжном течении ГИ и при частом возникновении рецидивов. Было также выявлено у больных с рецидивирующей ГИ снижение способности лейкоцитов к продукции β - и γ -ИФН в ответ на индукцию ФГА, при этом синтез γ -ИФН был подавлен более значительно. Полученные данные могут свидетельствовать, что чем ниже уровни α - и γ -ИФН, тем выше вероятность развития рецидивов герпетической инфекции. Таким образом, у всех обследованных больных с рецидивами ГИ отмечался дисбаланс в системе интерфероногенеза, что проявлялось в существенным уменьшением продукции титров СИФ и угнетением продукции α - и γ -ИФН. Истощение системы ИФН при вирусных инфекциях зависит от активности процессов пероксидации липидных компонентов клеточных мембран. Можно предположить, что снижение продуктивной способности лейкоцитов больных при герпетической инфекции связано с биохимическими нарушениями в мембранах клеток, которые обусловлены накоплением продуктов свободнорадикального окисления в сыворотке крови. Применение в комплексном лечении данного контингента больных комбинации глутаргина и циклоферона способствовало улучшению интерферонового статуса у больных основной группы.

Выводы. Применение комбинации глутаргина и циклоферона в комплексе лечения больных с хронической рецидивирующей герпетической инфекцией способствует восстановлению системы интерфероногенеза, а именно ликвидации дисбаланса в системе ИФН.

Перфильева М.Ю.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ЭПШТЕЙН-БАРР

Персистирующая вирусная инфекция смешанного генеза, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ) и вирусом Эпштейн-Барр (Epstein-Barr virus – EBV) приобрела значительное распространение в структуре инфекционной патологии. Характерным является то, что диагноз хронической персистирующей вирусной инфекции смешанного генеза, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) и вирусом Эпштейн-Барр, часто ставится несвоевременно или неправильно, что приводит к осложнениям в процессе лечения. Ведущей чертой патогенеза инфекции смешанного генеза является развитие вторичного иммунодефицитного состояния.

Цель: изучение состояния иммунологического гомеостаза у больных с хронической персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, вызванной ВПГ и Эпштейн-Барр.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 больных с диагнозом хронической персистирующей вирусной инфекции смешанного генеза, которая вызвана вирусом простого герпеса и вирусом Эпштейн-Барр. У всех обследованных в крови были обнаружены одновременно специфические антитела к ВПГ и EBV класса Ig M, что свидетельствовало об активации как герпетической персистирующей инфекции, так и персистирующей инфекции, вызванной EBV. Клиническая картина была характерной для герпетической инфекции. Больные, наличие на коже лица (при *H. labialis*) или половых органов, жаловались на повышение температуры тела, преимущественно в пределах 37,5-38,2° С, общую слабость, недомогание снижение аппетита и работоспособности (при генитальном герпесе), на наличие характерных элементов герпетического сыпи. Изучали общее количество Т-лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов и Т-супрессоров/киллеров, вычисляли иммунорегуляторный индекс, изучали уровни циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Результаты и их обсуждение. При проведении иммунологического обследования больных, которые были под наблюдением, установлено, что до начала лечения у всех больных отмечались значительные нарушения со стороны изученных иммунологических показателей. У всех обследованных показатели клеточного иммунитета характеризовались значительно выраженной Т-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно за счёт снижения количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов, уменьшением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. Одновременно отмечен рост концентрации ЦИК в сыворотке крови больных с хронической персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, которая вызвана вирусом простого герпеса и Эпштейн-Барр. Уровень ЦИК возрастал за счет повышения наиболее токсичных средне- и низкомолекулярных фракций иммунных комплексов. Таким образом, у больных с хронической персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, которая вызвана вирусом простого герпеса и вирусом Эпштейн-Барр, отмечаются нарушения со стороны показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Выводы. У больных с хронической персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, вызванной вирусом простого герпеса и EBV, имеют место нарушения со стороны иммунологических показателей, а именно уменьшается общее количество Т-лимфоцитов, отмечается дисбаланс их субпопуляционного состава, уменьшается иммунорегуляторный индекс. У пациентов с данным диагнозом наблюдается повышение концентрации ЦИК в сыворотке крови, преимущественно за счет роста наиболее токсичных мелко- и средне молекулярных их фракций.

Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА СИСТЕМУ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО

Цель: изучить у больных с диффузными поражениями печени в сочетании с хронической герпетической инфекцией на фоне вторичного иммунодефицитного состояния состояние системы глутатиона.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования нами было обследовано 42 больных диффузными поражениями печени (ДПП), в сочетании с хронической герпетической инфекцией (ХГИ) на фоне вторичного иммунодефицитного состояния (ВИДС). Из исследования исключались больные с наличием маркеров вируса гепатита С (НСV) и В (НВV) в крови, после обследования с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), а также пациенты алкогольными и аутоиммунными гепатитами. Всем пациентам назначали биохимическое исследование крови. С помощью устройства ПЭФ-3 определялась также активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и ее изоферментного спектра методом электрофореза в агаровом геле. У всех обследованных больных дополнительно исследовали содержание восстановленного глутатиона, основанное на том, что глутатион реагирует с избытком алоксана. В результате такой реакции образуется соединение, которое имеет максимум поглощения при длине волны 305 Нм. Условно такое вещество называется «алоксан-305». Количество образованного комплекса «алоксан-305» прямо пропорционально содержанию G-SH в пробе. Для определения количества G-SH в исследуемой пробе использовалась калибровочная кривая, построенная со стандартным раствором G-SH. Полученную концентрацию G-SH выражали в мг/мл взвеси эритроцитов. Изучали активность ферментов: глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) и глутатионтрансферазы (ГТ). Лечение проводили согласно существующим клиническим рекомендациям.

Результаты. У больных с ДПП в сочетании с ХГИ на фоне ВИДС при исследовании активности ферментов системы глутатиона выявлено, что снижение концентрации восстановленного глутатиона произошло за счет недостатка изученных ферментов системы глутатиона: глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) и глутатионтрансферазы (ГТ), которые участвуют в регенерации восстановленного глутатиона из окисленной формы глутатиона. Полученные данные свидетельствуют о существенном снижении активности ферментов системы глутатиона у больных диффузными поражениями печени, в сочетании с хронической герпетической инфекцией на фоне ВИДС, которая вследствие этого становится неспособной полностью противостоять повреждающему действию, накапливающихся в крови больных излишних продуктов липопероксидации. Наблюдалась определенная положительная динамика изученных биохимических показателей после завершения лечения сочетанной патологии гепатобилиарной системы (ГБС) и ХГИ общепринятыми методами, но полного восстановления состояния системы глутатиона к норме не произошло.

Заключение. Существенное влияние на систему глутатиона оказывает наличие сопутствующей патологии, такой как хроническая герпетическая инфекция на фоне вторичного иммунодефицитного состояния, у больных с диффузными поражениями печени.

При применении общепринятой терапии для лечения больных диффузными поражениями печени, в сочетании с хронической герпетической инфекцией на фоне ВИДС наблюдается положительная динамика со стороны биохимических показателей, но состояние системы глутатиона полностью не восстанавливается и не достигает показателей нормы.

Перцева Е.В., Проценко Т.В., Лукьянченко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Цель. Оценить эффективность разработанной программы этапного проведения косметологической коррекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 женщин в возрасте от 35 до 58 лет с клиническими проявлениями инволюционно измененной кожи лица. Критериями отбора для участия в исследовании служило наличие инволюционных изменений кожи лица (сухая, обезвоженная кожа, комбинированный тип старения, снижение тургора тканей, эластоз, птоз), не получавших эстетического лечения, влияющего на воспринимаемый возраст последние три года. Обследование пациенток включало сбор анамнеза, определение превалирующего типа старения, визуальный осмотр, физикальное исследование (с оценкой выраженности разных признаков старения). Косметологическая программа включала общеклиническое обследование для исключения активности соматической, в том числе эндокринной патологии, и противопоказаний для проведения интенсивных и инвазивных косметологических процедур. Косметологическая программа коррекции включала проведение процедур химического пилинга FCL Peel-Facial Contour @ Lift Peel 1 раз в 7 дней № 5 в сочетании с биоревитализацией препаратами PDRN Rejuvenating (7.2%) 1 раз в 2 недели №3. Особенности ежедневного домашнего ухода были рекомендованы с учётом типа и текущего состояния кожи. Оценивали переносимость, ближайшие и отдалённые (до 6 месяцев) результаты разработанной программы коррекции. Оценивали рельеф кожи, пористость кожи, сосудистый и роговой паттерн при дерматоскопии, эластичность.

Результаты. Переносимость разработанной программы у всех пациентов была удовлетворительной. Обращает внимание, что из 38 пациенток, обратившихся для реализации программы, для последующего ведения программы были отобраны только 18 (47%), а у остальных были выявлены противопоказания или активная текущая соматическая патология, которая требовала медикаментозной терапии соответствующих специалистов. Оценку эффективности вмешательства проводили с помощью валидированной международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale, GAIS) и цифровой дерматоскопии, учитывающей изменения состояния кожи пациентов. Практически все пациентки отмечали улучшение тонуса кожи лица, цвета кожи (100%), повышение увлажнённости (89%) и тургора (100%) кожи, уменьшение глубины морщин (83%), улучшение кожи периорбитальной области (83%). Оценка эффективности комбинации процедур врачом практически всегда совпадала с мнением самих пациенток.

Выводы. Проведенные исследования показывают необходимость отбора пациенток для проведения косметологической коррекции и комплексный подход с учетом текущего соматического состояния, типа старения, типа кожи.

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ КАК РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В настоящее время рак шейки матки (РШМ) – это самая распространенная болезнь, связанная с вирусом папилломы человек (ВПЧ). В мире каждые 2 мин от РШМ умирает одна женщина. Длительная персистенция ницирует развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN), повышая риск возникновения РШМ. Все случаи выявленного инвазивного РШМ - это результат упущенных возможностей диагностики и лечения CIN.

Нами было проведено комплексное обследование 78 женщин, в возрасте от 25 до 45 лет, которые были распределены нами на две группы в зависимости от верификации диагноза. В группу I были включены 39 пациенток, у которых был верифицирован диагноз N87.1 - умеренная цервикальная дисплазия (CIN II); в группу II вошли 39 пациенток с верифицированным диагнозом N87.2 - выраженная цервикальная дисплазия (CIN III).

Были проанализированы клинические и лабораторные данные пациенток групп I и II, обследование которых проводилось согласно клиническим рекомендациям 2020 г.

Обследование пациенток методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией результатов в режиме реального времени (Фемофлор -16; Фемофлор-скрин) проводили для определения сопутствующей условно патогенной микрофлоры, а так же инфекций передаваемых половым путем (ИППП).

На первом этапе, на основании данных клинического исследования, результатов микроскопии влагалищных мазков, бактериологического метода и данным ПЦР, пациенткам после установления первоначального диагноза хронического цервицита, бактериального вагиноза, проводилась антимикробная терапия, с учетом этиологии микробных возбудителей и их чувствительности к препаратам, с последующим контролем эффективности проводимой терапии (через 4-6 недель).

Второй этап включал проведение цитологического, иммуноцитохимическое исследований; определение типов ВПЧ, кольпоскопии.

На третьем этапе проводилась биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием удаленного препарата и осуществлялась окончательная верификация диагноза.

Обязательным компонентом наблюдения было проведение этиотропной коррекция обострений хронического цервицита и назначение препаратов цитокинотерапии.

Выводы:

1. У больных с CIN II-III, ассоциированной с ВПЧ, обязательной фоновой патологией является наличие хронического, рецидивирующего цервицита с очаговой койлоцитарной трансформацией.

2. Достоверно чаще, среди различных типов ВПЧ преобладали ВПЧ 16 типа и ассоциации различных типов ВПЧ высокого онкологического риска ($p < 0,01$).

3. Коэкспрессия онкобелка p16ink4a и маркера пролиферативной активности Ki 67 в клетках эпителия отмечены при параметрах вирусной нагрузки ВПЧ высокого онкориска от Lg от 3 до 5 в 64,10% случаев, а при показателях Lg>5 – в 100%.

4. Персистирующее течение вируса папилломы человека у больных с CIN II при наличии признаков коэкспрессии p16ink4a и Ki-67 диктует целесообразность выполнения петлевой эксцизии шейки матки, с последующей оценкой краев резекции и контролем через 6 месяцев, согласно клиническим рекомендациям.

Пирожков А.С.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

МИКРОГЛИЯ, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ МИШЕНЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Воспалительные реакции являются одним из основных патофизиологических процессов, участвующих во вторичном повреждении после ишемии головного мозга. Основная роль в воспалении головного мозга после инсульта приписывается микроглии, особенно в полутеневой области повреждения.

Микроглия – это иммунные клетки центральной нервной системы (ЦНС). После начала ишемического инсульта, микроглия начинает поляризацию на два различных подтипа: провоспалительный фенотип (M1) или противовоспалительный фенотип (M2). Провоспалительная микроглия может высвобождать провоспалительные цитокины, такие как IL-6, IL-1 β , ИФН- γ , TNF- α , IL-15, IL-18, IL-23, усугубляя нейровоспалительное повреждение после инсульта. Противовоспалительная микроглия может высвобождать противовоспалительные цитокины, такие как IL-4, IL-10, IL-13, TGF- β , тем самым ослабляя постинсультное нейровоспалительное повреждение.

В современных исследованиях были успешно протестированы *in vitro* и *in vivo* различные вещества, которые действуют на поляризацию микроглии путем уменьшения провоспалительной или увеличения противовоспалительной микроглии, и, потенциально, могут использоваться в качестве нейропротекторов для лечения ишемического инсульта. Гинзенозид, протокатеховая кислота, рапамицин, A20-связывающий ингибитор NF- κ B 1, могут ингибировать переключение микроглии на провоспалительный фенотип, тем самым подавляя высвобождение провоспалительных цитокинов. Метформин, мелатонин, кверцетин, L-3-n-бутилпталид и полипептид, активирующий аденилатциклазу гипофиза, могут способствовать переключению микроглии на противовоспалительный фенотип, тем самым увеличивая противовоспалительные цитокины.

Таким образом, вещества, влияющие на фенотипы микроглии, являются перспективными для дальнейшего изучения и, впоследствии, для лечения ишемического инсульта, борьбы с неврологическими осложнениями, расширения терапевтического окна для реперфузии.

Писаная Л.А.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации», Евпатория

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (САР) НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

У некоторых детей такое плохое настроение и снижение энергии являются результатом типа депрессии, известного как сезонное аффективное расстройство или САР. Жизнедеятельность любого организма неразрывно связана с цикличностью времён года и времени суток. Сезонные зависимости самочувствия лучше всего исследованы в расстройствах настроения. Статистика показывает, что начиная с октября (и апреля для весны) число различных психозов и неврозов у людей увеличивается на 20-25%, а детей среди них – около 40%.

В различных сезонах года до и после санаторно-курортного лечения определяли психоэмоциональные показатели по результатам тестов Айзенка, ТДСФС (дифференцированной самооценки функционального состояния), СМАС (для выявления уровня тревожности) и опросника актуальных страхов Захарова.

Проведённый анализ результатов санаторно-курортного лечения 122 детей в возрасте от 7 до 16 лет, с бронхолегочными заболеваниями по сезонам года позволяет говорить о сезонных особенностях в показателях психоэмоционального состояния.

Повышение показателей экстраверсии происходило: летом на 6,3%; осенью на 6,4%; зимой на 3,1%; весной наблюдалась ее снижение на 1,2%. В большей степени изменения касались летне-осеннего периода года. Снижение показателей нейротизма наблюдалось: летом на 6,7%; осенью на 19,3%; зимой на 28,1%; весной на 7,1%. Эти изменения имеют более положительную динамику осенью и зимой. Снижение показателей тревожности было следующим: летом на 5,6%; осенью на 3,2%; зимой на 0%; весной на 8,1%. Показатели тревожности имели более яркую расположенность к снижению в весенний период года – это свидетельствует о снижении общего интереса к окружающему миру и падению страха перед возникновением трудностей.

Падение показателей утомляемости: летом на 5,9%; осенью на 3,5%; зимой на 9,1%; весной на 1,8%. У показателей утомляемости большая динамика к снижению наблюдается в зимний период. Повышение показателей интереса к окружающему миру: летом на 9,6%; осенью на 17,3%; зимой на 0%; весной на 1,1%. В показателях интереса к окружающему миру летом и зимой очевидно наблюдались наилучшие значения и по изначальным показателям, и по динамике.

Повышение показателей эмоционального тонуса: летом на 9,3%; осенью на 17,0%; зимой на 9,1%; весной на 1,4%.

Снижение показателей раздражительности происходило: летом на 0,4%; осенью на 6,7%; зимой на -9,1%; весной на 3,2%. Показатели раздражительности имеют лучшую картину осенью и весной, а зимний период характеризуется отрицательной динамикой. Повышение показателей комфортности: летом на 16,8%; осенью на 27,4%; зимой на 14,9%; весной на 14,8%. Эти данные проявляют большую положительную динамику проявляют в летне-осенний период года.

Снижение уровня актуальных страхов: летом на 26,3%; осенью на 19,2%; зимой на 18,1%; весной на 19,6%. Показатели уровня актуальных страхов уходят в большей степени летом.

Особенности психоэмоционального тонуса в сезонных группах детей выражались в том, что наиболее яркая благоприятная динамика психоэмоциональных показателей отмечена в летнем и осеннем сезонах года.

Плахотников И.А., Ступаченко О.Н., Ступаченко Д.О., Филахтов Д.П., Кобзарь В.А.

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ

Введение и актуальность. Полный отрыв крупного бронха при тяжелой закрытой травме груди редкое и крайне грозное осложнение, которое возникает примерно в 1% случаев. В связи с особенностями анатомического расположения бронхов чаще встречаются повреждения правого главного бронха. У 80% больных повреждения главных бронхов происходит на уровне бифуркации трахеи, либо от 2 до 2,5см от нее. Однако, крайне редко встречаются повреждения более дистальных отделов трахеобронхиального дерева. От ранней диагностики характера повреждений зависит дальнейшая тактика лечения больного и тяжесть посттравматических и постоперационных осложнений.

Цель работы – представить собственный клинический опыт в лечении данной патологии.

Материал и методы. За последние 30 лет в клинике на лечении находились 12 больных с полным отрывом крупных бронхов. Сроки оперативного лечения от нескольких часов до 14 лет. Возраст больных от 12 до 52 лет. В структуре повреждений отмечено 7 случаев правосторонних отрывов крупных бронхов, 2 наблюдения повреждения бифуркации трахеи, 3 случая повреждения левого главного бронха. В зоне повреждения, в сроках более 1 месяца с момента травмы, как правило, формируются рубцовые стриктуры с полной обтурацией просвета травмированных бронхов.

Полученные результаты. Во всех случаях больным выполнено оперативное вмешательство по типу реплантации легкого с формированием бронхиальных анастомозов различной степени сложности. Пациентам в послеоперационном периоде обязательно проводились регулярные санационные фибротрехеобронхоскопии. Все больные были выписаны из стационара с полным восстановлением бронхиальной проходимости.

Обсуждение. Последнее клиническое наблюдение: пациентка 12 лет с полным отрывом отдельно верхнедолевого и промежуточного бронхов справа в следствии ДТП. Оперативное лечение через 1,5мес после травмы. Больной выполнено формирование анастомоза между правым главным бронхом и сформированным полибронхиальным анастомозом между верхнедолевым бронхом (на уровне деления на сегментарные бронхи) и средне- и нижнедолевыми бронхами. Больная выписана на 13 сутки с полным восстановлением бронхиальной проходимости.

Выводы и рекомендации. В структуре закрытой травмы груди полный отрыв крупных бронхов занимает небольшой процент, однако важно всегда помнить о возможности такого исхода травмы, особенно у больных с длительно поддерживающимся пневмотораксом. Всем больным с подозрением на наличие повреждения крупного бронха в обязательном порядке показано проведение фибротрехеобронхоскопии, спиральной компьютерной томографии с внутривенным усилением. При сохраненной васкуляризации, достаточном объеме и длине сшиваемых фрагментов трахеобронхиального дерева абсолютно показано проведение реконструктивно-пластических операций с восстановлением бронхиальной проходимости вне зависимости от сроков, прошедших с момента травмы.

Победенный А.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Здоровье женщины всегда определяет течение беременности. В настоящее время проблеме ожирения уделяется существенное внимание. Ожирение значительно осложняет течение беременности и родового акта, способствуя возникновению акушерских осложнений в 2-3 раза чаще, чем у женщин, имеющих обычную массу тела.

Цель работы – изучить клинические особенности течения беременности у женщин с ожирением.

Материал и методы. Исследовано 167 беременных, вставших на учет в женские консультации г. Луганска, среди них – 104 с нормальной массой тела (I группа) и у 63 было диагностировано ожирение I-II степени (II группа). У всех женщин в сроке беременности до 12 недель, помимо рутинных клинических и лабораторных методов обследования, было проведено обследование функции ЩЖ, уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина, антитиреоидных антител, ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ и осмотр эндокринолога. Контрольную группу составили 34 здоровые небеременные женщины.

Результаты исследования. Ожирение I степени во II группе было диагностировано у 54 пациенток (85,7%), II степени – у 9 беременных (14,3%), ИМТ у пациенток в основной группе составлял $(33,6 \pm 3,2)$ кг/м² лет, в контрольной – $(23,8 \pm 1,9)$ кг/м². У пациенток I группы прирост массы тела во время беременности составил $9,8 \pm 1,1$ кг, у беременных II группы масса тела за период беременности возросла на $13,8 \pm 1,6$ кг. В I группе возрастных первородящих было 19,2%, во II группе - возрастные первородящие составляли 25,4%. Астенический синдром в виде повышенной утомляемости наблюдался в I группе в 51% случаев, во II группе – у 68,3% пациенток или в 1,3 раза чаще, в т.ч. слабость и сниженную работоспособность отметили 12,5% беременных из I группы и 17,4% пациенток из II группы.

Ранний гестоз в виде тошноты и рвоты был отмечен в I группе у 18,3% женщин, во II группе – у 38,1% беременных или в 2,1 раза чаще, чем в I группе. Поздний гестоз средней степени тяжести в виде появления отеков на ногах и протеинурии был отмечен у 14 пациенток (13,4%) из I группы и у 18 женщин (28,5%) – из II группы. Отеки на ногах без протеинурии регистрировали у 4-х беременных (3,8%) из I группы и у 9 пациенток (14,3%) – из II группы. Экстрагенитальная патология (анемии беременных легкой степени, вегето-сосудистая дистония, варикозное расширение вен ног) диагностировалась в I группе – у 18,3% беременных, во II группе - у 26,9%.

Патология ЩЖ при УЗ-исследовании в I группе была выявлена у 11 беременных (10,6%) с наличием узлов диаметром до 5 мм в правой или левой долях ЩЖ без увеличения размеров органа, гиперплазия ЩЖ до I степени встречалась у 9,5% беременных женщин I группы. Во II группе гиперплазия ЩЖ диагностировалась – у 15,9% или, в среднем, в 1,5 раза чаще, чем в I группе. При определении липидного профиля было выявлено, что уровень общего холестерина у пациенток основной группы был в 1,4 раза выше, чем в контрольной группе. Индекс НОМА у беременных II группы был в 1,6 раза выше, чем в I и в контрольной группе.

У женщин I группы по данным ультразвуковой фетометрии задержка роста плода (ЗРП)-I была выявлена в 2,9% случаях, ЗРП-II – у 1,9% женщин. Нарушения маточного кровотока во II группе были выявлены, в среднем, в 2 раза чаще, чем в I группе.

Таким образом, у пациенток с ожирением отмечено более тяжелое течение беременности с развитием раннего и позднего гестоза в 2,1 раза чаще, астенического синдрома в 1,3 раза чаще, проатерогенной дислипидемии, в 1,5 раза чаще – патология щитовидной железы, в 1,6 раза чаще выявлялся повышенным индекс инсулинорезистентности и частота встречаемости фетоплацентарной недостаточности.

Победенный А.Л.

ГБУЗ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одна из актуальных и сложных проблем современной нейрохирургии. ЧМТ в отдаленном периоде может осложняться последствиями со стороны когнитивных функций, эпи-синдромом, длительной головной болью и др. Важную роль в формировании осложнений играет развитие вторичной иммунной недостаточности. Восстановление показателей адаптивного иммунитета является целью проведения реабилитационных мероприятий в периоде после перенесенной ЧМТ.

Цель: изучить эффективность амбулаторной иммунореабилитации больных после перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) средней тяжести с помощью включения в комплексное лечение нуклеината.

Материал и методы: исследовано 39 больных после перенесенной ЧМТ и проведенного оперативного лечения по поводу гематомы разной локализации и величины, которые были разделены на 2 группы: I (21) – получали общепринятую терапию и II – 18 пациентов, которым дополнительно назначали иммуноактивный препарат нуклеинат в дозе 1,5 г в сутки (по 2 капсулы 3 раза в день после еды) в течение 2 недель. Пациентов наблюдали на амбулаторном этапе. Динамику когнитивных функций у больных оценивали по данным теста запоминания 10 слов (Зас-10), в сыворотке крови исследовали уровни интерлейкинов (IL) (IL) -1 β , IL-4, γ -IFN методом иммуноферментного анализа, субпопуляции T- и B-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс (ИРИ).

Результаты: После проведенного реабилитационного лечения с включением нуклеината у больных реже диагностировался и был менее выраженным цефалгический синдром, отмечалось улучшение памяти по данным теста Зас-10 в 1,2 раза ($p < 0,05$). Исследование содержания CD3⁺-лимфоцитов лиц II группы выявило более интенсивное – в 1,4 раза ($p < 0,05$) – их возрастание сравнительно с интенсивностью повышения показателя CD3⁺-клеток у больных I группы. Концентрация CD4⁺-клеток в абсолютных и относительных значениях также возросла при несущественных изменениях показателей CD8⁺-лимфоцитов, что привело к повышению значений ИРИ. При этом было достигнуто более значительное снижение содержания в сыворотке крови интерлейкина (IL)-1 β , нормализация содержания IL-4 и γ -IFN.

Выводы: у больных с перенесенной ЧМТ амбулаторный курс иммунореабилитации с включением нуклеината повысил эффективность клинического восстановления больных, способствовал более полному восстановлению показателей клеточного иммунитета, снижению уровня провоспалительного IL-1 β , нормализации концентраций в сыворотке крови IL-4 и γ -IFN, что потенциально снижает вероятность развития осложнений перенесенной ЧМТ.

Поважняя Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Томачинская Л.П., Лыкова Л.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МАГНИТОТЕРАПИЯ И ФОТОТЕРАПИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Диабетическая нейропатия – прогрессирующее заболевание периферической нервной системы, которое развивается на фоне сахарного диабета. В то же время наряду с нефропатией, ретинопатией данное патологическое состояние осложняет течение диабета, ухудшает качество жизни. В качестве методов, поддерживающих периферическую микроциркуляцию, улучшающих функционирование периферических нервных окончаний используются физиотерапевтические факторы с выраженным вазоактивным эффектом, улучшающие реологические свойства крови. К таким методам можно отнести магнитотерапию, фототерапию красным, оранжевым цветом.

Эффективность сочетанного действия низкочастотной магнитотерапии и фототерапии красным цветом была изучена у больных сахарным диабетом 2 типа с полинейропатией, дистальным типом, с болевым синдромом и нарушением чувствительности.

Магнитотерапию отпускали от аппарата Полимаг-02М, использовали программу E13.4 (режим непрерывный, магнитное поле – бегущее сверху-вниз, индукцией 10-25 мТл, длительностью 20 минут). Фототерапию отпускали от аппарата LED-лампа, красный цвет, длительностью 15 минут. Всего на курс назначали 10-12 процедур, проводимых ежедневно.

Изучение вибрационной чувствительности проводили с помощью градуированного камертона на 128 Гц, который прикладывали на костную часть дистальной фаланги большого пальца стопы и внутреннюю лодыжку. Тактильную чувствительность исследовали с помощью монофиламента. Отсутствие реакции моноволокна указывало на снижение чувствительности. Также использовали специфические шкалы для изучения мышечной силы в стопах, ахиллова рефлекса и болевой чувствительности — NISS-LL (Neuropathy Impairment Score Low Limb — оценка нейропатии в нижних конечностях) и для определения выраженности боли, онемения и парестезий — TSS (Total Symptom Score — общая оценка симптомов).

В результате проведенного комплексного лечения улучшалось общее самочувствие, уменьшились жгучие боли в ногах. Меньше стали беспокоить чувства онемения, «ползания мурашек». Нормализовался сон. Стала меньше беспокоить мышечная слабость. В сравнении с группой больных, получавших только медикаментозную терапию, улучшение в основной группе наступало в среднем на 6-8 дней раньше. Проведенный курс физиотерапии приводил к снижению показателей артериального давления (АД). Максимальные изменения динамики показателя наблюдали у больных после 10-12 сеанса, когда уровень АД был ниже в 1,2-1,3 раза в сравнении с исходными данными. Снижалось в основном систолическое давление. ЧСС существенно не изменилась.

Положительные изменения, по-видимому, связаны с улучшением микроциркуляции в зоне воздействия, снижением накопления токсических веществ с высокой осмотической активностью, уменьшением содержания избыточной воды в тканях. Расширяются сосуды, питающие периферические нервы, нормализуется функция эндоневральных капилляров. Полученные данные свидетельствуют об эффективности магнито- фототерапии у больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической полинейропатией, а также могут служить методами профилактики трофических нарушений у этих пациентов.

Поважняя Е.С., Пацкань И.И., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Самостоятельная работа является активной формой обучения студента. Она используется при усвоении учебного материала в свободное время. Для правильной организации работы студенты должны научиться формулировать цели обучения, осуществлять его планирование, организовать контроль обучения. При этом развиваются необходимые навыки, совершенствуются специалисты будущие врачи всех специальностей.

Самостоятельная работа проводится студентами 6 курса медицинских факультетов во время усвоения модуля «Частная физиотерапия». Используется аудиторное и внеаудиторное обучение. Аудиторная самостоятельная работа выполняется студентами на практических занятиях по разрешению конкретных индивидуальных задач или осмотра больного с диагнозом, соответствующим теме занятия. Важным при этом является выставление реабилитационного диагноза, выявление ведущего патогенетического синдрома и составление индивидуального комплекса физиотерапевтических процедур. При этом используются принципы адаптационной физиотерапии. Самостоятельная работа, направленная на решение индивидуальных задач, позволяет усвоить материал, но мало развивает творческую активность студента. В то же время составление рефератов требует свои методы решения ситуаций с развитием творческих способностей студента. Внеаудиторная самостоятельная работа включает подготовку к практическим занятиям, изучение темы индивидуального задания, проработку научной литературы, составление реферата по теме.

Содержание самостоятельной работы студентов определяется учебной программой, методическими материалами и указаниями. Оно должно охватывать основные вопросы данной темы. Во время работы необходимо пользоваться учебниками, учебными пособиями в домашних условиях, библиотеке университета и общежитий, учебных кабинетах кафедры. Для этого на кафедре функционирует библиотека, вмещающая современные пособия, которые своевременно обновляются. При планировании основных видов самостоятельной работы необходимо учитывать также изменения активности организма студента, обусловленные действием суточных, месячных природных биоритмов. На основе этих факторов студент сам разрабатывает индивидуальный график самостоятельной работы на цикл. В этом случае студент рационально использует собственное время, более уверен при выполнении учебных заданий, снижается влияние стрессовых ситуаций.

Большая часть дисциплины «Частная физиотерапия» направлена на развитие и совершенствование физических, психических, умственных способностей студента, непосредственно направлена на того, кто учится. В этом вопросе большая роль отводится именно самостоятельной работе. В плане имеется ряд тем, которые как раз изучаются самостоятельно и помогают студенту правильно организовать собственный режим работы. Так изучаются принципы адаптационной физиотерапии, правила постановки реабилитационного диагноза, патологической физиологии основных патогенетических синдромов при различных патологических состояниях. Правильное питание, правильная организация труда и отдыха оптимизирует труд студента и повышает эффективность его обучения.

При этом максимально используются собственные возможности студентов для самореализации, самовоспитания, самосовершенствования в период его обучения в вузе.

Повод Д.М., Якименко Ю.Ю., Лазаревич М.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Актуальность проблемы. Синдром длительного сдавления (СДС), также известный как синдром краш является острым патологическим состоянием, возникающим вследствие длительного воздействия давления на мягкие ткани, что приводит к массивному некрозу мышц, гиповолемии, электролитным нарушениям и развитию полиорганной недостаточности. Наиболее часто СДС наблюдается при чрезвычайных ситуациях, таких как землетрясения, техногенные катастрофы и военные действия. У детей и взрослых проявления СДС имеют возрастные особенности, что требует адаптации диагностических и терапевтических подходов.

Цель. Провести анализ современных данных о патофизиологии, клинических проявлениях и подходах к лечению синдрома длительного сдавления у детей и взрослых.

Материалы и методы. В мета-анализ включены 36 публикаций за период с 2010 по 2024 годы, доступных в базах PubMed и Scopus. Исследования включали данные о патогенезе, клинической картине, диагностике и лечении СДС, а также сравнительный анализ особенностей у детей и взрослых. Основное внимание уделялось критическим аспектам реанимации и интенсивной терапии.

Результаты

1. Патофизиология. У детей при СДС быстрее развивается гиповолемический шок и гиперкалиемия, обусловленные меньшим объемом циркулирующей крови. У взрослых наблюдается более выраженный миоглобинурический нефроз вследствие массивного повреждения мышц.

2. Клиническая картина. Основные проявления СДС включают локальный отек, болезненность в области повреждения, быстро нарастающую гиперкалиемию, метаболический ацидоз и миоглобинурию. У детей чаще отмечается выраженная анурия в первые часы после декомпрессии.

3. Диагностика. Основными диагностическими критериями являются клинические данные (длительность сдавления >4 часов), повышение уровня креатинкиназы, миоглобина и электролитные нарушения.

4. Лечение. В ранней фазе декомпрессии рекомендовано агрессивное восполнение объема внутрисосудистой жидкости (0,9% раствор натрия хлорида), контроль гиперкалиемии (глюкоза-инсулин-кальций терапия) и предотвращение острого повреждения почек (щелочная диурез). Гемодиализ необходим при выраженной гиперкалиемии и анурии.

5. Возрастные особенности. У детей требуется осторожное восполнение объема жидкости из-за риска перегрузки малого круга кровообращения, в то время как у взрослых основной акцент делается на коррекцию метаболических нарушений.

Обсуждение. Анализ подтверждает важность ранней диагностики и дифференцированного подхода к лечению СДС у детей и взрослых. Учитывая тяжесть осложнений (острое повреждение почек, полиорганная недостаточность), своевременное начало интенсивной терапии является ключевым фактором благоприятного исхода. Особое внимание должно уделяться предоперационной оценке состояния и динамическому мониторингу электролитного состава крови.

Заключение. Синдром длительного сдавления является угрожающим жизни состоянием, требующим немедленного реагирования. Разработка стандартов лечения с учетом возрастных особенностей и оптимизация алгоритмов интенсивной терапии помогут снизить смертность и частоту осложнений. Дальнейшие исследования необходимы для улучшения понимания патогенеза и разработки персонализированных подходов к терапии.

Погорелова И.А., Погорелов П.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск;
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)», Ростов-на-Дону

К ВОПРОСУ СФОРМИРОВАННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

По оценкам ВОЗ, за последние 50 лет показатели самоубийств возросли во всём мире более чем на 60%, при этом в некоторых странах (включая Россию) самоубийство является одной из трёх основных причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 45 лет. По данным ЮНИСЕФ, Россия на 3 месте в мире по суицидам среди студентов. В процессе обучения молодежи в вузах отмечаются проблемы с большим объемом учебных нагрузок, сложностью изучаемого материала, интенсификацией образовательного процесса, что приводят к повышению психоэмоционального напряжения обучающихся, возможности развития депрессии и отражается на уровне их психического и соматического здоровья.

Исследование проведено в два этапа: вначале определяли уровень сформированности суицидальных намерений, используя Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой, затем оценивали выраженность негативного отношения респондентов к собственному будущему, используя Шкалу безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974). В качестве респондентов выступило 218 студентов 1-4 курсов медицинского факультета ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России в возрасте от 17 до 30 лет (исследуемая группа) и 57 студентов-спортсменов 1-5 курсов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)» в возрасте от 17 до 24 лет (контрольная группа).

В результате исследования, как у студентов-медиков 1 курса, так и студентов-спортсменов 1 курса, наблюдается желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Иногда такое поведение можно расценивать как «шантаж». У студентов-медиков 4 курса и студентов-спортсменов 4 и 5 курсов эта тенденция практически отсутствует. В целом, у всех респондентов выражено понимание чувства долга и ответственности за близких. Однако уровень сформированности суицидальных намерений выражен у 20% первокурсников и у 12% студентов-медиков 4 курса. У студентов-спортсменов этот уровень значительно ниже: у первокурсников – 13%, у старшекурсников – 9%. В определенном смысле это показатель предпосылок для психокоррекционной работы.

У студентов-медиков отмечалась негативная окраска ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего, что, вероятно, связано с влиянием стрессогенного фактора в современных условиях на территории Донбасса. В контрольной группе студентов-спортсменов наблюдалось общее позитивное отношение к субъективному будущему, признаки тяжёлой безнадежности не выявлены, у 57,2% опрошенных признаки безнадежности вовсе отсутствуют.

Таким образом, можно предположить, что спорт способствует интеллектуальному, нравственному и эстетическому воспитанию, укреплению и развитию межличностного общения. Практически все виды спорта могут служить позитивным средством воспитания человека, учитывая возможность их воздействия на нравственность, интеллект, эстетичность, волю. Занятия физической культурой и спортом способствуют профилактике суицидального поведения среди молодежи, увеличивают количество позитивных людей на планете. И, как результат, занимающиеся спортом меньше подвержены унынию и депрессиям.

Необходимо понимать, что при проведении нашего исследования мы имеем дело не с выявлением явных суицидентов как таковых, а с выявлением обобщенной группы потенциального риска суицидального поведения.

Подкорытов А.А., Тепляков А.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИНГА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бронхиальная астма (БА) – полиэтиологичное заболевание, чаще проявляющееся такими симптомами как одышка, хрипы, ощущения заложенности в грудной клетке, кашель

Целью лечения астмы является достижение наилучших и как можно дольше сохраняющихся исходов астмы для отдельного пациента, включая как долгосрочный контроль симптомов, так и долгосрочную минимизацию риска обострений, ухудшения функции легких и развития нежелательных эффектов лекарственных препаратов (включая долгосрочные нежелательные эффекты ПКС). На текущий момент исследование функций внешнего дыхания (ФВД) позволяет установить функциональный диагноз.

Пикфлоуметрия (ПФМ) Метод осуществляется с помощью портативного аппарата – пикфлоуметра. Достоинством метода служит его портативность и простота применения, поэтому ПФМ рекомендуется для ежедневного мониторинга бронхиальной проходимости в домашних условиях.

Мониторинг уровня контроля бронхиальной астмы.

Проведено сплошное когортное ретроспективно-проспективное исследование – оценка показателей уровня контроля бронхиальной астмы 139 пациентов, в возрасте от 6 до 17 лет на протяжении не менее 6 месяцев.

Пациенты распределены в 2 группы методом рандомизации: первая группа (исследуемая группа $n=58$) с использованием дистанционного мониторинга в результате диспансерного наблюдения и вторая группа (контрольная $n=81$), пациенты с традиционным диспансерным методом наблюдения.

Для регистрации и анализа данных была использована программа «контроль астмы» - программа для ЭВМ рег. № 2021611358 от 19 января 2021 года, позволяющая в удобном дистанционном формате передавать данные через интернет по защищенным каналам. Критерием скрытого бронхоспазма считались случаи отклонения от нормативных показателей пиковой скорости выдоха более 20%, не менее чем за 2 недели наблюдения. В случае выявления таких отклонений – пациентам рекомендовалась смена базисной терапии на следующую ступень.

За время наблюдения метод оперативного мониторинга показателей в исследуемой группе позволил выявить 15 случаев скрытого бронхоспазма у 10 пациентов средней степени тяжести в виде снижения ПСВ ниже 80% от должествующей нормы. Проведены совместные осмотры с пульмонологом. Произведена коррекция базисной терапии, что способствовало улучшению контроля над заболеванием и повышению ПСВ в среднем на 9,8% спустя 6 месяцев наблюдения ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Течения бронхиальной астмы легкой и средней степени тяжести вне обострения в когорте городских детей от 5 до 17 лет в районе, приравненном к Крайнему Северу характеризуется отсутствием физикальных данных заболевания, а также выявлением случаев скрытого бронхоспазма у 29,3% среди всей исследуемой группы.

2. При сравнении динамики клинико-инструментальных показателей больных детей с дистанционным мониторингом бронхиальной астмы с показателями детей без использования методов дистанционного мониторинга выявлено повышение показателей ПСВ в исследуемой группе к концу периода наблюдения.

3. Дистанционная фиксация показателей пиковой скорости выдоха на протяжении 6 месяцев у пациентов исследуемой группы позволила своевременно выявлять скрытый бронхоспазм и оптимизировать коррекцию базисной терапии.

Подолina O.B.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНЕ: ЗА И ПРОТИВ

Одной из особенностей медицинской терминологической лексики является широкое использование наименований, образованных от имен собственных (выдающихся учёных, изобретателей, исторических личностей, писателей, врачей и т. д.). Собственное имя, как основной предмет исследования в лингвистической ономастике, рассматривается преимущественно как языковое явление в аспекте его лингвистического и исторического развития. Вместе с возросшим в последнее время интересом исследователей к именам собственным в составе терминологических словосочетаний все чаще стал возникать вопрос о необходимости использования эпонимов в медицине.

Сторонники «именных синдромов» утверждают, что данные языковые единицы являются неотъемлемой частью медицинской терминологии и культуры, представляют собой историческую ценность и помогают сохранить память о великих ученых и их вкладе в медицину. Например, в черепе у некоторых людей встречается так называемая кость Гете, которую впервые открыл немецкий поэт Иоганн Вольфганг Гёте в 1784 году. Оказывается, Гёте не только сочинял стихи, но и осваивал анатомию. Он выяснил, что в лицевом черепе человека есть непостоянная парная кость, которую до него анатомы не считали самостоятельной, а расценивали её как часть большой верхнечелюстной кости. Подобные терминологические номинации, как утверждают сторонники эпонимов, играют роль индивидуализирующего словесного знака, значению которого присуща объективность; оно общепонятно и соотносится в сознании говорящего и слушающего с одним и тем же предметом действительности. Кроме того, наименования с именем собственным в составе терминологических словосочетаний помогают оптимизировать процесс обучения: студенты лучше запоминают информацию, связывая ее с образом человека или историей. Существует множество примеров, когда сложные патологические состояния становятся более запоминающимися именно благодаря простым и эмоционально определенным именам (Базедова болезнь, синдром Шарко, синдром Абади, болезнь Прейзера и т.п.).

Однако противники эпонимов в медицине считают, что данные номинации не имеют права на существование, и указывают при этом на ряд существенных проблем, связанных с их применением. Так, в качестве одного из аргументов они выдвигают тезис о существовании множественных названий для одних и тех же заболеваний. Например, диффузный токсический зоб в США и Британии известен как болезнь Грейвса, в Италии – болезнь Флаяни, в Ирландии – болезнь Пари, а в континентальной Европе и странах бывшего СССР – болезнь фон Базедова (Базедова болезнь). Появлению многозначных терминов-эпонимов способствуют также такие процессы, как вытеснение устаревших терминов (пляска святого Витта – хорей), добавление одного или двух имен к уже существующему эпонимическому термину (синдром Шарко – Матри – Туса – Гофмана; болезнь Клиппеля – Треноне – Вебера – Рубашева, синдром Роя – Марото – Кремпа – Куртрекуза – Аладжила и др.). Такие номинации, по мнению лингвистов-исследователей, усложняют коммуникацию между медиками, приводят к путанице и недопониманию. Кроме того, термины-эпонимы часто утрачивают связь с клиническими проявлениями заболеваний. Например, многие болезни носят имена людей, которые их описали, но не отражают их симптомы и патогенез. Например, Синдром Лазаря назван в честь библейского персонажа, Синдром Плюшкина назван в честь персонажа Гоголя и т.п. Это делает их менее информативными и трудно запоминающимися, особенно для студентов и начинающих специалистов. Акцент на эпонимы может снизить качество медицинского образования и понимания патологии.

Таким образом, вопрос о необходимости использования эпонимов в медицине остаётся открытым. Очевидно, оптимальным решением будет сохранение традиционных названий в сочетании с современными описательными терминами, что обеспечит учет как исторической, так и практической ценности в медицинской практике.

Подольская Ю.А., Потапова Н.М., Архипенко Н.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ОСИ ИНТЕРЛЕЙКИН-23/ИНТЕРЛЕЙКИН-17 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) — хронический воспалительный артрит неясной этиологии со сложным аутоиммунным механизмом развития, поражающий мелкие суставы и внутренние органы. Считается, что ось интерлейкин-23 (IL-23) / интерлейкин-17 (IL-17) играет решающую роль в патогенезе этого заболевания.

Цель: проанализировать результаты недавних исследований на людях и животных, затрагивающих основные механизмы данных цитокинов в патогенезе РА.

Материалы и методы: В исследовании использованы материалы баз данных ресурсов Pubmed, Embase, eLibrary.

Результаты и обсуждение: IL-23 индуцирует дифференцировку наивных CD4⁺ Т-клеток в высокопатогенные Т-хелперы (Th17/ThIL-17), которые продуцируют IL-17, IL-17F, IL-6 и TNF- α , но не IFN- γ и IL-4. IL-17 участвует как в раннем, так и в позднем РА, способствуя активации фибробластоподобных синовиоцитов, остеокластогенезу, привлечению и активации нейтрофилов, макрофагов и В-клеток. Установлено, что синергизм между IL-17 и TNF- α запускает выработку провоспалительных медиаторов (IL-1 β , IL-6, IL-8, PGE2) и матриксных металлопротеиназ, способствуя прогрессированию раннего воспаления в сторону хронизации процесса. Дифференциация остеокластов значительно индуцируется в присутствии IL-17. Было показано, что IL-17 и IL-23 отсутствовали в здоровых суставах, тогда как их повышенные уровни были обнаружены в сыворотке и синовиальной жидкости пациентов с РА. Повышенная доля CCR6⁺ Th17-клеток была описана в периферической крови пациентов с ранним РА, не получавших лечения, и в синовиальном суставе пациентов с РА. К тому же, клетки Th17 были связаны с клиническими параметрами (индекс воспалительной активности РА - DAS28, уровень С-реактивного белка и наличие антител к антицитруллинированному белку (АСРА), высокоспецифичных для РА). На моделях мышей установлено, что животные с дефицитом IL-23p19 (IL23a^{-/-}) были защищены от развития мышинной модели РА. У этих мышей отсутствовали IL-17-продуцирующие CD4⁺ Т-клетки.

Патогенез РА состоит из двух фаз: фазы праймирования, включающей ось IL-23/IL-17, и эффекторной фазы, включающей деградацию костей и хрящей. Сначала IL-23 побуждает клетки Th17 вырабатывать IL-17 и IL-6. IL-17 стимулирует выработку воспалительных медиаторов (TNF- α). Это впоследствии повышает в моноцитах экспрессию RANKL, что активирует остеокласты, разрушающие хрящ и вызывающие резорбцию костей. Остеокласты активируются IL-17 и В-клетками посредством RANKL и продукции аутоантител (АСРА). В синовиальных фибробластах пациентов с РА IL-17 стимулирует экспрессию мРНК и белка IL-23p19, а синергическое действие TNF- α и IL-17 стимулирует экспрессию мРНК IL-23p19 в фибробластоподобных синовиоцитах. Через IL-6 наивные Т-клетки дифференцируются в клетки Th17 и клетки Th2, последние активируются IL-4. Клетки Th2 и Th17 впоследствии способствуют активации В-клеток для продукции аутоантитела, включая ревматоидный фактор и АСРА, приводящие к активации остеокластов, воспалению и эрозии костей. В синовиальной жидкости резидентные нейтрофилы генерируют протеазы и реактивные кислороды, которые вызывают деградацию костей и хрящей. Значительная роль IL-17 при РА подчеркивается в успешных клинических испытаниях Иксекизумаба (антител, блокирующих IL-17A), уменьшающего разрушение костей, отек суставов и воспаление.

Выводы: Ось IL-23/IL-17 критически важна для развития аутоиммунитета и может являться потенциальной терапевтической мишенью для РА. Перспективные терапевтические методики для модуляции этого иммунного пути разрабатываются или уже одобрены. Блокада активности IL-17 и/или Th17-клеток в сочетании с анти-ФНО-терапией может стать успешным подходом к достижению стабильной ремиссии или даже профилактике РА.

Полийчук Н.А., Носкова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ

Гиперкоагуляционный синдром (ГКС) представляет собой патологическое состояние, при котором наблюдается избыточная активность системы свертывания крови, что выражается в повышенной склонности к тромбообразованию. Характерными признаками ГКС являются клинические и лабораторные показатели гиперкоагуляции, активация множества факторов и компонентов свертывающей системы, а также сниженная активность фибринолиза [Захаров, 2019]. Примечательно, что при этом синдроме отсутствуют явные признаки острого тромбоза, однако риск его возникновения остается высоким. В акушерской практике особое внимание уделяется «акушерскому» гиперкоагуляционному синдрому, который часто сопровождает осложненные беременности. Данная разновидность ГКС обычно связана с врожденными и приобретенными тромбофилиями, представляя серьезную угрозу как для здоровья матери, так и для плода [Воробьев, 2016].

К гиперкоагуляционному синдрому (ГКС) предрасположены примерно 5% внешне здоровых людей, что указывает на его скрытую распространенность в общей популяции. У беременных женщин ГКС выявляется значительно чаще, достигая 25–35% случаев, особенно при осложненном течении беременности [Захаров, 2019].

ГКС характеризуется рядом специфических лабораторных признаков, которые указывают на повышенную свертываемость крови. Среди них наблюдается укорочение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и протромбинового времени, что указывает на ускорение процессов коагуляции. Также отмечается повышенная активность тромбоцитов, играющих ключевую роль в формировании первичного тромба [Park, 2021].

Нередко при заборе крови у таких пациентов она начинает свертываться прямо в игле, а в пробирке сгусток формируется очень быстро, однако этот сгусток обычно рыхлый и непрочный. Фибринолитическая активность оказывается умеренно сниженной, что также способствует поддержанию гиперкоагуляционного состояния, хотя острые тромбозы, как правило, отсутствуют. Гиперкоагуляция также отчетливо выявляется на тромбоэластограмме, а уровень D-димера может быть слегка повышен, отражая небольшую активацию фибринолиза в ответ на избыточное тромбообразование. Данные признаки в совокупности помогают в диагностике ГКС и позволяют провести его дифференцировку с другими состояниями свертывающей системы [Ernst, 2021].

Повышенная свертываемость крови обуславливает повышенный риск тромбообразования. Кроме венозных тромбозов развитие ГКС может привести к нарушению кровообращения плаценты, что имеет критическую значимость для нормального развития плода. Следует также отметить, что плацентарная недостаточность может повлечь за собой задержку внутриутробного развития, а в тяжелых случаях – поражение ЦНС плода, преждевременные роды или внутриутробную гибель плода. Последствия ГКС для матери могут проявляться в виде осложнений послеродового периода - тромбоза глубоких вен и тромбофлебита. ГКС у беременных представляет серьезную угрозу для здоровья матери и плода.

На развитие гиперкоагуляции могут влиять такие факторы, как возраст, генетическая предрасположенность и семейный анамнез тромбофилий, а также хронические стрессовые состояния. Дополнительно риску способствуют сосудистые нарушения, избыточная масса тела, низкая физическая активность, обезвоживание и наличие хронических заболеваний. Данные факторы повышают вероятность гиперкоагуляции, особенно у беременных, для которых контроль за свертывающей системой крови становится ключевым аспектом профилактики осложнений.

Р.В. Капустин и соавторы в результате ретроспективного исследования 1994 беременных женщин, страдающих различными формами сахарного диабета (СД) и преэклампсии (ПЭ), выяснили, что у них выявляется выраженный ГКС, который отличает их от здоровых жен-

щин. Такое состояние характеризуется повышением уровня таких маркеров, как фибриноген, D-димер, гомоцистеин, фактор Виллебранда и фибронектин, а также усиленной степенью и скоростью агрегации тромбоцитов. Вместе с этим отмечается значительное снижение уровня антитромбина III у пациенток с сахарным диабетом, что указывает на дисбаланс антикоагулянтной системы. Корреляционный анализ показал наличие прямой зависимости между уровнем этих факторов и выраженностью нарушений углеводного обмена, а также частотой акушерских осложнений [Капустин, 2021].

В связи с высоким риском тромбообразования, одним из наиболее распространенных методов профилактики развития ГКС является назначение антикоагулянтов, чаще всего – низкомолекулярного гепарина, который имеет длительный эффект и минимальные побочные эффекты. Для беременных женщин с ГКС в легкой форме может быть назначен прием небольших доз аспирина. При ГКС с высокой степенью выраженности беременным женщинам может быть рекомендован прием прямых антикоагулянтов [Kalaitzopoulos, 2022].

Помимо приема медикаментов особую значимость для профилактики и лечения ГКС имеет изменение образа жизни. Так, умеренная физическая активность для улучшения кровообращения в нижних конечностях, здоровое питание и соблюдение водного баланса положительным образом сказываются на состоянии кровотока и снижают риск тромбообразования.

Лечение и профилактика развития синдрома должно проводиться под регулярным мониторингом показателей коалограммы. Дозировка антикоагулянтов для поддержания баланса между минимизацией риска кровотечений и профилактикой тромбозов может быть скорректирована лечащим врачом.

В результате обзорного исследования следует сделать вывод о высокой значимости лечения и профилактики ГКС у беременных для поддержания адекватного состояния системы свертывания крови. Своевременная диагностика, мониторинг показателей и терапия позволяют значительно минимизировать риск осложнений во время беременности.

Пономарева Н.А., Овсянникова И.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ГЕСТАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Клиническая картина и диагностические признаки хориоамнионита (ХА) и внутриутробной инфекции плода разнообразны и в большинстве случаев неспецифичны, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. По этой причине, важен поиск современных и надежных предикторов неонатального сепсиса во время беременности.

Цель исследования – выделить предикторы развития неонатального сепсиса во время беременности.

Ретроспективно было проанализировано 9 случаев рождения детей с признаками неонатального сепсиса, подтвержденного результатами объективного лабораторного, инструментального и гистологического исследования. Материалом исследования являлись истории родов, индивидуальные карты беременных, истории развития новорожденных. При анализе учитывались данные анамнеза, соматического и репродуктивного здоровья женщин, особенности течения настоящей беременности и родов, сроки и способы родоразрешения, состояние плода и новорожденного, морфофункциональные особенности последов. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялись с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016 и PASW Statistics 22.

Средний возраст женщин составил $25 \pm 2,4$ лет, из них первородящих – 5 (55,5%), повторнородящих – 4 (45,5%). Более 80% беременных имели высокий исходный индекс массы тела (ИМТ) и патологическую прибавку массы тела во время беременности свыше 15 кг. У одной пациентки впервые диагностирован гестационный сахарный диабет, У 5 беременных (55,5%) выявлены очаги хронических инфекционных заболеваний (абсцесс подчелюстной области, острый гнойный пиелонефрит на фоне бессимптомной бактериурии, кольпит, гайморит, рецидивирующий воспалительный процесс верхних дыхательных путей).

Преждевременные роды отмечены у 3 пациенток (33,3%). Из числа доношенных детей у 2 диагностированы признаки задержки роста и развития плода. Гипоксия плода в родах выявлена в 6 случаях (66,7%), что стало показанием для экстренного родоразрешения, в 3 случаях проведена операция кесарево сечение и в 3 случаях – вакуум-аспирация или выходные акушерские щипцы. Все дети родились живыми. Оценка по шкале Апгар у новорожденных составила $5,8 \pm 1,3$ баллов (гипоксия умеренной или тяжелой степени). Масса тела детей при рождении составила 2766 ± 850 г, гестационный возраст - $36,7 \pm 2,3$ недель. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС с развитием судорожного синдрома, прогрессированием дыхательной и сердечной недостаточности было отмечено у 8 новорожденных.

Гистологическое исследование последов во всех анализируемых случаях подтвердило наличие ХА, однако клиническая картина ХА была отмечена только у 3 рожениц в 1 периоде родов. На наличие бессимптомного течения ХА указывал ряд признаков: изменение количества околоплодных вод (многоводие 2 случая, маловодие 4 случая), наличие мекония в околоплодных водах (4 случая), отек плаценты (планцентомегалия 1 случай), преждевременный разрыв плодных оболочек отмечен в 8 случаях, длительный безводный промежуток - в 7 случаях.

У большинства беременных этиологическим фактором развития неонатального сепсиса и ХА были условно патогенные микроорганизмы, соответствующие влагалищной микрофлоры матери. Гемолитический стрептококк группы В диагностирован одновременно у матери и плода в 45,5% (4 случая).

Таким образом, к гестационным факторам риска развития неонатального сепсиса следует отнести наличие очагов хронической инфекции матери любой локализации, хроническую гипоксию плода и задержку роста плода на фоне плацентарных нарушений, преждевременный разрыв плодных оболочек и длительный безводный промежуток.

Попандоуло К.И., Акоюн Н.К., Базлов С.Б., Лобков Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

ПАЛЛИАТИВНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

Актуальность: Некротизирующие инфекции, осложняющие течение хронической ишемии нижних конечностей, при отсутствии возможности восстановления магистрального кровотока, часто приводят к вынужденной ампутации. В этой ситуации паллиативные операции, направленные на стимуляцию ангиогенеза, являются единственной возможностью сохранить опорную функцию конечности. Нами разработан и внедрен в клиническую практику способ непрямой реваскуляризации у больных с дистальным окклюзионным поражением артериального русла и хронической ишемией нижних конечностей, основанный на сочетании эффектов механической и клеточной стимуляции неоангиогенеза (Патент РФ №2529410/27.09.14.). Способ заключается в механическом туннелировании мягких тканей конечности с последующим заполнением туннелей аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами (PRP-Plated Rich Plasma).

Цель: Оценить эффективность предлагаемого способа стимуляции ангиогенеза.

Материалы и методы: Способ применен у 76 пациентов с некротизирующими инфекциями нижних конечностей, осложнивших течение критической ишемии нижних конечностей при сочетании периферического атеросклероза и диабетической ангиопатии, с индексом «путей оттока» R. Rutherford более 8,0 баллов. Всем больным выполнялось триплексное сканирование с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), транскутанная оксиметрия (TcPO₂), компьютерная томография с контрастированием и определением перфузионного индекса (ПИ) на основании ед. Хаунсфилда. PRP в объеме 20 мл получали «ex tempore» из аутокрови на стандартном лабораторном оборудовании при режиме центрифугирования 1660 g в течение 10 мин.

Результаты: У всех больных при поступлении диагностирована III-IV степень ишемии, осложненная некротизирующей инфекцией на уровне стопы. Показатели ЛПИ составили $0,32 \pm 0,06$, TcPO₂ – $29,8 \pm 2,3$ мм Hg, ПИ – $1,17 \pm 0,09$ у.е. Реваскуляризацию проводили на 2-3 сутки после поступления в стационар. Под контролем УЗИ при помощи тубусных скальпелей Ø 0,6 см формировали 3 туннеля в мышечных футлярах голени в непосредственной близости от сосудисто-нервных пучков, в каждый туннель вводили по 6-7 мл PRP со средним содержанием активных тромбоцитов – $1351,7 \pm 96,3$ тыс./мкл. Осложнений после операции не наблюдали. Клинический эффект проявлялся через 12-14 суток после операции и заключался в снижении выраженности болевого синдрома. Контрольные исследования проводились в через 2 недели и 1 месяц после операции. Через 2 недели, после проведенной паллиативной реваскуляризации, при УЗДГ достоверных изменений ЛПИ и скоростных показателей магистрального кровотока не выявлено. Отмечено недостоверное ($p=0,068$) увеличение TcPO₂ до $34,8 \pm 2,1$ мм Hg и достоверный ($p=0,043$) прирост ПИ до $1,28 \pm 0,03$ у.е. У 31 (40,8%) пациента лечение признано эффективным. У этих больных на фоне улучшения перфузии тканей нижних конечностей за счет развития капиллярной сети при применении активной хирургической тактики удалось сохранить опорную функцию конечности и ограничиться метатарзальными ампутациями или ампутациями на уровне стопы. В остальных случаях распространение гнойно-септического процесса на функционально важные зоны стопы послужило показанием к вынужденной высокой ампутации конечности. Через месяц после операции показатели ЛПИ оставались без изменений. Установлен достоверный ($p<0,05$) рост TcPO₂ до $37,2 \pm 3,4$ мм Hg и ПИ до $1,41 \pm 0,03$ у.е. при значительном клиническом улучшении течения ишемии.

Заключение: Предлагаемый способ стимуляции ангиогенеза приводит к образованию новой капиллярной сети, формированию «перетоков», что приводит к улучшению коллатерального кровообращения в пораженной конечности и позволяет улучшить результаты лечения некротизирующих инфекций на фоне хронической ишемии при невозможности выполнения прямой артериальной реконструкции.

Попова И.А., Симрок В.В., Мельникова Д.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону
ООО «Кетимед Гарант», Севастополь

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Частота перитонеальных спаек малого таза (ПСМТ) у женщин увеличивается с каждым годом, при этом спайки 1-2 степени встречаются у 39-44% женщин репродуктивного возраста, а спайки 3-4 степени – у 56%. Общемедицинское значение проблемы спаек связано с тем, что с ними в своей практике встречаются врачи разных специальностей, но чаще акушеры-гинекологи, хирурги, урологи, терапевты. По данным различных авторов, послеоперационное спайкообразование встречается у 70-90% больных, перенесших полостные операции. Однако, как при операции, так и воспалении органов малого таза, первым звеном в механизме формирования спаек, является повреждение брюшины, которое является пейсмейкером каскада патогенетических механизмов спайкообразования. Поэтому, очень важно именно в первые 3-е суток адгезиогенеза определить наличие спайкообразования. Общепринятым является мнение, что установить с точностью диагноз ПСМТ возможно лишь с использованием эндоскопических методик.

Одним из достоверных методов прогнозирования развития ПСЖТ мы считаем изучение состояния метаболитов соединительной ткани, таких как гидроксипролин и гексозамины. Данные метаболиты являются достаточно вероятными критериями, которые отражают активность процесса и степень дезорганизации соединительной ткани при многих заболеваниях. Назначая патогенетически направленную терапию против образования спаек, и оценивая маркеры спаечного процесса, мы сможем влиять на течение этих процессов и предупреждать развитие спаек.

Кроме общепринятых клинико-лабораторных обследований, нами у 85 женщин репродуктивного возраста с ВЗОМТ также был изучен обмен метаболитов соединительной ткани – содержание белковосвязанного гидроксипролина (БСГ) и свободного гидроксипролина (СГ) в сыворотке крови с целью неинвазивной оценки спайкообразования в малом тазу. БСГ и СГ в крови здоровых женщин присутствуют в незначительных концентрациях ($56,2 \pm 2,4$ мкмоль/л и $48,2 \pm 3,2$ мкмоль/л соответственно). Наши исследования показали, что на фоне острого воспалительного процесса в малом тазу увеличивается уровень БСГ более чем в 1,5 раза. Скорее всего, на наш взгляд, это связано с тем, что во время манифестации воспалительного процесса в тканях органов малого таза выделяются продукты распада тканей протеинового происхождения. Одним из них является гидроксипролин. Гидроксипролин – это аминокислота, входящая в состав белка соединительной ткани - коллагена, где его уровень составляет около 13% от всех других аминокислотных остатков. В других белках животного происхождения его практически нет, поэтому гидроксипролин является объективной «отметкой» наличия и количества коллагена, и может служить клиническим индикатором метаболических процессов соединительной ткани. При грануляционно-фиброзных процессах, когда происходит усиленная продукция коллагена, концентрация гидроксипролина в крови повышается. Полученные данные указывают на то, что ВЗОМТ сопровождаются грануляционно-фиброзными процессами, и как следствие, усиленной продукцией коллагена. Назначение противоспаечной терапии позитивно влияет на уровень гидроксипролина, снижая его практически до уровня здоровых женщин.

Заключение. Определение уровня гидроксипролина является клинически значимым биохимическим скринингом в оценке формирования ПСЖТ и эффективности противоспаечной терапии.

Попович В.В., Ластков Д.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОНЬЮНКТИВИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В 2012-2021 ГГ.

Цель работы состояла в оценке неспецифического влияния тяжелых металлов на заболеваемость и распространенность конъюнктивита у населения техногенного региона, в т.ч. в условиях последствий военного и эпидемического дистресса при локальном военном конфликте.

Материалы и методы. В качестве объекта окружающей среды нами была выбрана почва г. Донецка, а в качестве модели загрязнения – концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (далее – ТМ), период полувыведения которых из почвы составляет от десятков до тысяч лет. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почвах г. Донецка. Выполнены расчет и анализ уровней заболеваемости и распространенности конъюнктивита среди основных групп населения (дети, подростки и взрослое население, в т. ч. лица пенсионного возраста) с учетом возрастных и гендерных различий по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, в сравнении со среднегородскими показателями в течение 4-х временных периодов: довоенного (2012-2013 гг.), переходного военного – начала боевых действий (2014-2016 гг.), стабильного военного (2017-2019 гг.) и пандемии (2020-2021 гг.). Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat. Различия между показателями довоенного и военных периодов, возрастными и гендерными группами, городскими районами оценивались методом множественных сравнений Шеффе. Рассчитаны коэффициенты корреляции ($p < 0,05$) между максимальной кратностью превышения концентрации тяжелых металлов в почве каждого района и показателями состояния здоровья населения.

Результаты и обсуждение. В течение всего анализируемого периода наибольшие (как правило, достоверно) показатели распространенности (заболеваемости) конъюнктивитов были у подростков и детей. Минимальные показатели были характерны для групп взрослого населения, а в контрольном районе – для подростков. Однонаправленная групповая динамика в военные периоды наблюдается в загрязненных районах, в т.ч. из зоны военного конфликта, в отличие от контрольного района. Последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие тяжелых металлов на уровни распространенности (Pb, Sr, Al, Tl + военный дистресс) и заболеваемости (Pb, Sr, Al, Cu, P, Zn, Cd, Mn + военный дистресс) конъюнктивитом подростков, заболеваемости детей-школьников (Hg + военный + эпидемический дистресс). Для взрослого населения данные факторы риска не относятся к приоритетным.

Максимальные показатели заболеваемости и распространенности конъюнктивитов отмечаются в контрольном районе: среди взрослого населения – все периоды, среди детей – в военные периоды, среди подростков – только в период пандемии. В довоенный и оба военных периода наибольшие уровни у подростков наблюдаются в загрязненных районах, минимальные – в «чистом» районе.

Гендерные различия характеризуются тенденцией к превалированию уровней конъюнктивитов мальчиков у детей и девушек у подростков, а также женщин у взрослого населения контрольного района. У взрослого населения загрязненных районов отличия достоверно носят противоположный характер, что объясняется влиянием вредных условий труда у мужского населения. С началом локального военного конфликта, как правило, наблюдается снижение показателей конъюнктивитов у детей пострадавших районов и подростков загрязненных районов; для взрослого населения характерны противоположные тенденции.

Потанов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» НА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПОСРЕДСТВОМ ПРОБЫ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ

В настоящее время уровень здоровья и физической подготовленности молодёжи вызывает серьёзные опасения. Не являются исключением и будущие врачи. Опыт показывает крайне низкий уровень осведомлённости молодёжи, в целом, и студенчества, в частности, о здоровом образе жизни (ЗОЖ).

С целью решения проблемы нами разработан и внедрён в систему подготовки врачей в ДонГМУ курс «Основы здорового образа жизни». При формировании данной учебной дисциплины использован опыт работы с учащимися старших классов школ г. Донецка. В частности, при позитивных общих тенденциях, ранее мы отмечали низкий уровень результатов, показанных обучающимися при сдаче контрольных нормативов по предмету «Физическое воспитание». Также осталась актуальной проблема настороженности педагогов при проведении не только соревновательных мероприятий, но и занятий физическими упражнениями, предусмотренными программой в средних и высших учебных заведениях.

Для оценки эффективности преподавания ЗОЖ изучены реакции организма на задержку дыхания путём сравнения показателей гемодинамики. Прототипами нашего метода стали общеизвестные пробы Штанге и Генче. При их использовании на достоверность результата могут повлиять особенности функционального состояния, не связанные с характером эксперимента, например, наличие или отсутствие переутомления. У молодых людей, не занимающихся подготовкой к спортивным соревнованиям, также ещё и субъективные факторы, например, нежелание испытуемого максимально долго задерживать дыхание.

Предложенная нами «Проба с задержкой дыхания комбинированная» не предусматривает каких-либо чрезмерных воздействий на испытуемого. Она включает в себя задержку дыхания в положении сидя на 20с после субмаксимального выдоха, после этого глубокий субмаксимальный вдох и последующая задержка дыхания на 20с. Перед выполнением пробы мы определяли артериальное давление крови (АД) и частоту пульса (ЧП). Также определение АД и ЧП производили – непосредственно после выполнения пробы, через 2 минуты и через 3 минуты после её завершения.

Ранее при проведении дыхательных проб показатели гемодинамики не изучались.

В ходе исследований протестировано 274 человека.

Полученные результаты подтвердили опасения, связанные с возможными неблагоприятными реакциями организма наших студентов. Так, в начале семестра, у 17,2% были отмечены повышенные величины АД, у 39,0% – пониженные, у 2,2% имели место дистонические проявления. После завершения изучения основ ЗОЖ, в конце семестра, уменьшилось количество студентов до 2,6% – с повышенным АД, до 35,4% – с пониженным. Дистонических проявлений при этом отмечено не было.

Студентов с тахикардией в начале семестра выявлено 47,4%, с брадикардией – 2,6%. В завершающие недели изучения основ ЗОЖ эти показатели уменьшились, соответственно, до 41,6% и 0,7%.

Возросло количество обследованных, имевших величины в пределах физиологической нормы, по АД – с 41,6% до 62,0%, по ЧП – с 50,0% до 57,7%.

Полученные данные позволяют оценивать предложенный вариант нагрузки при оценке функционального состояния организма как щадящий и безопасный для здоровья.

Также есть основания констатировать эффективность воздействия на функциональное состояние студентов посредством обучения основам ЗОЖ. Это, в свою очередь, подтверждает правильность выбранной нами концепции «Здоровье через образование».

Потанова Н.М., Ефимова С.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕТРОВАКЦИНОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Актуальность. Проблема ВИЧ-инфекции на протяжении многих лет существования стала не только медицинской, но и глобальной, социально-экономической. Создание даже частично-эффективной вакцины против вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) оказало бы существенное влияние на развитие пандемии ВИЧ-инфекции.

Цель исследования. Изучить наиболее актуальные разработки вакцин против ВИЧ, выделить как наиболее, так и наименее перспективные направления специфической профилактики ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Литературный обзор последних научных публикаций, представленных в электронных базах eLibrary, PubMed, Google Scholar.

Результаты и обсуждение. Генетическое разнообразие и мутации в структуре вируса значительно затрудняют разработку вакцины. Вакцины против ВИЧ неспособны индуцировать продукцию антител, таргетирующих различные штаммы изменчивого вируса (широконеутрализующих антител, ШНАТ или bnAb). У людей с ВИЧ-1 ШНАТ появляются очень редко и поздно, в контексте хронической инфекции, и не защищают от прогрессирования заболевания. Другая проблема — отсутствие адекватной экспериментальной модели данной инфекции на животных. Успешное применение вакцины на обезьянах не гарантирует аналогичного эффекта на людях. Также существует проблема высокой степени риска при проведении клинических испытаний на добровольцах (пример — вакцина Merck rAd5, когда зараженных в опытной группе было больше, чем в контрольной).

Большие надежды возлагались на разработки вакцинного вектора на основе цитомегаловируса (ЦМВ), который у нечеловекообразных приматов можно запрограммировать на дифференциальный вызов реакций CD8⁺ Т-клеток, распознающих вирусные пептиды через рецепторы МНС-Ia, и/или МНС-II, и/или МНС-E, что обеспечивает задержку и выведение вируса иммунодефицита обезьян. Испытания описывают МНС-E-рестриктированные CD8⁺ Т-клетки, индуцированные вектором ЦМВ, как функционально обособленный Т-клеточный ответ, потенциально эффективный против ВИЧ-1.

В настоящее время ведутся активные разработки новых рациональных стратегий создания вакцин, в том числе на основе нативных тримеров оболочки, наночастиц и матричной РНК (мРНК). Исследуемые в ходе испытания IAVI G002 мРНК-вакцины mRNA-1644v2-Core и mRNA-1644 предполагают последовательное введение иммуногенов ВИЧ, доставляемых мРНК, способных индуцировать специфические антитела и направлять их раннее созревание в антитела широкой нейтрализации (bnAb) в В-лимфоцитах. Результаты исследования вакцины Ad26.Mos4.HIV (мозаичные иммуногены, доставляемые аденовирусом 26 типа) и Clade C gp140 с алюминиевым фосфатным адьювантом для усиления иммунного ответа, показали менее 50% эффективности у 81% участников (в рамках испытаний на 3900 добровольцах). Данную разработку можно считать перспективной. Тестируемые в масштабном испытании PrEPVacc (1512 добровольцев) вакцины DNA-HIV-PT123 в сочетании с AIDSVAX В/Е или с CN54gp140, своей эффективности не показали. DNA-HIV-PT123 – ДНК-вакцина, в состав которой входят плазмидные ДНК, содержащие гены возбудителей ВИЧ. Вакцина AIDSVAX В/Е содержит в себе синтетические формы белков gp120 и gp41, кодирующиеся геном env. CN54gp140 – аналогичная вакцина, в основе которой лежит gp140. Таким образом, подобные сочетания являются неэффективными.

Выводы. Разработка вакцины против ВИЧ-инфекции является масштабной, многоплановой проблемой, осложненной как генетической нестабильностью самого вируса, так и социальными, экономическими и моральными препятствиями. Необходим поиск новых подходов и стратегий, а также возможность работы над уже имеющимися вакцинами.

Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗВИТИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ И ИХ РОЛЬ В АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

Актуальность. В настоящее время известно, что эозинофилы играют важную роль в развитии аллергических реакций. При интенсивном изучении роли их, вместе с тем данные о факторах участвующих в развитии, дифференцировке данных клеток во многом отрывочны и противоречивы. Вместе с тем несомненно, что эозинофилы во многом определяют течение различных аллергических заболеваний.

Цель исследования: исходя из современных результатов, проанализировать данные о развитии эозинофилов, систематизировать результаты влияния на данный процесс различных транскрипционных факторов, цитокинов, охарактеризовать роль вышеуказанных клеток в аллергических заболеваниях.

Материалы и методы: Был проведен системный поиск в электронных базах данных PubMed, Scopus, Кокрановской библиотеке, eLIBRARY с использованием заранее определенных поисковых терминов на русском и английском языках (эозинофилы, цитокины, аллергия, аллергические заболевания и др.), чтобы выявить соответствующие исследования по эозинофилам, их развитию и связи с особенностями течения различных аллергических заболеваний. .Отобранные исследований были проанализированы и наиболее значимые из них (215) использованы в работе.

Результаты и обсуждение. На основании опубликованных данных показана характерная морфология и структура эозинофилов обуславливающая их иммунорегуляторные и эффекторные функции.

Эозинофилы развиваются из рестриктированных предшественников (ЕоР), которые дифференцируются из общих миелоидных предшественников. Исходя из обобщенных литературных данных, показано, что развитие эозинофилов зависит от сложного взаимодействия факторов транскрипции (ФТ) и цитокинов. Комбинаторная активность GATA-1, -2 и PU.1 обуславливают развитие эозинофилов. В регуляции развития эозинофилов участвуют также интерферон-регулирующий фактор 8 взаимодействующий с факторами C/EBP α и PU.1, FOG-1, противодействующий транскрипционной активности GATA-1. Именно GATA-1 ФТ является одним из ключевых факторов развития эозинофилов.

Дальнейшая дифференциация клеток в зрелые эозинофилы требует существенных перестроек с экспрессией большого количества генов (почти 1200). Изменение экспрессии их в течение дифференцировки ЕоР в зрелые клетки превышает количество изменяемых активность генов при формировании рестриктированных предшественников эозинофилов почти в 2,5 раза. Следует отметить дифференцированное действие различных изоформ C/EBP ϵ , действие XBP1, Helios (IKZF2) и Aiolos (IKZF3) и других факторов транскрипции. В различных этапах развития эозинофилов, формировании эффекторных функций данных клеток, возникновения эозинофилии участвуют цитокины, в том числе IL-5. Комплекс IL-5, GM-CSF и в меньшей степени IL-3, способствует выживанию зрелых эозинофилов, стимулирует созревание коммитированных предшественников.

Ряд аллергических заболеваний связан с участием эозинофилов. Эффекторные и иммунорегуляторные функции данных клеток определяют фенотипы многих аллергических болезней. С эозинофилами ассоциируются тяжесть течения ряда из них (бронхиальная астма, atopический дерматит и др.).

Выводы. Таким образом, показано, что развитие эозинофилов обуславливается сложным комплексом транскрипционных факторов и цитокинов. С действием эозинофилов связаны фенотипы многих аллергических болезней.

Приходько Д.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

В настоящее время минно-взрывная травма (далее МВТ) является наиболее частым ранением, полученным в результате боевых действий. Согласно данным военно-медицинского управления Минобороны России число МВТ достигает 70% от общего количества боевых ранений.

МВТ – травма, полученная в результате комплексного воздействия поражающих факторов минно-взрывного устройства (ударная волна, минные осколки и т.п.) с вовлечением в патологический процесс органов и систем в различных сочетаниях. Специальная научная литература на протяжении многих лет описывает дискуссии по определению критерий, позволяющих определить тактику лечения у раненых с сомнительным прогнозом жизнеспособности нижней конечности. При выборе тактики лечения необходимо принимать во внимание следующие факторы:

1. Сохранение конечности при МВТ требует неотложного объёмного, и довольно травматичного хирургического лечения, что негативно сказывается на общем состоянии пациента.
2. Высокий риск контаминации раны, что может привести к тяжёлым инфекционным осложнениям (вплоть до инфекционно-токсического шока).
3. Прогнозирование функциональных возможностей сохранённой конечности в сравнении с экзопротезом.

Кроме того, можно выделить инвалидизацию, тяжёлую психологическую нагрузку при ампутации, расходы, сроки лечения и медико-социальной реабилитации. Вышеперечисленное позволяет говорить о высокой степени субъективности, зависящей от множества факторов, индивидуальных в каждом клиническом случае.

Для объективизации тяжести повреждения конечности шкалы, позволяющие принять решение о сохранении конечности либо сохранении её сегмента. Широко используется шкала оценки тяжести травмы конечностей Mangled Extremity Severity Score (MESS), индекс спасения конечностей Limb Salvage Index (LSI), прогнозирующий индекс спасения Predictive Salvage Index (PSI), травма нерва, ишемия, травма мягких тканей, травма скелета, шок и возраст пациента – Nerve injury, Ischemia, Soft-tissueinjury, Skeletal injury, Shock, Age of patient Score (NISSSA) и шкала перелома Ганновера-97 Hannover fracture scale (HFS-97). Однако описано множество случаев, при которых данные шкалы не продемонстрировали свою эффективность, т.к. между показателями шкал и выбором врачебной тактики не было чёткой однозначной взаимосвязи.

Для предотвращения ампутации требуется обеспечить неотложную помощь на передовом этапе, эвакуацию, своевременную диагностику и лечение, что не всегда возможно в условиях боевых действий, индивидуальный подход.

Таким образом, шкалы оценки тяжести травмы конечностей должны использоваться в качестве ориентира, но необходима комплексная оценка ситуации, основным вектором принятия решения является индивидуальный подход к каждому клиническому случаю с учётом как объективных, так и субъективных аспектов.

Провизион А.Н., Зубаревская О.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ 25-ОН ВИТАМИНА D

Цель. изучить клинико-эпидемиологические особенности гнездной алопеции (ГА) у больных с хронической герпесвирусной инфекцией (ХГВИ) в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические и клинические данные 90 больных ГА (61 женщины и 29 мужчин) в возрасте от 8 до 71 лет (средний возраст $33,9 \pm 1,5$ лет), получавших лечение в условиях дневного дерматовенерологического отделения Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера МЗ ДНР с 2016 по 2024 год. В связи с целью нашей работы для дальнейшего анализа больные ГА были разделены на две группы: 1-я группа – 56 больных ГА с ХГВИ (средний возраст $31,8 \pm 1,9$ года) и 2-я группа – 34 больных ГА без ХГВИ (средний возраст $37,4 \pm 2,4$ лет). Изучали и анализировали следующие клинико-анамнестические данные ГА: количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, клиническая тяжесть и взаимосвязь количества эпизодов и тяжести дерматоза. Концентрацию 25-ОН витамин D в сыворотке крови больных определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе SUNRISE (TECAN, Австрия) с использованием набора 25-ОН Vitamin D ELISA для количественного определения концентрации 25-ОН витамина D в сыворотке (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lubeck, Германия).

Результаты. Выявлено, что среди больных ГА с ХГВИ, в отличие больных ГА без ХГВИ, статистически значимо чаще встречались лица с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы – 42 (75%) и 19 (55,8%) больных соответственно. У больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D, дерматоз чаще имел 3 и более рецидивов – 24 (57,1%) и 2 (14,3%) больных соответственно. Установлено, что продолжительность рецидива дерматоза более 12 месяцев была у 25 (59,5%) больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, и лишь у 3 (21,4%) больных ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D. Больные ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы чаще имели средне-тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D – 36 (85,7%) и 8 (57,1%) больных соответственно.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость определения концентрации 25-ОН витамина D у больных ГА с ХГВИ с целью оптимизации ведения больных.

Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Провизион А.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР, Луганск

ПУЗЫРНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ПОЛОСОВИДНОЙ АТРОФИИ КОЖИ

Атрофии кожи характеризуется истончениями и утратой эластичности кожи, атрофическая кожа гладкая и сморщенная, вызывает ощущения мягкости и сухости, присутствует телеоэктазии. Атрофия кожи может быть эпидермальной, дермальной и одновременно эпидермальной и дермальной. Одновременное развитие атрофии эпидермиса и дермы отличается при полосовидной атрофии кожи. Чаще болеют женщины, реже – мужчины. Полосовидную атрофию кожи (*Stria atroficans distensae, stretch marks*) впервые описал Roederer в 1773г. По Langer (1880) в образовании атрофических полос повинно растяжение соединительной ткани (*Distensio cutis*). Kustner (1876) указал, что основные изменения происходят в эластической коже. Причины окончательно не установлены. Среди причин - нарушение в системе гипофиз-кора надпочечников, как симптом болезни Кушинга, длительное применение кортикостероидов(наружно, внутрь), эндокринные (подростковый возраст, беременность), механические факторы (быстрое уменьшение или увеличение веса), тяжелые инфекции(тиф, скарлатина, туберкулез, сифилис), генетическая предрасположенность(снижение экспрессии гена коллагена и фибронектина), предполагается роль фибробластов в патогенезе стрии, в фибробластах из стрий обнаружено снижение экспрессии фибронектина и коллагена I и II типов). Гистологически в ранней стадии обнаруживается воспалительная, преимущественно лимфоцитарная инфильтрация вокруг сосудов, в поздней – истончение эпидермиса и дермы, разрежение и исчезновение эластических волокон. На границе с пораженной кожей выявляются утолщения, скручивания, гомогенизация и истончение коллагеновых волокон.

Полосовидная атрофия кожи имеет своеобразную клинику в виде полосы линейной, иногда извилистой формы, вначале возвышающейся над уровнем кожи розово-синюшного, затем синюшно-фиолетового цвета, без субъективных ощущений, расположенных по линиям Лангера, но не всегда, могут располагаться перпендикулярно направлению натяжению кожи. Постепенно воспалительная окраска полос бледнеет, исчезает полностью, остаются атрофические полосы белого цвета. У беременных с сахарным диабетом они имеют желтоватый оттенок (отложение липидов в дерме). Выделяют 3 стадии: острая стадия (*stria rubra*), подострую (пурпурные стрия), *stria alba* белые атрофические полосы – хроническая стадия. Локализация – различная, чаще живот, грудь, бедра, ягодицы.

Предложено много методов лечения: третиноин (в активной стадии), увлажняющие кремы Trofolastin, Альфастреш, гликоливая кислота, витамин E, масла, микродермабразия, лазеры и др. Приводим наблюдение клинического случая полосовидной атрофии. Больной, 35 лет, обратился к дерматологам с жалобами на наличие изменений на коже бедра. Занимается тяжелой атлетикой, принимает анаболики. Объективно: на коже левого бедра расположены атрофические полосы в виде звёздчатых очертаний, длиной от 5 до 10 см, шириной центральной полосы, расположенной продольно до 2 см, синюшно-фиолетового цвета, с крупными пузырями прозрачным содержимым, тонкой покрывкой, на месте вскрывшихся – эрозий. Анамнестические данные, клинические проявления дали основание установить у больного диагноз: полосовидная атрофия, буллезная форма. В доступной литературе нам не встретились публикации с пузырьными проявлениями полосовидной атрофии кожи.

Прокофьева В.Н., Каплун А.И., Прокофьева Т.И., Ярошевич В.С.

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛОГИСТИКА ПРИ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, КАК ОСНОВА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Реалии продолжающегося военного конфликта на Донбассе таковы, что раненые среди военных и пострадавшие среди мирного населения, по прежнему, составляют основной контингент приемного отделения хирургического профиля. Рассмотренная нами ранее (2022 г.) проблема оказания специализированной помощи не только не потеряла свою актуальность, но и приобрела новые очертания, и поставила перед нами новые вопросы, требующие решения.

Цель: оценка имеющейся логистики, касаемо времени пребывания раненых и пострадавших в приемном отделении, и поиск новых путей более рационального использования времени приема пациентов.

Материалы и методы. Проведен количественный и качественный анализ обращаемости в приемное отделение №2 ГБУ РКБ им. М.И.Калинина и оказания помощи 4179 взрослым пострадавшим обоего пола, из них 4067 раненых военнослужащих и 88 – пострадавших из числа мирного населения с военной политравмой разной степени тяжести и, в том числе, сопровождающейся шоком. Для определения доминирующего повреждения использовали шкалу балльной оценки тяжести травм, разработанной в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, основанной на применении частотно-регрессионного анализа и статистического сравнения тяжести повреждений по исходу и длительности периода нестабильной гемодинамики при них. Для оценки логистики учитывали лечебно-диагностические, вспомогательные структуры и штатных специалистов ГБУ РКБ им. М.И.Калинина.

Результаты и обсуждение. Установлено, что распределение поступающих по тяжести состояния выглядело следующим образом: хорошее и удовлетворительное (состояние) - 47% (военные и мирные примерно в равном количестве): балл шокогенности (БШ $3,1 \pm 0,08$), время пребывания в приемном отделении (ВППО) - от 30 мин до 1,5 часа; из них: пациенты средней тяжести: БШ $4,8 \pm 0,11$, ВППО в среднем, около 2х часов. Тяжелое - 43,3% (преимущественно, военные): БШ $7,0 \pm 0,06$, ВППО свыше 2х часов. Крайне тяжелое (шок, в том числе) - 9,7% (преимущественно, военные): БШ $7,0 \pm 0,06$, ВППО 5 минут (экстренная госпитализация в реанимационное отделение). Достоверно установлено, что тяжесть состояния поступивших непосредственно влияет на время пребывания в приемном отделении. Это связано как с необходимостью участия врачей смежных специальностей в вопросах диагностики и оказания неотложной помощи, так и проведении диагностических процедур (УЗИ, ЭКГ, эндоскопия, СКТ, рентген), которые выполняются как непосредственно в помещениях приемного отделения, так и в корпусе или удаленно – в соседних корпусах. Эти (последние из указанных) логистические точки путей пациентов во время приема являются нерациональными, т.к. требуют транспортировки с привлечением младшего и среднего медперсонала, который вынужденно оставляет рабочее место и отвлекается от процесса приема других пациентов и выполнения своих непосредственных обязанностей. Определено, что поток раненых и пострадавших невозможно рассортировать на «чистый» и «гнилой» ввиду наличия в приемном отделении только одной перевязочной. ВППО увеличивается многократно в случае необходимости проведения в приемном отделении реанимационных мероприятий, ввиду отсутствия для этого реанимационной палаты (помещения) и штатной единицы врача-реаниматолога.

Выводы. Основными недостатками, увеличивающими ВППО, мы считаем несовершенную штатно-организационную структуру отделения, отсутствие единых критериев оценки тяжести состояния пострадавших и алгоритма оказания необходимой адекватной помощи на догоспитальном этапе. Считаем рациональным организацию приемного отделения хирургического профиля с полным набором лечебно-диагностических подразделений и необходимым штатом специалистов, что позволит улучшить оказание квалифицированной помощи во временных и качественных показателях.

Прокофьева В.Н., Коваленко А.О., Смирнова К.Н., Тисленко А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ШОКА ПРИ ВОЕННОЙ ПОЛИТРАВМЕ, КАК ОСНОВА УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Актуальность. С началом СВО, к большому сожалению, количество раненых и пострадавших из числа военных и мирного населения увеличилось более, чем на 20%. Этот факт определяет необходимость постоянной готовности к оказанию помощи в экстремальных условиях и требует определения некой усредненной структуры травм по локализации, характеру и тяжести. Для диагностики чаще всего применяется шкала количественной (балльной) оценки тяжести (шокогенности) (ШКОТ) отдельных видов травм, разработанная в НИИ СП им.И.И. Джанелидзе, основанная на применении частотно-регрессионного анализа и статистического сравнения тяжести повреждений по исходу и длительности периода нестабильной гемодинамики при них. Общий балл шокогенности определяется путем суммирования баллов отдельных травм.

Цель исследования. Определить целесообразность применения метода ШКОТ, объективность отражения тяжести военной травмы и шока, условия определения доминирующего повреждения, изучить структуру доминирующих повреждений.

Материал и методы исследования. Проведен анализ оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе 152 взрослым пострадавшим обоюбого пола с тяжелой военной травмой, сопровождающейся шоком. Для определения доминирующего повреждения оценивали тяжесть всех полученных повреждений по шкале балльной оценки тяжести травм. Преобладающими зонами ранения рассматривались изолированные повреждения грудной и брюшной полостей, органов малого таза, а так же голова и шея (включая челюстно-лицевую область).

Результаты и обсуждение. Изолированная травма (ИТ) диагностирована в 18 случаях (12%), множественная травма (МТ) – в 60 случаях (39,5%), сочетанная травма (СТ) – в 80 (48,5%). Оценка тяжести повреждений выявила, что балл шокогенности при ИТ составил – $3,1 \pm 0,08$; при МТ – $4,8 \pm 0,11$; при СТ – $6,0 \pm 0,21$. Полученные нами результаты исследования свидетельствуют о том, что в 88% случаев (140 наблюдений) у пострадавших имела место травма множественного или сочетанного характера. Наибольшее количество доминирующих повреждений – это повреждения грудной и брюшной полостей, которые в сумме составляют – 65,42%. Следует отметить, что, несмотря на разные абсолютные величины повреждений туловища, головы и шеи – 110 и 42 наблюдения соответственно, наблюдалось почти одинаковое распределение по фазам и степеням шока в относительных величинах. Наибольшее количество СТ дают повреждения головы, грудной клетки, живота, тазовых органов. В то же время, прослеживается четкая тенденция возрастания МТ в ряду: грудь, таз, голова и шея. Однако не частота переломов при СТ, как таковая, определяет актуальность рассматриваемой проблемы. Несмотря на очевидный прогресс в лечении таких пострадавших, летальность при сочетанных травмах остается высокой, достигая 15,3-43,5%, в силу интенсивного кровотечения и быстрого нарастания гемодинамических расстройств. Анализ эффективности лечебных мероприятий, проводимых на догоспитальном этапе, позволил создать шкалу качественной и количественной их оценки. Летальность при ИТ составила – 0,34%, при МТ – 1,4%, при СТ – 12,2%. К основным недостаткам системы организации лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями (МТ и СТ, в первую очередь), существующей в настоящее время, следует отнести несовершенную штатно-организационную структуру отделений, занимающихся оказанием экстренной помощи, а так же отсутствие единых критериев оценки тяжести состояния пострадавших и алгоритма оказания необходимой адекватной помощи.

Выводы: для определения доминирующего повреждения, применительно к военной политравме, метод балльной оценки шокогенности травм (ШКОТ) является удобным, адекватным, достоверным и позволяет определить объективность тяжести военной травмы и степени шока на догоспитальном этапе.

Прокофьева Т.И., Павленко М.Ю., Горшков Л.В., Арутюнян Д.Г., Арутюнян М.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ООО «Никадент», Донецк

ГБУ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 6 г. Донецка», Донецк

К ВОПРОСУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА

Актуальность: вопрос эффективности эндодонтического лечения не теряет своей актуальности, так как регистрируется большой процент случаев, в которых после эндодонтического лечения сохраняется или развивается очаг деструкции в периапикальных тканях.

Цель исследования: определить наиболее эффективно действующий антисептический раствор и метод медикаментозной обработки корневого канала при лечении периодонтита.

Материалы и методы: был проведен анализ результатов лечения периодонтита у 72 пациентов, в которых оценивалась эффективность внутрикорневого применения антисептиков, таких как гипохлорит натрия, хлоргексидин, ЭДТА (с УЗ- и гидродинамической активацией препаратов).

Результаты и обсуждение: мы получили убедительные данные, что основным и наиболее эффективным раствором для ирригации является раствор гипохлорита натрия в концентрации от 3% до 5,25% (положительный результат в 64% случаев). Следуя исследованиям R. R. Cooper & P. L. Tomson, которые были направлены на изучение влияния концентрации раствора гипохлорита натрия, времени контакта и метода активации, и в результате которых было установлено, что вне зависимости от метода активации, увеличение концентрации (до 5,25%) и времени контакта (до 3 мин) приводит к лучшему проникновению раствора в дентинные каналы, мы учитывали факт, что полное проникновение антисептика происходит не на всем протяжении корневого канала, а только в устьевой и в средней части, поэтому мы использовали метод гидродинамической и УЗ-активации препарата. По результатам контрольного рентген-исследования и клинической картины была выявлена эффективность использования гидродинамических методов ирригации (60,3% случаев). Однако, проведение УЗ-активации было более эффективно. Это проявлялось в быстром стихании воспалительных явлений в периапикальной области (92,3% случаев), и в дальнейшем, отмечались лучшие отдаленные результаты (стабильность через 3 месяца после эндодонтического лечения наблюдалась в 87% случаев, по сравнению с другими методиками, эффективность которых, в среднем, составляла чуть больше 50%). Из недостатков использования раствора гипохлорита натрия мы можем отметить развитие индивидуальных аллергических проявлений, которые проявлялись в появлении тошноты, стойкой (в течение нескольких часов) сухости в полости рта, горького вкуса, нарушения осязания (в 1,3% случаев). После констатации этих фактов, пациентам была проведена коррекция назначений с приемом препаратов антигистаминного ряда. Применение нами раствора Хлоргексидина 2% в стандартной схеме лечения периодонтита (согласно Клиническому Протоколу, рекомендованному МЗ РФ) тоже были получены убедительные результаты, однако они выглядели значительно скромнее, по сравнению с применением гипохлорита натрия (66,2% против 92,3%). Препараты ЭДТА 17% и гель RS-Prep для расширения корневого канала и растворения неорганической пленки мы использовали в конце обработки канала, после ирригации гипохлорита натрия, путем экспозиции в канал на 1 минуту. Данная (классическая) методика показала свою состоятельность в 88,6% лечения сложных случаев периодонтитов, где основное заболевание сопровождалось анатомическими особенностями каналов (сужение, сплющивание, искривление апикальной части).

Выводы: анализ результатов лечения позволил нам определить, что наиболее эффективным раствором для ирригации является гипохлорит натрия в концентрации 3% - 5,25%. Увеличение времени контакта раствора с поверхностью дентина (в среднем, на 3 минуты) улучшает его инфильтрацию. УЗ- метод активации препаратов для обработки корневых каналов имеет преимущество как перед гидродинамической, так и перед стандартной ирригацией, а включение в комплекс лечения препаратов ЭДТА значительно усиливает эффективность обработки каналов при комплексном лечении периодонтитов.

Протасова С.А., Колесников А.Н., Головки О.К.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Микробиоту кишечника у детей рассматривают как один из жизненно важных экстракорпоральных органов, определяющих здоровье человека в детском и взрослом возрасте. В течение первых лет жизни состав кишечной микробиоты претерпевает значительные изменения, на которые влияет множество факторов. Изменения в составе микробиоты кишечника у детей взаимосвязаны с развитием заболеваний желудочно-кишечного тракта и разнообразной инфекционной и неинфекционной патологии, в том числе за его пределами. К числу наиболее значимых изменений микробиоты следует отнести снижение видового разнообразия нормобиоты, уменьшение численности ключевых представителей филонетаболического ядра микробиоты, присутствие условно-патогенных микроорганизмов и маркеров инвазивности/токсигенности. Лабораторная оценка микробиоты кишечника у детей требует применения в клинической практике доступных, современных, основанных на фундаментальных достижениях науки, валидированных для детей методов.

Наши представления о микробиоте кишечника претерпели значительные изменения благодаря внедрению новых лабораторных технологий. Еще в конце XX в. большую часть как научных, так и рутинных микробиологических исследований проводили с помощью культурального (бактериологического) метода. Появление современных молекулярных подходов, не требующих выделения чистой культуры, заставило серьезно пересмотреть текущие представления о пищеварительной микробной экосистеме человека.

В клинической практике для оценки состояния микробиоценоза кишечника рекомендовано использовать комплекс микроскопических, культуральных, биохимических, физико-химических методов исследования.

Микроскопический метод как этап выполнения копрологического исследования позволяет выявить только йодофильную микрофлору и дрожжеподобные грибы, которые в норме отсутствуют.

Культуральный (бактериологический) метод - единственный, который позволяет выделить живой микроорганизм и исследовать его биологические свойства. Однако большинство представителей микробиоты кишечника человека относятся к труднокультивируемым или некультивируемым группам микроорганизмов.

Метаболомные исследования предназначены для определения спектра низкомолекулярных органических соединений, продуцируемых микроорганизмами или входящих в их состав.

Метод газовой хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) определяет спектр специфических жирных кислот, входящих в состав микроорганизмов. На основании профиля жирных кислот формируется заключение о наличии в исследуемом материале широкого спектра микроорганизмов, в том числе бактерий, вирусов и грибов (всего 57 параметров).

Молекулярно-генетические методы являются альтернативой культуральному (бактериологическому) исследованию. В первую очередь комплексное изучение микробиоты кишечника возможно с использованием технологии массового параллельного секвенирования молекул ДНК в исследуемом образце, например фрагментов генов, кодирующих 16S рРНК, или целого бактериального генома.

Количественная полимеразная цепная реакция с детекцией результатов в реальном времени (ПЦР-РВ) - многообещающий метод точного количественного определения бактерий (в том числе труднокультивируемых и некультивируемых) для применения в рутинной практике. Использование видо- или группоспецифичных праймеров и последующее нормирование полученных результатов на количество копий генов-мишеней (обычно это гены для рибосомальных РНК) позволяют определить количество микроорганизмов в биоматериале.

Подводя итоги, можно отметить, что формирование здоровой микробиоты у детей закладывает фундамент для успешного развития иммунной системы и общего состояния здоровья. Расширение возможностей исследования микробиоты требует преодоления текущих ограничений технологий. Высокая стоимость, отсутствие детальной исследования у новорожденных — лишь некоторые препятствия на пути к программе рутинной диагностики. Но будущее здесь, и оно обещает новые открытия и интеграцию новых подходов в клиническую практику.

Проценко О.А., Горбенко Ал.С., Корчак И.В., Киосева Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Цель. Изучить влияние стресса на дебют и течение дерматозов различного генеза.

Материал и методы. Были обследованы 194 человека, проживающих в зоне активных боевых действий и подвергающихся постоянному стрессорному воздействию. 164 пациента с хроническими дерматозами. Группой сравнения были 30 лиц аналогичного возраста, проживающих в тех же условиях, но без дерматологической патологии. Контрольными были нормативные показатели, полученные ранее у лиц, не страдающих дерматологической патологией и не проживающих в ЗЛК, по данным лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской Академии наук. Для определения уровня тревожности использовали опросник Спилбергера-Ханина, Шкалы госпитальной тревоги и депрессии – HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale). Определяли состояние вегетативной системы по индексу Кердо. Использовали опросник А.М. Вейна для определения уровня вегетативной дисфункции и Шкалу удовлетворённостью жизнью.

Результаты. По опроснику HADS выявлено, что у всех больных хроническими дерматозами были различной степени выраженности симптомы тревоги (по шкале тревоги) и депрессии (по шкале депрессии). У большей части – 58 (50,9%) больных установлена клинически выраженная тревога (11 и более баллов), субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) была у 31 (27,2%) больных. По шкале депрессии у 56 (49,1%) больных обнаружена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов), у 35 (30,7%) больных была выявлена субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов). У 50 (43,9%) больных дерматозами был высокий уровень ситуативной тревожности, у 55 (48,3%) больных – высокий уровень личностной тревожности, у 33 (28,9%) больных - умеренная тревожность по шкале ситуативной тревожности; у 31 (27,2%) больных умеренная личностная тревожность - по шкале личностной тревожности. По опроснику А.М. Вейна выявлено, что выраженная вегетативная дисфункция была у 86 (75,4%) больных. Установлено, что 58 (50,9%) больных оценивали свое качество жизни как неудовлетворительное (5-15 баллов). При анализе вегетативного тонуса отмечено, что у 35 (21,3%) больных был нормотонический вегетативный тонус, у 51 (31,1%) - ваготонический вегетативный тонус, у 78 (47,6%) больных – симпатикотонический вегетативный тонус.

Выводы. Проведенные комплексные исследования патопсихологических и вегетативных особенностей больных хроническими дерматозами выявили различной степени выраженности посттравматические стрессовые расстройства, которые должны быть учтены при проведении и планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Лукьянченко Е.Н., Перцева Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КОСМЕТОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Цель. Провести анализ контингента слушателей, получивших профессиональную переподготовку по косметологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета непрерывного медицинского и фармацевтического образования с 2021 по 2024 гг.

Материал и методы. Проведен анализ результатов анкетирования, уровня профессиональной подготовки и мотивации к переподготовке по косметологии слушателей 7 проведенных 4-х месячных курсов за последние 4 года.

Результаты. Проведена профессиональная переподготовка по косметологии 24 врачам. В соответствие с профессиональными стандартами врача-косметолога, утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №2н от 13 января 2021 года к обучению были допущены лишь лица, имеющие высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Дерматовенерология». Из 24 врачей дерматовенерологов сразу после ординатуры было 7 (29,2%) обучающихся, со стажем до 3-х лет – 2 (8,3%), со стажем от 3-х до 5 лет – 8 (33,3%), со стажем свыше 5 лет – 7 (29,2%). Работали в бюджетных и частных лечебных учреждениях 8 (33,3%) врачей, только в бюджетных учреждениях здравоохранения – 2 (8,3%), только в частных – 14 (58,4%). Все 24 врача имели предшествующий опыт косметологической практики. В соответствие с рекомендуемыми трудовыми функциями разработанная программа обучения включала диагностику и коррекцию врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человека, преждевременного и естественного старения, инволюционной дегенерации кожи и ее придатков, подкожно-жировой клетчатки и мышечного аппарата. Большое внимание было уделено освоению и совершенствованию практических навыков по выполнению инвазивных и неинвазивных косметологических процедур, технологий физиотерапевтических воздействий, оказанию неотложной помощи, развитию навыков коммуникативного общения со сложными пациентами, особенностям ведения медицинской документации и регламентирующим правовым сопровождением. Особый интерес у обучающихся вызывал разбор клинических ситуаций с интерпретацией результатов осмотра пациента, предложением и проведением комбинированной программы коррекции с последующим разбором результатов. Отмечена необходимость совершенствования и правового урегулирования взаимодействия при обучении практическим навыкам бюджетного учреждения и частных лечебных учреждений.

Выводы. Проведенные данные показывают востребованность этого вида обучения врачами дерматовенерологами с различным стажем работы по специальности и необходимость совершенствования материально-технической базы обучающей структуры.

Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Темкин В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В ДНР: ОБРАЗОВАНИЕ И ПРАКТИКА

Цель: оценка возможностей обучения и качественной практики по специальности «Дерматовенерология» в Донецкой Народной Республике

Материал и методы. Проведен анализ форм обучения и непрерывного медицинского образования по специальности «Дерматовенерология» в республике за последние 3 года.

Результаты. Обучение по дерматовенерологии проводится в соответствии с профессиональными стандартами Российской Федерации и квалификационными требованиями по специальности. Уровень первичной подготовки – 2-х годичная ординатура по дерматовенерологии, в последующем – повышение квалификации (ПК) продолжительностью 144 часа, 72 часа и 36 часов. При проведении последних используются и дистанционные образовательные технологии. После ординатуры по дерматовенерологии специалисты могут пройти профессиональную переподготовку (ПП) по косметологии (4 мес.), с последующей первичной аккредитацией. В рамках непрерывного медицинского образования кафедра дерматовенерологии и косметологии, согласно внутривузовских реестра, проводит ежемесячно междисциплинарные научно – практические конференции по актуальным проблемам специальности, с презентацией докладов можно ознакомиться на сайте университета. В телеграмм- канале кафедры дерматологии и косметологии «Дерматолог Донбасса» можно ознакомиться с последними статьями отечественных и зарубежных ученых по актуальным вопросам дерматовенерологии и косметологии. В университете издается научно-практический журнал по дерматологии, венерологии и косметологии «Торсуевские чтения», который входит в РИНЦ и в котором, наряду с научными статьями представлены сложные или редкие клинические случаи, опыт лечения дерматозов, новые технологии с дерматологии и косметологии. Результаты качественной практики, свой профессиональный и научный опыт врачи-дерматовенерологи могут представить в виде диссертационных исследований в защитном совете при университете, который по специальности «дерматовенерология» функционирует с 2017 г. Качественная подготовка специалистов невозможна без тесного взаимодействия науки и практики, кафедральных коллективов и сотрудников Республиканских клинических дерматовенерологических учреждений (диспансера и центра). Еженедельные профессорские разборы больных, консилиумы по сложным случаям позволяют перенимать опыт начинающим специалистам. Дерматовенерологи Донбасса тесно взаимодействуют с российскими коллегами, организовано Донецкое отделение Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов России, что также позволяет совершенствовать профессиональное развитие.

Выводы. Приведенные данные показывают, что подготовке специалистов по дерматовенерологии уделяется большое внимание и создаются возможности для постоянного профессионального роста.

Проценко Т.В., Зиаур С.-Т.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОЙ КОЖИ ГЛАЗАМИ ЛИЦ АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Цель: оценить информированность респондентов активного репродуктивного возраста по проблеме «Здоровая кожа».

Материалы и методы. Было проведено анкетирование закрытым способом 70 человек, в том числе 42 женщин и 28 мужчин в возрасте от 16 до 45 лет. Разработана анкета, включающая 12 вопросов, в том числе «Здоровая кожа для вас это...», «Почему вас интересует тема, связанная с понятием «Здоровая кожа»?», «С какими поражениями кожи сталкивались вы или ваши близкие?», «Обращались ли вы уже в учреждения здравоохранения и к какому специалисту?», «Какие учреждения вызывают больше доверия?», «Считаете ли вы здоровье кожи больше проблемой медицинской или эстетической?», «Где вы приобретаете средства ухода за кожей?», «Где вы ищете информацию по этой теме?».

Результаты. В исследовании подавляющее количество опрошенных – 22 (31,4%) составляли женщины в возрасте от 16 до 25 лет; 18 (25,7%) – мужчины в возрасте от 16 до 25 лет; 13 (18,5%) – женщины от 26 до 35 лет; 8 (11,4%) – мужчины от 26 до 35 лет; 5 (7,1%) – женщины старше 35 лет; 2 (2,8%) – мужчины старше 35 лет; 2 (2,8%) – женщины младше 16 лет.

Здоровая кожа для 44 (62,8%) опрошенных представляла собой проблему эстетического характера с упором на визуальное оценивание ее состояния, 26 (37,2%) опрошенных определяли проблему «Здоровая кожа» как показатель состояния здоровья всего организма.

Поражения кожи отмечали 52 (74,3%) респондентов: чаще всего наблюдали акне - 43 (61,4%), на втором месте герпетическая инфекция – 30 (42,8%), на третьем – себорейный дерматит - 28 (40%). Атопический дерматит был у 22 (31,4%), псориаз - у 2 (2,8%) и другие заболевания кожи – у 10 (14,3%). В большинстве случаев у одного респондента наблюдалось больше одного поражения кожи. Только 18 (25,7%) опрошенных не наблюдали каких-либо поражений кожи.

12 (17,1%) опрошенных ранее обращались в учреждения здравоохранения к дерматологу. Больше доверия вызывали коммерческие медицинские центры – у 46 (65,7%), государственным лечебным учреждениям доверяли 30 (42,8%) опрошенных, салонам красоты – 10 (14,3%). У подавляющего большинства опрошенных вопросы, связанные со здоровьем кожи, начинали беспокоить с подросткового возраста. В специализированном магазине средства для ухода за кожей приобретали 28 (40%) респондентов, в аптеке – 12 (17,1%), в отделе бытовой химии супермаркета – 30 (42,9%). Информацию по теме, в основном, искали в интернете - 57 (81,4%), 10 (14,2%) - слушали советы близких и знакомых людей, 3 (4,2%) опрошенных обращались к специалисту.

Выводы. Полученные в результате анкетирования данные обосновывают необходимость совершенствования информационно-образовательных программ по проблеме «Здоровая кожа», особенно среди лиц активного репродуктивного возраста.

Проценко Т.В., Корчак И.В., Арешидзе А.И., Стинская Е.А., Перцева Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭСТЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОЖИ И ОТНОШЕНИЕ К СОМАТИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Цель. Провести анализ оценки состояния кожи и соматического здоровья здоровых лиц на основании результатов анкетирования.

Материал и методы. Опрос проведен у 220 практически здоровых лиц (не считающих себя больными и не обращавшимися за медицинской помощью в течение последнего года), в возрасте от 18 до 65 лет, в том числе 138 женщин и 82 мужчин. Разработанная для опроса анкета включала 27 вопросов, в том числе отражающих состояние кожи лица и волосистой части головы, волос, ногтей, массы тела, наличия хронических заболеваний в анамнезе, приема медикаментозных препаратов.

Результаты. Показано, что, считая себя здоровыми, выпадение волос отметили 36,7% анкетированных, среди которых было значительно больше женщин, чем мужчин – 43,3% и 30% соответственно. Перхоть отмечали 58,3%, среди них также было больше женщин, чем мужчин – 63,3% и 53,6%. Нарушения роста или структуры ногтевых пластинок кистей отметили 30% анкетированных, женщины чаще, чем мужчины – 48,5% и 25,9%. Индекс массы тела в пределах нормы (18,5 - 25) был у 74,2%, в том числе у 75% мужчин и у 74,1% женщин. Предожирение (индекс массы тела в пределах нормы (26 – 30) был у 16,8%, в том числе у 18,1% мужчин и у 21,6% женщин. Ожирение 1 степени (индекс массы 31 - 35) был у 9%, в том числе у 6,9% мужчин и у 4,3% женщин. Ранее хронические заболевания отмечали у себя 38,2% анкетированных, из них 26,7% мужчин и 31,1% женщин. Среди хронических заболеваний чаще были болезни системы пищеварения – у 34,4%, в том числе у 26,7% мужчин и у 24,5% женщин. Нарушения менструального цикла отмечали 24,2% опрошенных женщин, предменструальный синдром – 24,2% женщин. У 26,6% анкетированных было 2 и более хронических заболеваний, в том числе у 13,5% мужчин и у 25,3% женщин. Ежедневно принимали витамины, БАДы, гомеопатические или фитопрепараты 26,9% анкетированных, в том числе 25,9% мужчин и 26,2% женщин.

Выводы. Проведенные исследования показали, что у 38,2% считавших себя здоровыми лицами, были хронические заболевания. Практически у каждой третьей опрошенной женщины были нарушения менструального цикла или предменструальный синдром. Почти каждый третий анкетированный бесконтрольно самостоятельно принимал медицинские препараты, при этом более половины опрошенных имели те или иные проблемы с кожей, волосами или ногтями, воспринимаемыми лишь как эстетическая проблема.

Проценко Т.В., Корчак И.В., Гаруст Ю.В., Симкович Я.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Цель. Провести анализ спектра соматической патологии при псориазе в различных возрастных группах, обосновывающий стратегию персонафицированного подхода к ведению больных.

Материал и методы. Методом направленного отбора проведен анализ медицинской документации и результатов обследования 255 больных псориазом в возрасте от 18 до 75 лет, в том числе 156 мужчин и 99 женщин, обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР за период с сентября 2020 г по март 2024 г. Все пациенты были распределены в три возрастные группы: первая группа - молодой возраст (18 – 44 лет), вторая группа - средний возраст (45 – 59 лет), третья группа - пожилой возраст (60 – 75 лет). Соматическую патологию устанавливали на основании анализа медицинской документации, результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований, заключений соответствующих специалистов.

Результаты. Показано, что сопутствующая соматическая патология была у 85,6% больных, в том числе в возрастной группе 18 лет – 44 года – у 74,5%; в возрастной группе 45 – 59 лет – у 87%, в возрастной группе 60 – 75 лет – у 100%. Среди больных псориазом одна соматическая патология отмечена у 23% больных, две – у 47,5%, три – у 24,8%, четыре – у 3,8%, пять – у 2,9%. Установлено, что наибольший удельный вес среди сопутствующей патологии принадлежал болезням системы кровообращения – 34%, эндокринной системы – 30%, пищеварительной системы – 32%. Метаболические нарушения и инсулинорезистентность были у 31,3% больных, заболевания мочеполовой системы – у 17,8%, заболевания нервной системы – у 13,7%, ЛОР-органов – у 28,9%. Наиболее частым заболеванием была гипертоническая болезнь – 27,1%, на втором месте – сахарный диабет и инсулинорезистентность – 25,6%, на третьем месте – заболевания щитовидной железы – 17,8%. Наследственность по псориазу была отягощена у 21,6% пациентов. Псориатический артрит был у 18,6%. Показаны факторы дебюта псориаза в различных возрастных группах. Выявлены особенности встречаемости соматической патологии в зависимости от пола пациента и возрастной группы больных.

Выводы. Выявленные данные диктуют необходимость комплексного клинико-лабораторного обследования больного при каждом рецидиве дерматоза и выбора лечебно-диагностической и реабилитационной программы с учетом степ псориаза и соматического статуса.

Проценко Т.В., Краснощёких А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Цель: оценить дерматоскопические паттерны при розацеа различной степени выраженности клинических проявлений.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 54 больных с розацеа, в т.ч. 45 женщин и 9 мужчин в возрасте от 25 до 60 лет с различными клиническими подтипами дерматоза, из них 30 больных с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом (ЭТП), 18 – с папуло-пустулезным подтипом (ППП), 6 – с фиматозный подтипом (ФП) розацеа.. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа DermLite DL4 (3Gen Inc., USA). Оценивали особенности, характер и степень выраженности 2-х сосудистых дерматоскопических признаков: эритемы и телеангиэктазии, выражали в баллах, где 0 баллов – признак отсутствовал, 1 балл – слабо выражен, 2 балла – умеренно выражен, 3 балла – резко выражен. Определяли количество пораженных зон лица (щека левая, правая, нос, лоб, подбородок, веки) с использованием коэффициента (К), где К 0 – пораженных зон нет, К 0,1 – одна зона поражена, К 0,2 – две зоны поражены, К 0,3 – три зоны поражены, К 0,4 – четыре и более зон поражены. Полученные данные были положены в основу разработки способа определения тяжести розацеа.

Результаты: при всех степенях тяжести розацеа присутствовали различного характера и степени выраженности сосудистый дерматоскопический паттерн. При оценке площади поражения по зонам, установлено, что у всех больных были поражены 2 и более зон лица, в т.ч. 2 зоны - у 30 (56%) больных, 3 зоны - у 18 (33%) больных, четыре и более зон - у 6 (11%) больных. Степень выраженности эритемы у больных розацеа составила в среднем $2,0 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $2,2 \pm 0,9$ балла.

При анализе подтипов розацеа установлено, что при ЭТП 2 зоны были поражены у 24 (80%) больных, 3 зоны – у 3 (10%) больных, 4 и более зон – еще у 3 (10%) больных. Степень выраженности эритемы составила в среднем $2,0 \pm 0,2$ балла, телеангиэктазий – $2,2 \pm 0,4$ балла.

При ППП 2 зоны были поражены у 9 (50%) больных, 3 зоны – у 6 (30%) больных, 4 зоны – у 3 (20%) больных. Степень выраженности эритемы составила в среднем $1,8 \pm 0,1$ балла, телеангиэктазий – $1,9 \pm 0,2$ балла.

При ФП розацеа у 3х больных была поражена одна зона – нос, у остальных – несколько зон (отофима, гнатофима). Степень выраженности эритемы составила в среднем $1,7 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $1,9 \pm 0,2$ балла.

Выводы: Дерматоскопический индекс тяжести — это перспективный инструмент для оценки и мониторинга розацеа. Учитывая его простоту и неинвазивность, его использование в клинической практике может значительно улучшить результаты лечения и повысить качество жизни пациентов с этим заболеванием. Необходимы дальнейшие исследования для валидации данного индекса и его использования в различных клинических условиях.

Проценко Т.В., Лозунов П.В., Кишеня М.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА RS2070744 ГЕНА NOS3 У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Цель: оценить влияние rs2070744 гена NOS3 на риск развития токсикоаллергических дерматозов (ТАД) у онкологических больных на фоне полихимиотерапии.

Материалы и методы. Обследованы 120 пациентов, в том числе 61 больной ТАД с онкопатологией (основная группа) и 59 пациентов без ТАД и без онкопатологии на момент включения в исследование и в анамнезе (группа сравнения). Обе группы были репрезентативны по полу и возрасту. Полиморфизм rs2070744 гена NOS3P определяли методом полимеразной цепной реакции с флуоресцентной детекцией продуктов в режиме реального времени на амплификаторе «IQ5» (BIO-RAD США) с использованием реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС-PВ», NOS3 (С-786Т), НПФ «Литех» (Россия).

Результаты. Распределение генотипов и аллелей полиморфизма rs2070744 гена NOS3P в группах сравнения выявило статистически значимые различия для предракового генотипа ТТ ($p=0,045$) и аллелей ($p=0,013$). Установлено, что в основной группе генотип ТТ встречался в 1,48 раз чаще, чем в группе сравнения. Гетерозиготный (ТС) и минорный (СС) генотипы также отмечены чаще в 1,18 ($p=0,52$) и 1,93 ($p=0,083$) раза в основной группе, чем в группе сравнения, но их распределение было статистически не достоверно. Предковая аллель Т в группе сравнения встречалась в 1,28 раз реже, чем в основной группе (55,7% и 71,2%, соответственно, $p=0,013$), а минорная аллель С – в 1,54% чаще (44,3% и 28,8% соответственно, $p=0,013$). Показана связь аллелей rs2070744 с клиническими особенностями ТАД. Проведенный логистический регрессионный анализ показал, что полиморфизм rs2070744 гена NOS3P коррелировал с увеличением риском развития ТАД в мультипликативной модели ($\chi^2=6,165$; $p=0,014$). Минорная аллель С увеличивала риск развития ТАД в 1,96 раза (ОШ=1,96, 95% ДИ=1,5-3,35), а предковая аллель Т уменьшала риск развития ТАД (ОШ=0,51, 95% ДИ=0,298-0,87). В кододоминантной модели полиморфизм rs2070744 гена NOS3P не имел взаимосвязи с развитием ТАД ($\chi^2=4,82$; $p=0,094$). Установлено, что ТАД частота предковой аллели С была уменьшена, а и увеличена частота минорной аллели rs2070744 гена NOS3P ($p=0,014$). Показано, что наличие в генотипах ТС и СС минорной аллели С увеличивало в 1,96 раз риск развития ТАД у онкобольных в процессе лечения.

Выводы. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации лечения онкобольных и предупреждения развития у них ТАД в процессе проведения специфической терапии.

Проценко Т.В., Милус И.Е., Шпатусько М.Н, Мехова Г.А., Мехова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ ЦИТОГРАММ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ДИФФУЗНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

Цель. Провести анализ цитогрaмм и изучить показатели микроядерного теста буккальных эпителиоцитов у больных атопическим дерматитом (АД) с диффузной алопецией (ДфА) и без нее и определить значимость выявленных изменений для планирования и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Под наблюдением были 176 больных АД в возрасте от 18 до 45 лет, в том числе 88 женщин и 88 мужчин, из которых у 48 больных (24 женщины и 24 мужчины) АД сочетался с ДфА. Контрольной была группа из 42 здоровых лиц (21 женщина и 21 мужчина в возрасте от 20 до 45 лет), не имевших дерматологических проблем на момент осмотра и в анамнезе. Микроядерный теста буккального эпителия определяли по стандартной методике с оценкой общего количества и доли разных типов аберрантных клеток и клеток с ядерными аномалиями на 2000 клеток.

Результаты. Показано, что аберрантные клетки буккального эпителия были во всех сравниваемых группах, в том числе и в контрольной, при этом обращало внимание количественное и гендерное различие. Общее количество аберрантных клеток при АД было $34,72 \pm 2,68\%$ у женщин и $36,39 \pm 4,3\%$ у мужчин; при сочетании АД и ДфА таких больных было $37,27 \pm 3,4\%$ и $39,0 \pm 2,04\%$ соответственно (в контрольной группе - $7,00 \pm 0,59\%$ и $6,47 \pm 0,5\%$ соответственно). Доля двуядерных клеток при АД и у женщин, и у мужчин была почти в 2 раза больше показателей контрольной группы, а у больных АД с ДфА – почти в 2 раза больше, чем у больных только с АД. Так, у больных АД женщин этот показатель составил $3,44 \pm 0,85\%$, а у больных АД женщин с ДфА - $6,05 \pm 0,56\%$; у больных АД мужчин - $3,33 \pm 0,86\%$, а у больных АД мужчин с ДфА - $6,32 \pm 0,83\%$. Аналогичная тенденция прослежена и при анализе доли апоптозных клеток, которые у больных АД в 2-2,5 раза превышали показатели контрольной группы, а при сочетании АД с ДфА – были достоверно выше, по сравнению с больными только АД, как у женщин, так и у мужчин. Клинико-цитогенетические сопоставления показали, что наиболее выраженными нарушения были у больных АД с индексом SCORAD более 30 и у больных АД, даже легкой формой (индекс SCORAD 10-20), но при сочетании с ДфА.

Выводы. Выявленные изменения отражают большую степень выраженности воспалительного процесса при сочетанной патологии, что необходимо учитывать как в процессе лечения больных, так и при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий

Проценко Т.В., Провизион А.Н., Кишеня М.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

Цель. изучить особенности иммунологического статуса у больных с себорейным кератозом (СК).

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента с СК в возрасте от 25 до 86 лет (средний возраст $58,6 \pm 1,6$ лет). Контрольная группа включала 22 человека, отобранных по возрасту и половой принадлежности, аналогичным основной группе, без СК (средний возраст $56,0 \pm 1,3$ лет). Для оценки экспрессии активационных молекул на иммунокомпетентных клетках методом прямой иммунофлуоресценции при помощи флуоресцентного микроскопа с иммерсионной системой «Люам-Р3» (АО «ЛЮМО», РФ) с использованием диагностикумов «Анти-CD3», «Анти-CD4», «Анти-CD8», «Анти-CD16», «Анти-CD22» определяли Т-лимфоциты (CD3), Т-лимфоциты хелперы (CD4); Т-лимфоциты супрессоры (CD8); В – лимфоциты (CD22), натуральные киллеры (CD16).

Результаты. Анализ результатов исследования абсолютного и относительного количества лейкоцитов у больных с СК и лиц контрольной группы не показал статистически достоверных различий. Показатели лейкоцитов находились в пределах нормы и составляли $4,0-9,0 \cdot 10^9/\text{л}$. При этом анализ экспрессии активационных молекул на иммунокомпетентных клетках позволил выявить ряд закономерностей: у больных с СК, по сравнению с контрольной группой, выявлено уменьшение доли иммунокомпетентных клеток. Абсолютное содержание CD3+ клеток у больных СК было ниже в 2,7 раза ($p < 0,001$), в сравнении с контрольной группой по критерию Манна-Уитни. Существенное угнетение хелперной активности лимфоцитов у больных СК выражалось в уменьшении доли CD4+ клеток в 2,5 раза ($p < 0,001$) в сравнении с показателями контрольной группы. Абсолютное содержание CD8+ клеток было достоверно снижено в 1,4 раза ($p < 0,001$) в 4-й группе, по сравнению с контрольной, хотя величины содержания CD8+ клеток находились в пределах $0,1-0,56 \text{ Г/л}$. Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 был ниже в 1,9 раза ($p < 0,001$) в 4-й группе в сравнении с контрольной группой. При сравнении медианных значений количества CD16+ клеток в группах сравнения статистически значимых различий установлено не было ($p = 0,94$). При анализе В-лимфоцитов по уровню экспрессии иммунологического маркера CD22 обнаружено, что у больных СК, в отличие от контрольной, имело место неинтенсивное, но достоверное снижение абсолютного количества В-лимфоцитов в 1,6 раза ($p = 0,034$).

Вывод. Выявлено, что у больных с СК имели место нарушения клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической защиты. Иммунологические нарушения характеризовались депрессией Т- и В-лимфоцитарного звена, активацией цитотоксических лимфоцитов, что свою очередь обосновует применение в комплексном лечении СК иммунокорректирующей терапии.

Проценко Т.В., Тахташов И.Р., Корчак И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Цель исследования: Представить особенности клинических проявлений и сложности диагностики сифилиса с поражением желудка.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации и разбор клинического случая больной Б., 27 лет, направленной врачом онкологом в Республиканский дерматовенерологический диспансер (РКДВД) г. Донецк МЗ ДНР.

Результаты. Жалобы при поступлении на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, общую слабость, снижение аппетита и резкую потерю в весе в течение 1,5-2 месяцев до 12 кг. Из анамнеза заболевания: пациентка обратилась к врачу-терапевту, который, учитывая жалобы, направил её на консультацию в противоопухолевый центр с подозрением на опухоль желудка. В условиях онкологического стационара пациентке проведена фиброгастроскопия (ФГДС) и биопсия с последующим гистологическим исследованием пораженной зоны желудка. Заключение: хроническая язва желудка в стадии обострения, периязвенный гастрит, очаговая дисплазия покровно-язочного эпителия II – III степени. При обследовании в процессе предоперационной подготовки в онкодиспансере выявлен положительный (4+) результат КСР. Пациентка выписана и направлена на консультацию в РКДВД. Эпидемиологический анамнез. Не замужем. Половая связь с малознакомым мужчиной около 7 месяцев назад. Другие половые связи в течение 2-х лет категорически отрицает. Бытовых контактов нет. В течение 2-х лет серологическое обследование на сифилис не проходила. Locus morbi: слизистая полости рта, кожа туловища, волосистой части головы, ладоней, подошв, свободны от специфических высыпаний. В перианальной области одиночная регрессирующая папула округлой формы застойно-синюшного цвета, до 0,2 см в диаметре, безболезненная, с четкими границами. Паховые и периферические лимфатические узлы увеличены до размеров горошины, плотные, безболезненные при пальпации, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой. Результаты серологического обследования: реакция связывания компонента (РСК) с кардиолипиновым антигеном положительная 4+ (титр 1:80), с трепонемным антигеном положительная 4+, микрореакция преципитации (МРП) положительная 4+ (титр 1:8), реакция иммунофлюоресценции (РИФ)-200 и РИФ-абс. положительные 4+ двукратно с интервалом в 7 дней. Результаты обследования и осмотра смежными специалистами: ЛОР-врач патологии не выявил; врач-невролог при осмотре неврологической симптоматики нет; врач-терапевт - без патологии; врач-окулист: глазное дно в норме. Учитывая данные анамнеза, эпиданамнеза, клинического осмотра, результатов лабораторных исследований (положительные серологические реакции по всему комплексу), осмотра смежными специалистами, пациентке установлен диагноз: Сифилис вторичный рецидивный. В условиях стационара КВД назначено лечение согласно существующим нормативным документам. После начала пенициллинотерапии отмечалась положительная реакция обострения Яриша - Геркстеймера: повышение температуры тела до 37,4 С, сыпь в перианальной зоне стала ярче. В процессе специфической терапии на 8-е сутки наступил скрытый период. По окончании терапии КСР остались положительными 4+, но отмечено снижение титра реагинов до 1:40, МРП положительная 4+, титры также снизились до 1:4. Боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, общая слабость прекратились, отмечено прибавка в весе. При повторной ФГС установлено, что язвенный дефект зарубцевался, явления гастрита регрессировали.

Выводы. Окончательный диагноз - сифилис вторичный рецидивный с поражением желудка.

Пузик А.А., Васильева А.Н., Панасенко К.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТРУДНОСТИ ПЕРЕВОДА МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Перевод медицинского текста представляет собой сложный и многоуровневый процесс, требующий не только глубоких знаний в области медицины, но и высокой языковой компетенции.

Существует большое количество работ, в которых исследователи рассматривают отдельные компетенции переводчика: интерпретативную, редактирования, информационно-технологическую, профессионально-коммуникативную, лингво-профессиональную, лингвокультурологическую, межкультурную метаязыковую, лингвострановедческую, социокультурную, текстологическую, прагматическую и др.

Одной из основных проблем перевода медицинских текстов является использование специализированной терминологии, которая может варьироваться в зависимости от культурных и языковых контекстов. Например, нередко встречаются случаи, когда одни и те же термины могут иметь различные значения в разных странах, что способно привести к серьезным недоразумениям.

Тщательный анализ контекста, в котором используются медицинские термины, является ключевым для успешного перевода. Упущение этого аспекта может привести к искажению смысла и, как следствие, к ошибкам в диагностике и лечении. Поэтому перевод медицинского дискурса требует не только профессионализма, но и ответственности, ведь от качества перевода часто зависит здоровье и жизнь людей.

Кроме того, медицинский дискурс насыщен аббревиатурами и акронимами, часто непонятными для людей, не обладающих медицинским образованием. Это создает дополнительные трудности для переводчиков, которые должны не только правильно переводить термины, но и адаптировать текст для целевой аудитории.

Еще одной значительной трудностью в переводе медицинского дискурса является необходимость учитывать различия в медицинских системах и практиках разных стран. Например, основные подходы к лечению одной и той же болезни могут сильно различаться, что требует от переводчика глубокого понимания местных стандартов и рекомендаций. Это может повлиять не только на выбор терминов, но и на стиль изложения, так как разные культуры могут иметь свои предпочтения в представлении медицинской информации.

Также стоит упомянуть о важности культурной адаптации медицинской документации. Например, некоторые медицинские практики могут быть неприемлемы в одной культуре, но широко распространены в другой. Переводчик должен уметь корректно представить такие нюансы, чтобы избежать негативной реакции со стороны целевой аудитории.

Наконец, несмотря на все сложности, перевод медицинского текста является важным инструментом глобального обмена знаниями и практиками. Правильный перевод может способствовать улучшению качества медицинских услуг и повышению общей осведомленности о здоровье, что в конечном итоге может спасти жизни. Поэтому качество перевода должно оставаться на первом месте, особенно когда речь идет о медицинских текстах. Только профессионально подготовленный специалист сможет выполнить качественный перевод, взять на себя ответственность за проведенную работу, соблюсти профессиональную этику и протоколы.

Пшеничная Е.В., Лепихова Л.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕТИПИЧНАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) является наиболее частым этиологическим агентом инфекционного мононуклеоза (ИМ) – вирусного заболевания, вызываемого также цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом герпеса человека 6 типа и др. Типичными клиническими проявлениями острой ВЭБ-инфекции являются: лихорадка (93,9%), полиадения (преимущественно увеличение шейных лимфоузлов – 97,8%), поражение носороотоглотки (99,5%), гепатоспленомегалия (93,5%). О поражении печени, наряду с увеличением ее размеров, свидетельствуют также нарушения пигментного обмена, желтуха и, относительно редко встречающийся, кратковременный цитолитический синдром с гиперферментемией.

Цель: проанализировать особенности течения ИМ у ребенка 3 лет.

Материалы и методы: данные истории болезни пациента с ИМ смешанной этиологии.

Результаты: ребенок А., 3 лет поступил в детское инфекционное отделение на 6 сутки заболевания, с жалобами на повышение температуры до 39,0 С, слабость, боль в правом подреберье, тошноту, иктеричность склер, потемнение мочи. Согласно анамнестическим сведениям, ребенок страдает частыми респираторными инфекциями, переносил осложненную пневмонию.

При поступлении в детское инфекционное отделение общее состояние ребенка тяжелое, обусловленное интоксикацией. Объективно: склеры субиктеричны, слизистая ротоглотки гиперемирована, гепатоспленомегалия (печень выступает на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка на 4 см ниже края реберной дуги).

В клиническом анализе крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, атипичные мононуклеары, остальные показатели – в пределах возрастной нормы. Установлена гиперферментемия, повышение общего и прямого билирубина. Для уточнения возможной причины поражения печени было проведено этиологическое обследование методом ПЦР, ИФА. При этом маркеры вирусных гепатитов А, В и С – не выявлены. ИФА показал наличие антител IgM к капсидному антигену EBV и IgM к ЦМВ.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости подтверждена гепатоспленомегалия, обнаружены утолщение стенок желчного пузыря, перегиб и перетяжка в его нижней трети, а также диффузные изменения печени в виде повышения эхоплотности.

Установлен диагноз: инфекционный мононуклеоз, смешанной этиологии (ВЭБ +ЦМВ), тяжелое течение, паренхиматозный гепатит.

Развитие классической картины ИМ у данного ребенка наблюдали на 9 сутки болезни: шейная лимфаденопатия, поражение носороотоглотки в виде гипертрофии миндалин II степени, белым налетом на них, заложенность носа, нарастание лейкоцитоза.

На фоне противовирусной (ацикловир), учитывая тяжесть состояния, антибактериальной (цефотаксим), и симптоматической терапии (дезинтоксикационная, десенсибилизирующая) на 15 сутки у пациента наступило клиническое улучшение, сопровождавшееся нормализацией лабораторных показателей, в том числе, отражающих функциональное состояние печени. Ребенок выписан под амбулаторное наблюдение с рекомендациями о продолжении терапии и диспансерным наблюдении.

Вывод: описание настоящего клинического случая демонстрирует нетипичную манифестацию ИМ смешанной этиологии с поражения гепатобилиарной системы у ребенка.

Пшеничная Е.В., Токарева М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ

Основной задачей лечения пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) является достижение стойкой ремиссии. В настоящее время метотрексат признан «золотым стандартом» лечения ЮИА и используется как базисный препарат первого выбора. Однако, ему свойственны побочные эффекты, частота развития которых связана, в том числе, с длительностью терапии. На фоне приема метотрексата наиболее часто регистрируются побочные эффекты со стороны пищеварительной, в частности, гепатобилиарной системы.

Цель исследования. Оценка поражения гепатобилиарной системы при ЮИА на фоне терапии метотрексатом.

Материалы и методы. В обследовании приняло участие 22 пациента с ЮИА в возрасте от 3-х до 17 лет, которые находились на лечении в Республиканской детской клинической больнице. Все пациенты получали метотрексат в виде монотерапии. Обследование включало изучение анамнеза, объективный осмотр, выполнение лабораторных исследований. В качестве маркеров поражения печени – синдрома цитолиза, исследовали показатели аспартатамино-трансферазы, аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы. Наряду с этим для констатации синдрома холестаза определяли щелочную фосфатазу, гамма-глутамилтранспептидазу.

Результаты и обсуждения. Среди обследуемых больных преобладали девочки – 59,09 %. Сопутствующая основному заболеванию, патология желудочно-кишечного тракта, в том числе сочетанная, выявлена у 14 пациентов, что составило 63,6% от числа обследованных больных с ЮИА. Наиболее часто ЮИА сопутствовала дисфункция желчевыводящих путей (8 больных – 36,3%), реже – хронический гастрит и хронический гастроудоденит с повышенной секреторной функцией (7 чел. – 31,8%), хронический холецистит и синдром раздраженного кишечника в двух случаях (по 9,1%), дуоденогастральный рефлюкс у одного больного (4,5%).

Показатели синдрома цитолиза зарегистрированы у 12 пациентов из 22, получающих метотрексат в качестве монотерапии, что составило 54,5%; показатели синдрома холестаза – у 7 больных (31,8%).

Выводы. Среди больных ЮИА наиболее часто диагностировали дисфункцию желчевыводящих путей (36,3%). Показатели синдрома цитолиза зарегистрированы у 54,5%, синдрома холестаза – у 31,8%. Полученные данные свидетельствуют о поражении гепатобилиарной системы на фоне длительного приема иммуносупрессивной терапии, в частности метотрексата у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом.

Пятаков С.Н., Муханов М.Л., Дутов В.С., Архипов О.И.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДОЗИРОВАННОЙ ТКАНЕВОЙ ДИСТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

Лечение раневых повреждений мягких тканей различных участков тела является актуальной проблемой современной хирургии и травматологии. В последние годы частота подобных повреждений увеличивается, возрастает количество пострадавших в авариях, катастрофах, при террористических актах и в ходе боевых действий, причем большинство таких пациентов нуждаются в лечении возникающих дефектов кожи и мягких тканей в различных областях.

Цель – демонстрация клинического наблюдения лечения обширного раневого дефекта с помощью усовершенствованной методики дозированного растяжения мягких тканей.

Материалы и методы. Предложено устройство для дозированного растяжения тканей, на поверхности и в глубине раны с контролем силы натяжения без утраты функциональности или начальных характеристик комплекствующих, обеспечивающий дозированное сведение краев раны со средней заданной силой тензии в диапазоне от 15 до 60 Ньютон (Н) и ее постоянном автоматическом контроле, подходящее для всех типов раневых дефектов.

В предложенном нами устройстве «Система дозированного растяжения мягких тканей для лечения обширных раневых дефектов» имеются такие составляющие как:

1. растягивающий элемент на основе спиральной пружины диаметром 3-10 см.;
2. стопорный механизм для обеспечения обратной связи линейным размером 1-3 см.;
3. механизм регулировки натяжения нити, расположенный в начальной точке крепления растягивающего элемента;
4. тензионная нить опционально регулируемых свойств (в т.ч. упругая)
5. неразборный корпус устройства с отверстиями для регулирующего механизма вывода нити.

Все составляющие образуют три целостных блока устройства:

Блок 1 – крепления к раневым поверхностям, блок 2 – создающий натяжение конструкция, включая устройство для оценки натяжения, блок 3 – контроль натяжения с возможностью его автоматической коррекции.

В качестве примера блока крепления (Блок 1) может быть выбрана спица из медицинской стали удобной для применения на конкретной ране длины или фиксация нити при помощи скоб шивающего степлера. Блок 2 может быть реализован разными способами, например, в форме нитей разной упругости, длины и толщины из различных материалов. Блок 3 (контроля натяжения) выполняет функции создания стягивающей силы и контроля ее величины. Стягивающая сила может создаваться разными способами, в разработанном нами устройстве это реализовано механическим приспособлением, а именно, при помощи спиральной пружины, заключенной в неразборном корпусе в герметичный корпус, на оси которой закреплен элемент системы связи – стягивающая нить (Блок 2), крепящаяся к краям раны металлическими скобами, установленными при помощи шивающего степлера.

Заключение. Предложенное устройство для дозированного растяжения мягких тканей для лечения обширных раневых дефектов позволяет решить проблему закрытия мягких тканей обеспечивая равномерную тензию всех слоев краев раны – кожи, подкожно-жировой клетчатки, подлежащих фасций и мышц. Позволяет обеспечить возможность корректного захвата краев раны через все слои при любой конфигурации дефекта покровных тканей.

Основным его преимуществом является возможность, дифференцированного силового воздействия на различные участки краев раны при их постепенном сближении и, что немаловажно, с автоматическим контролем натяжения нитей, обеспечивающих сближение мягких тканей, а также возможность его применения в сочетании с системой вакуумного дренирования раны.

Радзиховская М.В., Пайко К.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Несмотря на принятые меры, ВИЧ-инфекция по-прежнему остается одной из главных угроз для глобального здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения, миллионы людей по всему миру живут с ВИЧ, и количество новых случаев инфекции продолжает расти в различных регионах. Согласно глобальной статистике, общее число людей во всем мире, живущих с ВИЧ, в 2023 г. составило 39,9 млн [36,1–44,6 млн] человек.

С целью противодействия распространения ВИЧ-инфекции, на уровне здравоохранения должны координироваться ресурсы для комплексного подхода с борьбой ВИЧ-инфекции, которые направлены на профилактические, диагностические и лечебные мероприятия, а также психосоциальную поддержку.

Учитывая, что отсутствие единых универсальных эффективных профилактических программ для всего населения приводит к увеличению нагрузки на систему здравоохранения, введено несколько ключевых стратегий для профилактики ВИЧ-инфекции. Они включают как индивидуальные, так и общественные меры профилактики.

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции должна базироваться на дифференциальном подходе с учетом социальных, гендерных, возрастных особенностей различных категорий граждан. По данным исследователей доля ВИЧ-инфицированных военнослужащих по призыву снизилась к 2017 г. до 5 % (за 6 месяцев 2018 г. – не выявлено), с 2015 г. факты инфицирования, связанные с употреблением психоактивных веществ, не регистрируются.

Однако, угроза заноса ВИЧ-инфекции в войска и инфицирования военнослужащих может сохраняться и негативно влиять на мобилизационные ресурсы Российских вооруженных сил. На современном этапе, учитывая условия специальной военной операции, актуальным вопросом является разработка комплексных мер профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, поступивших на контрактную работу. Необходимо проведение консультирования, образовательных кампаний о путях передачи ВИЧ и методах первичной профилактики. Создание эффективной системы мониторинга и оценки прогресса в реализации стратегии, позволит корректировать подходы и стратегии на основе текущей ситуации.

Таким образом, проблема ВИЧ-инфекции требует постоянного внимания со стороны системы здравоохранения, законодательных органов и общества в целом.

Радионов В.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СИСТЕМНЫЕ И КОЖНЫЕ ВАСКУЛИТЫ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Различные формы васкулитов могут ограничиваться только лишь кожей, либо могут быть частью системных первичных или вторичных сосудистых заболеваний. Превращение одной формы аллергического васкулита в другую является закономерностью, описанной неоднократно, хотя эта трансформация встречается нечасто.

Цель и задачи. Поэтапно разобраться в номенклатуре системных и сочетанных кожных васкулитов Chapel Hill Consensus Conference (2012) и сопоставить её с Объединенной рабочей классификации васкулитов Российского общества дерматологов, венерологов и косметологов (Самцов А.В., 2021).

После эндотелиального поражения прямо или косвенно почти все васкулиты протекают одинаково, они отличаются только способом их возникновения и местом локализации в организме. Дерматологам чаще приходится сталкиваться с васкулитами, при которых поражаются средние и мелкие сосуды – артериолы и вены. При данной группе поверхностных аллергических васкулитов кожи В-клетки ошибочно принимают свои антитела за гранулы, выработанные собственными нейтрофилами, при этом одна иммунная клетка атакует другую, это так называемые антинейтрофильные антитела (АНЦА), которые принадлежат к типу IgG.

Материалы и методы. При болезни Шёнлейн-Геноха, с поражением сосудов, АНЦА не действуют, а отмечается повышение в крови уровня антител IgA, которые вырабатываются в клетках слизистых оболочек, контактирующих с окружающей средой, к примеру, легкие, органы пищеварения и др. Симптоматика заболевания зависит от того, где именно происходит атака IgA на мелкие сосуды. Так, при болезни Шёнлейн-Геноха, поражаются преимущественно сосуды нижних конечностей и ягодиц, проявляющиеся пурпурой, реже экхимозами, что является патогномичным признаком данной болезни. В тоже время абдоминальная симптоматика вначале может быть не ярко выраженной и не учтенной дерматологами. При прогрессировании болезни атака IgA на кровеносные сосуды органов пищеварения приводит к схваткообразным болям в животе, рвоте и к абдоминальной катастрофе, что может быть причиной неоправданного хирургического вмешательства, а при поражении почек появляется гематурия и так называемая первичная нефропатия IgA.

К примеру, симптомы поражения органов брюшной полости не имеют специфических черт и узелковый периартериит (болезнь Kussmaul-Maier) может быть заподозрен лишь при учете многообразных клинических проявлений, в том числе и сочетанных кожных в виде *livedo macularis, reticularis et racemosa*. У некоторых больных данные клинические разновидности ливедо могут быть единственным и самостоятельным симптомом болезни Kussmaul-Maier. Субъективно пациенты, наряду с имеющейся кожной симптоматикой, ощущают боль, чаще в икроножных мышцах и суставах нижних конечностей, утомляемость, чувство онемения, парестезии, на что хирурги могут не обращать особого внимания.

Таким образом, благодаря объединенной рабочей классификации васкулитов, созданной Российским обществом дерматовенерологов и косметологов, на сегодня врачи дерматовенерологи смогут постепенно разобраться в этом непростом «винегрете» клинических разновидностей системных и васкулитов кожи. Какие бы изменения не происходили в классификациях васкулитов, как системных, так и кожных, а их были десятки, пока неизменным остается основной принцип лечения – кортикостероиды и цитостатики. В последнее время, применяются генно-инженерные биологические препараты как веяние века, хотя последние не всегда превосходят стандартные средства по эффективности и безопасности и в большинстве случаев могут рассматриваться как препараты резерва.

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Герпесвирусная инфекция (ГВИ) является важной медико-социальной проблемой современного здравоохранения, поскольку затрагивает сферу интересов не только дерматовенерологов и косметологов, но и других специалистов (гинекологов, урологов, онкологов). По данным разных авторов вирусами простого герпеса (ВПГ) инфицировано 70-90% взрослого и детского населения планеты. При этом следует упомянуть, что число вновь заболевших пациентов составляет более 10%.

Клиническая картина заболевания во многом зависит от типа ВПГ, сроков, прошедших после инфицирования, топографии поражения, выраженности местной и общей реакций организма. Поскольку устойчивого иммунитета при ВПГ не существует, у большей части заразившихся пациентов рецидивы заболевания возникают от 2 до 5 и более раз в течение года. Обострению способствуют разнообразные факторы: чрезмерное охлаждение, переутомление, избыточная инсоляция (ультрафиолетовое облучение), физические и психоэмоциональные перегрузки, менструация и др. Поэтому, несмотря на широкий арсенал лекарственных препаратов, как для общей, так и для топической терапии, не всегда удаётся добиться нормализации иммунологических показателей у пациентов, а, следовательно, предотвратить осложнения и рецидивы заболевания. Таким образом, проблема оптимизации лечения ГВИ остаётся по-прежнему актуальной. Возможными путями решения вышеуказанных проблем могут быть сочетания этиотропных, патогенетических и симптоматических средств с поэтапным их применением.

По результатам наших наблюдений в начальную стадию ГВИ, обусловленной как ВПГ-1, так и ВПГ-2, в общей терапии наряду с противовирусными препаратами (ацикловир, валацикловир), новыми средствами иммуномодулирующей и иммунокорректирующей (рекомбинантные интерфероны, интерлейкины и др.) терапии целесообразно в комплексе использовать аскорбиновую кислоту, нестероидные противовоспалительные средства, а также гепатопротекторы (Эссенциале, Гепабене, Гептрал, Гепцифол и др.). После купирования острых явлений заболевания считаем необходимым назначение ферментных препаратов (Трипсин, Воэнзим), адаптогенов, витаминотерапии (Аевит, витамины группы В и др.).

При проведении наружной терапии целесообразно использование противовирусных препаратов (Ацикловир, Панавир, Виферон, Зовиракс и др.) лишь на первом этапе развития воспаления, когда происходят процессы связанные с периодом проникновения вирусов в клетки эпидермиса или слизистых оболочек и наступает внутриклеточный и межклеточный отёк (спонгиоз), что субъективно ощущается пациентами в виде жжения, зуда или боли в месте формирования герпетического очага. В период уже сформировавшихся пузырьков и полной альтерации поражённого участка, использование противогерпетических препаратов не имеет смысла, а есть необходимость применения препаратов способствующих процессам репаративной регенерации.

Таким образом, наш клинический опыт применения поэтапной схемы терапии ГВИ доказывает её эффективность, так как способствует более быстрому и выраженному регрессу герпетических высыпаний и субъективных ощущений, а главное – клиническому выздоровлению и формированию более продолжительных и стойких периодов ремиссии, что, ко всему, имеет большое социальное и эстетическое значение.

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Очаговая склеродермия (ОС) представляет собой аутоиммунное поражение соединительной ткани, характеризуется поражением кожи, подлежащих тканей, имеет хроническое рецидивирующее течение и может вызывать необратимые косметические и функциональные последствия. Диагностика ОС проводится в большинстве случаев клинически. При этом учитываются критерии, характеризующие стадийность патологического процесса, в том числе наличие синюшной эритемы, отека с четкими границами, уплотнения в месте высыпаний с последующим формированием в центре очага атрофии и дисхромии кожи. Одним из вариантов ограниченной склеродермии является идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини, которая представляет собой разновидность склероатрофического процесса, занимающего промежуточное положение между бляшечной склеродермией и первичной атрофией кожи. Манифестирует в виде множественных пигментных пятен на коже с последующим формированием атрофии. Очаги имеют вид запавших бляшек без склонности к регрессу. Ведущим клиническим признаком заболевания считается дисхромия. Ещё одним вариантом ОС является склероатрофический лишай, характеризующийся перламутрово-белыми пятнами, ограниченными эпидермисом и дермой, с характерным вдавлением в центре.

Цель: представить особенности очаговой склеродермии на примере клинического случая.

Клинический случай. Больная А., 17 лет. Поступила 11.11.2024 в Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер с жалобами на распространённые высыпания, без субъективных ощущений. Со слов больной очаги поражения кожи впервые появились в феврале 2020 года на тыльной поверхности стоп, затем постепенно и на других участках кожи. С 2020 года периодически проходит лечение в дерматовенерологическом диспансере с диагнозом «Очаговая склеродермия». Из перенесенных заболеваний – ОРВИ 1-2 раза в год. Аллергологический, гинекологический и наследственный анамнез не отягощены. Сопутствующих заболеваний не выявлено, однако отмечается склонность к полноте.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Патологический процесс носит распространенный асимметричный, мономорфный характер. На коже левой подлопаточной области имеется овальное, лилового цвета слегка отечное пятно, с желтоватой окраской в центре, d до 7 см. На коже левой боковой поверхности поясницы имеются пятна лилового цвета неправильной формы с белесоватым центром и явлениями атрофии кожи по типу «папиросной бумаги». На тыльной поверхности стоп имеются коричневые пятна, кожа плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок кожи сглажен. Волосы в очагах отсутствуют, нет сало – и потоотделения. Окружающая кожа не изменена. При диаскопии окраска элементов не изменяется. В области поясницы присутствуют пятна неправильной формы коричневато-лилового цвета размером 3-7 см, отмечается атрофия кожи и подкожной жировой ткани, уплотнения нет (синдром Пазини-Пьерини). На внутренней поверхности правого плеча, в области правой молочной железы, а также в проекции 1-го поясничного позвонка по ходу позвоночного столба расположены округлые d=0,5-1 см бледно-розового цвета с асбестовидным оттенком пятна, в центре которых – вдавления, а по периферии выражен венчик лилового цвета (признаки склероатрофического лишая).

Заключение. Интерес приведенного клинического случая состоит в редкости сочетания у одной больной разных форм очаговой склеродермии: бляшечной, атрофодермии Пазини-Пьерини и склероатрофического лишая, знания которых необходимы в практике врача-дерматовенеролога и косметолога для своевременной диагностики и лечения склеродермии, учитывая необратимые косметологические и функциональные последствия этого заболевания.

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ МАЙОККИ У ДЕТЕЙ

Пурпура кольцевидная телеангиэктатическая Майокки (*Purpura annularis teleangiectodes Majocchi*) была впервые описана автором в 1896 г. Ранее данную форму дерматоза относили к группе хронических капилляритов. Согласно Объединенной рабочей классификации васкулитов Российского общества дерматовенерологов и косметологов (Самцов А.В., 2021) разработанной после внесения дополнений Европейской академией дерматологии и венерологии (EADV-2018) в номенклатуру консенсусной конференции (Chapel Hill, 2012), пурпура Майокки включена в подгруппу пигментно-пурпурозных дерматозов включающая в себя более десятка нозологий.

Клинически она проявляется своеобразными геморрагическими кольцевидными пятнами – медальонами. Центральная зона элементов сыпи состоит из мелких телеангиэктазий, путём медленного периферического роста пятна увеличиваются, а в центре происходит их обратное развитие. Далее кожа в очагах может слегка атрофироваться с выпадением пушковых волос, в тоже время периферическая часть очага состоит из множества петехиальных элементов. Субъективно высыпания не беспокоят пациентов, иногда отмечается лёгкий зуд.

Цель: представить особенности кольцевидной телеангиэктатической пурпуры Майокки на примере двух клинических случаев у детей.

Клинический случай 1. Больной В., 14 лет. Поступил 07.11.2024 г. в Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер с жалобами на сыпь по всему телу. Из анамнеза: заболел около 2 недель назад, когда появились высыпания на коже верхних конечностей и шеи. В течение 1-2 дней сыпь распространилась по всему телу, субъективно не беспокоила. Причину заболевания связывает с длительным пребыванием на спортплощадке и перенесенной ОРВИ, которую лечил амбулаторно (ибупрофен, амоксилав, азитромицин). Сопутствующий диагноз: хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин II ст. Наследственный анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное; на коже шеи, туловища, верхних и нижних конечностей отмечается распространенная симметричная моноформная сыпь в виде множественных петехиальных и пурпурозных элементов. На коже медиальной поверхности верхних конечностей пятнистые элементы принимают кольцевидную форму с более выраженным ободком и центральной светлой, слегка атрофичной зоной. Чувствительность кожи не изменена.

Клинический случай 2. Больной Д., 17 лет. Поступил 12.11.2024 г. в Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей и ягодиц. Заболел около 3-х месяцев назад, когда появились первые высыпания на коже голени без субъективных ощущений. К врачу не обращался. За 2 недели до начала заболевания перенес острый ринофарингит, лечился самостоятельно (ибупрофен, ингалипт). Активно занимается спортивной борьбой. Причиной обращения к дерматологу стало распространение сыпи на кожу бедер и ягодиц. Наследственный анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное; на коже голени, бедер и ягодиц отмечается распространенная петехиально-пурпурозная сыпь. На коже голени и ягодиц отмечается большое количество кольцевидных пятен бурого цвета, напоминающих медальоны и состоящих из множества петехий. В центре элементов кожа атрофична, отсутствуют пушковые волосы, имеются мелкие телеангиэктазии. Чувствительность кожи не изменена.

Заключение. У наблюдаемых нами детей диагностирована кольцевидная телеангиэктатическая пурпура Майокки. Триггерными факторами в обоих случаях были перенесенная ОРВИ и длительное пребывание на ногах. Отличающими геморрагически-пигментный дерматоз признаками от других клинических разновидностей у пациентов явились стадийность его развития, наличие телеангиэктазий, формирование легкой атрофии, а также характерная кольцевидная форма очагов в виде медальонов, отсутствие субъективных ощущений.

Ребров Б.А., Пахомов Н.А., Князева А.К., Блудова Н.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ПОДХОД К СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Актуальность. Возможность разделения пациентов в зависимости от степени риска развития НПВП-гастропатии (ГП) является актуальной проблемой с точки зрения персонализированного подхода в медицине.

Цель. Оценить возможность применения анкеты для стратификации больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от риска развития ГП.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 110 пациентов с РА, принимавших НПВП на момент включения в исследование. Все пациенты заполняли анкету «Оценка факторов риска НПВП-гастропатии», разработанную на кафедре внутренней медицины ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России.

Результаты и их обсуждение. Всего ГП при ЭГДС была подтверждена у 78 из 97 пациентов (80,4 %). Установлено, что в группе с наличием ≥ 10 баллов симптомов (БС), ГП выявлена у 69 из 82 пациентов (85,2 %), при этом разница с группой, имевшей ≤ 9 БС, оказалась достоверной и значимой ($\chi^2 = 7,10$, $p < 0,05$; ОШ (95 % ДИ) = 4,472 (1,398-14,302)). У пациентов имеющих ≥ 15 БС, ГП выявлена у 65 из 75 пациентов (86,7 %), при этом разница с группой, имевшей ≤ 14 БС, оказалась достоверной и значимой ($\chi^2 = 8,21$, $p < 0,05$; ОШ (95% ДИ) = 9,429 (3,086-28,805)). Среди тех, кто набрал ≥ 20 БС, ГП выявлена у 61 из 65 пациентов (93,8%), при этом разница с группой, имевшей ≤ 19 БС, оказалась достоверной и значимой ($\chi^2 = 22,57$, $p < 0,05$; ОШ (95% ДИ) = 12,559 (3,655-43,156)). Кратность повышения риска при увеличении БС на 5 позволяет проводить стратификацию. Так, пациент, набравший 10-14 БС, может рассматриваться как имеющий умеренный риск развития ГП, набравший 15-20 БС – высокий, и при результате ≥ 20 БС – очень высокий.

Выводы. Анкета, разработанная на кафедре внутренней медицины ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России для оценки риска развития НПВП-гастропатии, позволяет выявить указанный риск при результате ≥ 10 БС с возможностью дальнейшей стратификации риска.

Реброва Д.В., Шихмагомедов Ш.Ш., Алексеев М.А., Краснов Л.М., Фёдоров Е.А., Чинчук И.К., Черников Р.А., Русаков В.Ф., Слепцов И.В., Саблин И.В., Кулешов О.В.

Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ПРИ ОДНОПОРТОВОЙ РЕТРОПЕРИТОНЕСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

Актуальность. Феохромоцитома (ФХЦ) – опухоль из хромоаффинной ткани мозгового вещества надпочечника, способная к гиперпродукции катехоламинов. В настоящее время ФХЦ признана злокачественной опухолью в связи с возможностью метастазирования. Сложность хирургического лечения ФХЦ состоит в опасности развития неуправляемой гемодинамики интраоперационно, в связи с чем длительное время предпочтение отдавалось открытым операциям. В последнее время все большую распространенность приобретают эндоскопические методики, рядом преимуществ обладает ретроперитонеоскопический доступ. Однопортовая модификация обладает более высокой технической сложностью, в связи с чем выполняется только в специализированных клиниках опытными хирургами, однако позволяет достичь снижения интенсивности боли и лучшего косметического результата. В представленном исследовании оценивалась безопасность однопортовой ретроперитонеоскопической адrenaлэктомии ФХЦ с точки зрения интраоперационной гемодинамики.

Цель исследования: оценить интраоперационную гемодинамику при однопортовой ретроперитонеоскопической адrenaлэктомии ФХЦ.

Материалы и методы. В исследовании оценены показания интраоперационной гемодинамики под инвазивным контролем системой PiCCO+ 24 пациентов, первично прооперированных по поводу ФХЦ в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета (КВМТ СПбГУ) с применением однопортового ретроперитонеоскопического хирургического доступа. Данные описательной статистики высчитывались с использованием пакета анализа данных в Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Исследована группа 24 пациентов с ФХЦ, из них 6 мужчин и 18 женщин. Средний возраст составил 45 лет (от 28 до 71 года). Индекс массы тела был преимущественно нормальный, в среднем $23,8 \pm 3,7$ кг/м². 19 пациентов получали предоперационную подготовку доксазолином, тогда как 5 были пролечены без предварительной блокады альфа-адренорецепторов. Средняя продолжительность операции была $73 \pm 21,5$ минуты, при этом размер удаленных ФХЦ – $40,12 \pm 9,3$ мм.

Уровень артериального давления (АД) во время операции, измеренный с помощью инвазивного прямого метода, был максимально $135 \pm 25,5$ мм рт.ст. и минимально $52 \pm 8,9$ мм рт.ст. Количество эпизодов повышения систолического АД (САД) выше 180 мм рт. ст. составило 0,8 (0-4), при этом продолжительность эпизодов с САД выше 180 мм рт. ст. была 6,5 (2-19) минут. Количество эпизодов с диастолическим АД (ДАД) выше 120 мм рт. ст. было 0,4 (0-3) с продолжительностью 5 (1-14) минут. После пережатия центральной вены надпочечника САД составил $103,9 \pm 18,4$ мм рт.ст., ДАД – $60,1 \pm 10,2$ мм рт.ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) при мобилизации надпочечника была $83,6 \pm 17,3$ ударов в минуту, после пережатия центральной вены надпочечника – $80,2 \pm 13,9$ удара в минуту. Летальных исходов и послеоперационных осложнений зарегистрировано не было.

Малая вариативность уровня АД во время операции, особенно, отсутствие значимых его повышений во время мобилизации надпочечника и значимых его снижений после пересечения центральной надпочечниковой вены, в проанализированной группе, вероятно, является совокупностью ряда таких факторов как малый размер опухоли, высокая квалификация опытных хирургов, владеющих сложной методикой однопортовой ретроперитонеоскопической адrenaлэктомии, применение постоянного инвазивного мониторинга при операциях по поводу ФХЦ, а также совершенствование анестезиологической помощи, позволяющей лучше управлять гемодинамикой, избегая интраоперационных осложнений и летальных исходов.

Заключение. Однопортовая ретроперитонеоскопическая адrenaлэктомия является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с ФХЦ.

Редько А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МИКРОФЛОРА ЗУБНОГО НАЛЁТА У ДЕТЕЙ 7-10 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ

На приёме у детского стоматолога нами всегда проводится опрос детей разного возраста на предмет знаний, умений и навыков проведения индивидуальной гигиены полости рта. При этом все опрашиваемые отвечают, что чистить зубы умеют и делают это регулярно, два раза в день. Однако, применение индикаторов зубного налёта для контроля качества чистки показал, что лишь около двух процентов детей младшего школьного возраста (от 6 до 10 лет) обладают необходимыми навыками. Некачественная чистка зубов приводит к развитию воспаления дёсен, а также кариеса и нередко - его осложнений, что способствует ранней потере зубов у детей.

По нашим наблюдениям, у опрошенных отсутствуют и понятия о правильной чистке зубов, и нужные мануальные навыки. Боковые поверхности жевательных зубов некоторые пациенты не очищают практически никогда в связи с труднодоступностью. В этих местах, как правило, даже визуально обнаруживается большее количество зубного налёта, чем на фронтальных зубах. О замене зубной щётки раз в три месяца большинство опрошенных не знает. Вышеописанные факторы приводят к накоплению на зубах разнообразной микрофлоры разной степени активности, что является предрасполагающим фактором развития кариеса. Поэтому было решено исследовать состав налёта вестибулярной пришеечной области шестого нижнего моляра слева (36-го зуба), который в возрасте 7-10 лет является последним и труднодоступным в зубной дуге, до чистки зубов и после неё у детей младшего школьного возраста с множественным кариесом. Материал был получен до и после чистки 36 зуба, проводимой в течение трёх минут, стерильными ватными тампонами. Использовалась обычная гигиеническая зубная паста и новые зубные щетки. Полученный материал, помещённый в стерильные пробирки, доставлялся в бактериологическую лабораторию сразу, в течение одного часа. В лаборатории производили посев материала на плотные питательные среды. После необходимой инкубации определялись культуральные, морфологические и тинкториальные свойства микроорганизмов. Оценивались изменения свойств питательных сред вокруг колоний. Проводился подсчёт колониеобразующих единиц (КОЕ) каждого типа имеющихся микроорганизмов, затем - пересчёт КОЕ на 1 г образца (Г. Шлегель, 1987). Выделенные микроорганизмы идентифицировались с помощью специального микробиологического анализатора – аппарата iEMS Reader (считыватель MF) фирмы «Лабсистемс», Финляндия.

Результаты исследования показали, что качественный и количественный состав микрофлоры зубного налёта у детей 7-10 лет с множественным кариесом в труднодоступной области 36 зуба до его чистки оказался выше, чем после. При этом перед проведением индивидуальной гигиены преобладали энтерококки: *Enterococcus columbae*, *Enterococcus cecorum*, *Enterococcus mundtii*. Присутствовали и стрептококки: *Str. Mitis* и *Str. Mitis 1*; также была обнаружена *Gemella Haemolysans* (семейство стафилококков). После чистки зубов качественный состав патогенной микрофлоры несколько уменьшился, количественный – статистически определялся с меньшей в два и более раза степенью погрешности. Были обнаружены *Enterococcus columbae*, *Enterococcus cecorum*, *Str. Mitis 1* и *Gemella Haemolysans*, присутствовавшие до чистки. Появился новый энтерококк *Enterococcus Durans*. Отсутствовал обнаруженный до чистки *Str. Mitis*. То есть, патогенные бактерии на фоне множественного кариеса не исчезли полностью. Есть основания предположить, что после проведения индивидуальной гигиены полости рта незначительное изменение состава микрофлоры в сторону уменьшения и обнаружение нового микроорганизма является следствием его появления из имеющихся нелеченных кариозных полостей, а также неумении чистить зубы качественно. Обучение детей 7-10 лет индивидуальной гигиене полости рта и мануальным навыкам является необходимостью в комплексном проведении плана санации и профилактики кариеса.

Резниченко Н.А., Румянцева З.С., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А.

Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Многообразие клинических проявлений и полисистемность поражения при дисплазии соединительной ткани, высокая ее распространенность среди лиц молодого возраста позволяет рассматривать данное заболевание в качестве актуальной медико-социальной проблемы. К недифференцированным формам дисплазии соединительной ткани (НДСТ) относится генетически гетерогенная группа нозологических форм, связанных с развитием многочисленных хронических заболеваний, набор клинических признаков которых не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний. Следует отметить высокую актуальность дисплазии соединительной ткани в подростковом возрасте. В настоящее время к группе риска по нарушению функции репродуктивной системы относят девочек-подростков с наличием НДСТ. При этом особенности регуляторного звена иммунной системы при дисплазиях соединительной ткани остаются мало изученными и не теряют своей актуальности. Тем не менее, сведений о взаимосвязи синтеза различных цитокинов при НДСТ и нарушениями менструального цикла (НМЦ) у девочек-подростков в доступной литературе нами обнаружено не было.

Цель исследования. Изучить сывороточные уровни провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при НДСТ у девочек-подростков с НМЦ.

Материалы и методы. Обследовано 176 девочек-подростков с НМЦ и НДСТ в возрасте от 11 до 17 лет, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 69 девочек-подростков аналогичного возраста без НДСТ и НМЦ. При постановке диагноза НДСТ руководствовались критериями Т. Милковска-Димитровой. У обследуемых отмечались нарушения менструального цикла, которые заключались в раннем наступлении менархе, гипоменструальном синдроме, симптомах дисменореи, а также маточных кровотечениях пубертатного периода. В образцах сыворотки при помощи иммуноферментных тест-систем исследовали уровни интерлейкинов (ИЛ) -1 β , -4, -6, -10, фактора некроза опухоли альфа – ФНО- α , интерлейкина 17А, остеопротегерина – OPG, лиганда активатора рецептора ядерного фактора κ B – RANKL.

Результаты. Установлено, что сывороточное содержание большинства цитокинов в основной группе не отличалось ($p > 0,05$) от аналогичных показателей здоровых лиц и для ИЛ-1 β составило 2,15 (1,40-2,85) пг/мл, для ИЛ-4 – 1,95 (1,30-2,65) пг/мл, для ИЛ-10 – 3,10 (2,10-4,25) пг/мл, для ИЛ-17А – 1,90 (1,10-2,80) пг/мл, для ФНО- α – 0,00 (0,00-0,30) пг/мл. В то же время лица с НДСТ и НМЦ характеризовались достоверным повышением уровней ИЛ-6 (1,60 (0,90-2,40) пг/мл против 1,05 (0,40-1,55) пг/мл в контрольной группе; $p = 0,002$) и RANKL (3,20 (2,25-4,25) пг/мл против 2,50 (1,55-3,20) пг/мл в контрольной группе; $p = 0,003$). Также в группе сравнения нами была зарегистрирована тенденция ($p = 0,064$) к повышению содержания остеопротегерина до значений 81,10 (62,75-100,30) пг/мл против 78,15 (53,35-78,85) пг/мл у здоровых лиц.

Заключение. Проведенными исследованиями установлено, что при недифференцированной дисплазии соединительной ткани с нарушением менструального цикла у девочек-подростков повышены сывороточные концентрации ИЛ-6 ($p = 0,002$) и RANKL ($p = 0,003$). Полученные данные отражают механизмы цитокиновой дисрегуляции метаболизма и ремоделирования соединительной ткани и свидетельствуют о развитии слабовыраженного системного воспалительного процесса при НДСТ с НМЦ у девочек-подростков. Результаты исследования могут быть использованы для разработки эффективных индивидуализированных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Рогалев А.В., Семикоз Н.Г., Кишеня М.С., Пищулина С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

РОЛЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) в общей структуре онкологической заболеваемости занимает 4-е ранговое место, а среди органов репродуктивной системы – 2-е место (13,3 %) после рака молочной железы (47,8 %). Рост заболеваемости РШМ и смертности у женщин репродуктивного возраста моложе 30 лет занимает 3-е место среди причин смерти, что обуславливает актуальность проблемы данного заболевания как в медицинском, так и в социальном аспекте. В связи с высокой заболеваемостью, частотой рецидивов и смертности особое значение приобретает исследование маркеров, позволяющих прогнозировать развитие РШМ. РШМ, являясь агрессивным видом рака, характеризуется ранним опухолевым ангиогенезом, при котором формируются условия для метастазирования. Ключевыми факторами, участвующими в регуляции опухолевого ангиогенеза, являются васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF) и фактор некроза опухоли α (TNF α). Цель исследования: определить генетическую роль полиморфизмов rs2010963 гена VEGFA и rs1800629 гена TNF α в развитии и прогрессирования РШМ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 женщин (возраст 49 (42;65) лет) с диагнозом плоскоклеточный РШМ I – II стадии (TNM (2009) и FIGO (2018)), которым выполняли гистерэктомию по Вертгейму с последующей лучевой и химиотерапией в период с 2005 по 2023 гг. в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В. Бондаря Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Исследование полиморфизмов rs2010963 гена VEGFA и rs1800629 гена TNF α проводили с помощью полимеразной цепной реакции. Контрольную группу составили лица без онкологических заболеваний.

Результаты и их обсуждения. Сравнительный анализ распределения числа пациентов с РШМ и лиц контрольной группы не выявил статистически значимых различий при оценке возраста ($p=0,91$), фактора курения ($p=0,45$), числа беременностей ($p=0,58$), ИМТ ($p=0,45$), ранней половой жизни ($p=0,45$). Значимые различия продемонстрированы при групповом сравнении ВПЧ-статуса ($p=0,026$). При исследовании влияния полиморфизма rs2010963 гена VEGFA на стадию, размер опухоли, глубину инвазии, степень дифференцировки, опухолевые эмболы и развитие рецидивов, установлено, что наличие минорной аллели С rs2010963 гена VEGFA значимо влияло на развитие рецидивов ($\chi^2=33,1$; $p<0,001$), опухолевых эмболов ($\chi^2=3,94$; $p=0,047$). Анализ влияния аллелей полиморфизма rs1800629 гена TNF α на клинические и морфологические параметры при РШМ показал наличие влияния на степень дифференцировки опухоли ($\chi^2=4,21$; $p=0,040$), формирование опухолевых эмболов ($\chi^2=4,17$; $p=0,041$) и на развитие рецидивов ($\chi^2=36,44$; $p<0,001$).

Заключение. В исследовании установлена связь полиморфизмов генов VEGFA и TNF α с риском развития и прогрессирования РШМ. Наличие полиморфизмов гена VEGFA и TNF α приводило к развитию РШМ, а также было связано с инвазией опухолевых клеток в кровеносные сосуды с формированием ОЭ при РШМ. Носительство минорной аллели С полиморфизма гена VEGFA сопряжено с гиперэкспрессией гена VEGFA и приводит к избыточному синтезу фактора роста, что является фактором канцерогенеза. Носительство минорной аллели А полиморфизма гена TNF α , с увеличением продукции цитокина, привлечением клеток опухолевого окружения, участвующими в деградации базальной мембраны сосудов и в метастазировании. Генотипирование rs2010963 гена VEGFA и rs1800629 гена TNF α позволит прогнозировать развитие и прогрессирование РШМ.

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Лопатин А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАТОМОРФОЗ КОЖИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЗКОПОЛОСНОЙ (311 НМ) УФ-В ТЕРАПИИ

Цель. Оценить морфологические изменения кожи – особенности лечебного патоморфоза кожи больных вульгарным псориазом при использовании УФ-В, 311 нм терапии с применением гистологического и иммуногистохимического методов исследования.

Материалы и методы. У 14 больных вульгарным псориазом до- и после УФ-В, 311 нм терапии изучены гистологические изменения кожи и эпидермальная экспрессия белков Ki-67 и филагрина.

Результаты. До лечения в эпидермисе больных выявлен акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, паракератоз, микроабсцессы Мунро, экзоцитоз лимфоцитов; зернистый слой отсутствовал или обнаруживался в виде небольших островков. В дерме определялась периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация и извитость сосудов. Содержимое Ki-67⁺ клеток в очагах псориаза более чем в 5 раз превышало таковое в коже здоровых добровольцев ($p < 0,001$). После курса УФ-В, 311 нм терапии констатировано уменьшение толщины эпидермиса, разрешение гиперкератоза и паракератоза, восстановление зернистого слоя, уменьшение эпидермального экзоцитоза и воспалительных инфильтратов в дерме. УФ-В, 311 нм терапия приводила к уменьшению на 66% содержания Ki-67 кератиноцитов ($p < 0,002$), количества Т-лимфоцитов за счёт CD8.

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о положительном воздействии УФ-В, 311 терапии на гистологическую картину кожи, пролиферативную активность и дифференцировку кератиноцитов. Полученные данные позволяют считать индекс соотношения CD4/CD8 0,60-0,62 объективным показателем эффективности и иммуногистохимическим пороговым критерием адекватности проводимого лечения.

*Романенко К.В., Романенко В.Н., Жданова И.О.,
Горбенко А.С., Винников Б.Д.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, Донецк

УФ-В, 311 НМ ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА

Цель. Изучить эффективность комплексного лечения псориаза с использованием УФ-В, 311 нм терапии.

Материалы и методы. Все пациенты с вульгарным псориазом были разделены путём случайной выборки на 2 группы в зависимости от схемы лечения. В I группу вошли 45 больных, у которых использовалось только традиционное лечение; во II группу – 100 больных, у которых проводилось традиционное лечение в сочетании с УФ-В, 311 нм фототерапией, для чего мы использовали фототерапевтический аппарат GH-8ST (Германия) с длиной волны 311 нм. Стандартный курс лечения состоял из 20-25 процедур с режимом 3-4 раза в неделю.

Результаты. Использование УФ-В, 311 нм излучения в комплексной терапии 100 больных псориазом II группы существенно увеличило число пациентов с достигнутой клинической ремиссией и значительным улучшением и составило 91 (91,0%) пациента, в сравнении с I группой (n=45) традиционного лечения, составивших 28 (62,2%) больных. Улучшение клиники псориаза достигнуто у 9 (20,0%) больных I и у 9 (1,5%) II группы. В то же время у 8 (17,8%) больных I группы положительная динамика псориаза не наблюдалась. Дальнейшее диспансерное наблюдение за пролеченными больными псориазом показало, что у больных I группы через 6 месяцев после его окончания стабильное состояние кожного процесса было отмечено у 15 (33,3%) пациентов, а через 12 месяцев – лишь у 8 (17,7%), тогда как у больных II группы аналогичные цифры составили соответственно 78 (78,0%) и 62 (62,0%).

Выводы. Комплексная УФ-В, 311 нм фототерапия позволила достигнуть клинической ремиссии и значительного улучшения псориаза у 91 (91,0%) пациента, что позволило расценить её как эффективный патогенетический метод лечения.

Романов М.Д., Пигачев А.В., Киреева Е.М.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

КЛАПАННАЯ БРОНХОБЛОКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ С БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМ СВИЩОМ

Частой причиной острой эмпиемы плевры (ОЭП) является прорыв абсцесса в плевральную полость. Одним из отягощенных факторов, который влияет на результат и исход лечение пиопневмоторакса (ППТ), является наличие бронхоплеврального свища (БПС). Важное значение имеют размеры и стойкость бронхоплевральных сообщений и используемые технологии локальной санации эмпиемной полости.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных ОЭП с БПС с использованием клапанной бронхоблокации (КББ).

Материалы и методы. Клапанная бронхоблокация (КББ) в комплексе локальной санации ОЭП с БПС использована у 11 пациентов (I группа), в т. ч. у 6 больных для ликвидации напряженного пиопневмоторакса. II группу составили 13 пациентов ОЭП с БПС и замедленным расправлением легкого при активной аспирации содержимого эмпиемной полости. У пациентов обеих групп применяли лечение, включающее в т. ч. лечебную фибробронхоскопию (ФБС) и трансторакальную санацию эмпиемных полостей 0,01% раствором хлоргексидина. Для КББ использовали обратный эндобронхиальный клапан, который устанавливали с помощью ФБС в бронх, сообщающийся с бронхоплевральной фистулой.

Показаниями для КББ явились постоянный сброс воздуха по дренажу при подключенной вакуум-аспирации и сохраняющаяся остаточная полость. При напряженном ППТ и недостаточной эффективности дренирования плевральной полости клапан устанавливали на $2,2 \pm 0,4$ сут от момента прорыва абсцесса, в случае замедленного расправления легкого – на $6,7 \pm 1,5$ сут. Продолжительность бронхоблокации составляла $17,1 \pm 2,4$ сут. Клиническая эффективность КББ оценивалась по данным клинического и рентгенологического исследований. Оптимальным результатом являлось полное расправление легкого и прекращение сброса воздуха через трансторакальный дренаж.

Результаты и их обсуждение. Включение КББ в комплекс локальной санации при ППТ позволило полностью расправить легкое и ликвидировать эмпиемную полость у 9 пациентов на $11,5 \pm 0,5$ сут, у 1 больного сформировалась сухая остаточная полость небольших размеров, у 1 пациента сохранялся незначительный сброс воздуха. Во II группе полное выздоровление было у 7 пациентов. Сообщение деструктивных изменений легкого с бронхами неблокированных участков, ригидность легочной ткани легкого, а также большой диаметр бронхоплеврального сообщения являются одними из причин неэффективности КББ. Сроки расправления легкого у пациентов I группы составили $14,2 \pm 0,4$ сут; во II группе соответственно у 11 пациентов – $21,1 \pm 2,9$ сут ($p < 0,05$).

Закрытие полостей деструкции и уменьшение зоны перифокальной инфильтрации у пациентов I группы наблюдалось раньше по сравнению со II группой. У 1 больного I группы наблюдали обтурационный ателектаз нижней доли пораженного легкого без прогрессирования деструкции, он был разрешен после переустановки клапана. Других осложнений после КББ мы не наблюдали.

Заключение. КББ является эффективным дополнением в комплексное лечение напряженного ППТ и замедленного расправления легкого при наличии БПС. Применение клапанной бронхоблокации улучшает результаты лечения ОЭП с БПС, снижает вероятность развития хронической эмпиемы плевры и повторных операций.

Рубан А.М., Повод Д.М., Доколина А.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Актуальность проблемы. Лечение обширных дефектов мягких тканей и костей, возникающих в результате травм, ожогов, хирургических вмешательств и инфекций, является одной из сложных задач современной медицины. Гипербарическая оксигенация (ГБО) представляет собой перспективный метод адъювантной терапии, основанный на использовании кислорода под повышенным давлением. Этот подход улучшает оксигенацию тканей, стимулирует ангиогенез, регенерацию и уменьшает риск инфицирования, что особенно важно в случаях сложных ран. Однако различия в физиологии у детей и взрослых могут влиять на результаты терапии, что требует учета возрастных особенностей.

Цель. Оценить эффективность и возрастные аспекты применения гипербарической оксигенации при обширных дефектах мягких тканей и костей на основе анализа данных.

Материалы и методы. Проведен анализ 32 исследований из баз данных PubMed, Scopus и Cochrane Library за 2014–2024 годы, включающих данные о применении ГБО у детей и взрослых. Изучались показатели заживления ран, частота инфекционных осложнений, восстановление функции конечностей и частота осложнений терапии. Основные группы пациентов включали больных с термическими ожогами, остеомиелитом и сложными травматическими повреждениями.

Результаты. Общие эффекты. Применение ГБО ускоряло заживление ран в среднем на 30% по сравнению с контрольными группами. Частота инфекционных осложнений снижалась на 45% у пациентов, получавших ГБО.

Дети. У детей отмечалось более выраженное улучшение регенерации тканей, особенно при лечении термических ожогов (заживление на 40% быстрее). Частота осложнений была минимальной, что связано с высокой адаптационной способностью тканей.

Взрослые. У взрослых пациентов применение ГБО снижало частоту остеомиелита на 50%, однако время заживления сложных ран было несколько дольше по сравнению с детьми.

Пожилые пациенты. У пациентов старше 60 лет эффективность ГБО снижалась (ускорение заживления на 20%), что может быть связано с наличием сопутствующих заболеваний и нарушением микроциркуляции. Однако терапия позволяла достичь улучшения качества жизни за счет уменьшения болевого синдрома и профилактики ампутаций.

Заключение. Гипербарическая оксигенация — перспективный метод лечения обширных дефектов мягких тканей и костей, особенно эффективный у детей. Для взрослых и пожилых пациентов важно учитывать индивидуальные особенности и коморбидный фон для оптимизации результатов терапии. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку возрастных протоколов и определение оптимальных режимов ГБО для различных групп пациентов.

Рубина С.С., Макарова И.И.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

СВЯЗЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цель исследования. Изучить связь церебральной гемодинамики, интерлейкина 4 (ИЛ-4) и антител к ацетилхолиновому рецептору (АТ к АХР) у пациентов с обструктивным апноэ сна (ОАС) и коморбидной патологией.

Материал и методы исследования. Обследованы 65 пациентов (40 мужчин и 25 женщин, средний возраст $52,86 \pm 9,75$ года). Всем пациентам проводили антропометрические измерения, полисомнографию (ООО «Нейрософт», г. Иваново, Россия) и транскраниальную доплерографию (ультразвуковая система EPIQ 7/Philips с секторным датчиком 2 МГц). Значения показателей ИЛ-4 (пг/мл) и АТ к АХР (нм/мл) оценивали в сыворотке крови на анализаторе иммуноферментных реакций Униплан (Россия). Нами выделены 2 группы обследуемых. В первую (основную) группу включено 37 человек с ОАС и индексом апноэ/гипоапноэ (ИАГ) $68,60 (51,77;94,93)$ в час. Вторую группу (контроль, без ОАС) составили 28 пациентов с ИАГ $- 2,39 (1,61;4,10)$ в час. Для обработки данных была использована программа SPSS Statistics 23.0.

Результаты. Выявлено, что индекс массы тела (ИМТ) у пациентов с апноэ был значимо больше ($38,84 \pm 9,06$, $p=0,000$), чем в контрольной группе ($31,16 \pm 5,05$). Нами установлена положительная связь в основной группе между ИМТ и окружностью шеи ($r=0,554$, $p=0,000$) и ИАГ ($r=0,399$, $p=0,014$). По данным анамнеза гипертоническая болезнь (ГБ) и хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) диагностированы у большинства пациентов с апноэ ($p=0,000$). Анализ результатов иммуноферментного исследования показал, что ИЛ-4 у пациентов с ОАС значимо ниже ($p=0,015$), чем в контрольной группе. Обнаружена отрицательная связь в обследованных группах между ИЛ-4 и окружностью шеи ($r= - 0,270$, $p=0,029$) и ИАГ ($r= - 0,321$, $p=0,009$). Показатели АТ к АХР у пациентов с ОАС были значимо больше ($p=0,002$), чем в контрольной группе. По данным транскраниальной доплерографии у пациентов с апноэ линейная скорость кровотока (PSV) в артериях каротидного и базилярного бассейна была значимо ниже с обеих сторон ($p<0,05$), чем в контрольной группе. Средняя скорость кровотока (TAMX) в основной группе также была значимо ниже в средней мозговой (СМА) и позвоночной артериях с обеих сторон, передней мозговой и задней мозговой артериях слева ($p<0,05$). Показатели индекса цереброваскулярной реактивности (ЦВР) в СМА при гиперкапнической пробе у пациентов в основной группе были в пределах $0,79-0,86$ и значимо ниже ($p<0,05$) на всех изучаемых временных отрезках в сравнении с контрольной группой. Установлена корреляция у пациентов с ОАС между индексом ЦВР при гиперкапнической пробе и ИЛ-4 в СМА справа на 5 минуте ($r= - 0,350$, $p=0,034$), между индексом ЦВР и АТ к АХ в СМА слева на 10 минуте ($r= 0,335$, $p=0,043$).

Заключение. Для пациентов с ОАС средней и тяжелой степени тяжести наиболее частой коморбидной патологией являются ожирение 2-3 степени, ГБ и ХИГМ. При увеличении ИМТ и окружности шеи происходит прогрессирование тяжести дыхательных нарушений. Снижение ИЛ-4 и повышение АТ к АХР у пациентов с ОАС, вероятно, связано с недостаточной противовоспалительной активностью и возможным нарушением нервно-мышечной передачи. Представленные данные дуплексного сканирования у пациентов с ОАС свидетельствуют о снижении значений PSV и TAMX в большинстве артерий головного мозга, нарушении ЦВР при гиперкапнической пробе, что может быть патогенетической причиной возникновения и развития ХИГМ. Установленная корреляция у пациентов с апноэ между индексом ЦВР при гиперкапнической пробе и ИЛ-4 и АТ к АХ по-видимому, отражает связь напряженного ауторегуляторного механизма с недостаточной противовоспалительной активностью и сниженным влиянием ацетилхолина на гладкие мышцы сосудов головного мозга.

Рудской С.А., Оприщенко А.А., Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРВИЧНО-РЕКОНСТРУКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГРАЖДАНСКОГО СТАЦИОНАРА

Актуальность исследования. Актуальность работы обусловлена необходимостью совершенствования хирургической помощи раненым в условиях локальных военных конфликтов, сохраняющимся высоким числом осложнений и неудовлетворительных исходов лечения. В условиях современных локальных конфликтов, театр военных действий зачастую смещается к черте городской застройки в непосредственной близости к большим медицинским центрам с возможностью оказания специализированной хирургической помощи в кратчайшие сроки. Отличительной особенностью первично-реконструктивного лечения, выступает проведение необходимого объема мероприятий первичной специализированной помощи в течение короткого времени, что обеспечивает высокий уровень анатомо-функциональных результатов.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с огнестрельными сочетанными повреждениями верхних конечностей путем использования комплексной технологии ранних первично-реконструктивных операций и противоишемической медикаментозной терапии.

Материалы и методы. Методологическая основа данного исследования построена на информации, полученной при критическом анализе данных мировой литературы. Основу клинического материала составили результаты лечения 101 пациентов пострадавших в результате боевых действий (группа исследования) в период 2022-2023гг., получивших сочетанные огнестрельные ранения верхних конечностей различной локализации. В качестве конечных точек исследования при оценке результатов лечения были определены: срок стационарного лечения; сроки заживления ран мягких тканей; необходимость повторной хирургической обработки, ее сроки и содержание; частота и характер ранних осложнений; частота и характер поздних осложнений; оценка результатов исследования по шкале DASH.

Результаты. Не смотря на соблюдения всех рекомендаций по лечению огнестрельных ранений конечностей, нами наблюдается высокий процент ранних послеоперационных осложнений (2/5 раненых), что в значительной мере пролонгирует сроки лечения и сокращает оборот койки в стационаре. Этапное запрограммированное лечение обосновано в тех случаях, когда пациент поступает в специализированное учреждение для реконструктивного вмешательства пройдя через все предыдущие этапы подготовки при эвакуации. Проведение и организация подобных этапов в структуре гражданского здравоохранения невозможно и экономически неоправданно, и требует лечебно-тактического или организационного совершенствования. Анализ результатов лечения 50 пострадавших с огнестрельными ранениями верхней конечности, которым было проведено первично-реконструктивное лечение в комбинации с противоишемической терапией, и сравнение с результатами лечения 51 пациента с аналогичными травмами, получивших этапное отсроченное реконструктивное лечение, показали возможность улучшить результаты лечения по ряду показателей. Так, в среднем в 1,7 раза удалось сократить сроки заживления раневой поверхности, снизить потребность в повторной хирургической обработке в 2,8 раза, сократить количество ранних значимых послеоперационных осложнений в среднем в 3,5 раза, улучшить показатели итоговой оценки результатов лечения по шкале DASH в срок 6 месяцев после травмы.

Заключение. Достигнутые результаты свидетельствуют об эффективности разработанных предложений. Однако первично-реконструктивное лечение может быть реализовано только при строгом соблюдении условий, относительно сроков доставки пострадавшего, состояния раны и конечности в целом, а также медико-тактической обстановки.

Румянцева З.С., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А.

Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УРОВНИ РЕГУЛЯТОРОВ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ В СЫВОРОТКЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) относится к широко распространенным состояниям как среди взрослого, так и детского населения. Особенно актуальна ДСТ в подростковом периоде. В частности, в настоящее время в группу риска по нарушению состояния репродуктивной системы входят девочки-подростки с недифференцированную ДСТ – НДСТ. В регуляции метаболизма соединительной ткани важную роль играют молекулы семейства фактора некроза опухолей: лиганд активатора рецептора ядерного фактора каппа-β (RANKL) – ключевой фактор дифференцировки и активации остеокластов, а также остеопротегерин (OPG), который является остеокластингибирующим фактором. Следует отметить, что работы по изучению особенностей синтеза данных цитокинов у девочек-подростков с НДСТ в доступной научной литературе нами обнаружены не были.

Цель исследования. Изучить сывороточные уровни RANKL и OPG у девочек-подростков при НДСТ с нарушениями менструального цикла (НМЦ).

Материалы и методы. Обследовано 216 девочек-подростков в возрасте от 11 до 17 лет, среди которых 176 девочек-подростков с НМЦ и НДСТ (основная группа) и 40 условно здоровых (контрольная группа). Диагноз НДСТ устанавливали на основании критериев Т. Милковска-Димитровой. Нарушения менструального цикла у девочек с НДСТ были представлены ранним наступлением менархе, симптомами дисменореи, гипоменструальным синдромом, маточными кровотечениями пубертатного периода. В образцах сывотки исследовали уровни RANKL и OPG.

Результаты. Анализ уровней изученных цитокинов в сывотке крови обследованных девочек-подростков, имеющих НДСТ и НМЦ, показал статистически значимое повышение концентрации RANKL. Значения уровня указанного цитокина в основной и контрольной группе составили 3,20 [2,25; 4,25] пг/мл и 2,50 [1,55; 3,20] пг/мл соответственно ($p=0,003$). В свою очередь, сывороточное содержание OPG при сочетании НДСТ и НМЦ характеризовалось тенденцией к нарастанию, составив 81,10 [62,75; 100,30] пг/мл против 78,15 [53,35; 78,85] пг/мл у здоровых лиц ($p=0,064$). Наряду с этим, в основной группе девочек-подростков было зарегистрировано статистически значимое повышение удельного веса лиц с повышенными концентрациями как RANKL, так и OPG. Так, среди лиц основной группы 56,8% обследованных ($n=100$) характеризовались уровнем RANKL выше 3,0 пг/мл, в то время как в контрольной группе абсолютное количество и удельный вес девочек-подростков с указанными значениями RANKL составили 14 и 35,0% соответственно ($p=0,020$). Частота регистрации концентраций OPG, превышающих 110 пг/мл, среди девочек-подростков основной группы, составив 19,3% ($n=34$), в 7,7 раза превышала ($p=0,018$) соответствующий показатель в контрольной группе – 2,5% ($n=1$).

Заключение. При недифференцированной дисплазии соединительной ткани с нарушением менструального цикла у девочек-подростков увеличена концентрация в сывотке крови лиганда активатора рецептора ядерного фактора κB – RANKL ($p=0,003$). Также среди девочек-подростков с НМЦ и НДСТ зарегистрировано повышение удельного веса лиц с повышенными концентрациями RANKL ($>3,0$ пг/мл) и OPG (>110 пг/мл) в сравнении с условно здоровыми девочками-подростками ($p=0,020$ и $p=0,018$ соответственно). Полученные данные отражают особенности регуляции метаболизма костной ткани при НДСТ с НМЦ у девочек-подростков и могут быть использованы для разработки эффективных индивидуализированных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Румянцева З.С., Резниченко Н.А., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А.

Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

УРОВНИ RANKL И OPG В СЫВОРОТКЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Дисплазия соединительной ткани относится к широко распространенным состояниям как среди взрослого, так и детского населения. Особенно актуальна ДСТ в подростковом периоде. В частности, в настоящее время в группу риска по нарушению состояния репродуктивной системы входят девочки-подростки с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). В регуляции метаболизма соединительной ткани важную роль играют молекулы семейства фактора некроза опухолей: лиганд активатора рецептора ядерного фактора каппа-β (RANKL) – ключевой фактор дифференцировки и активации остеокластов, а также остеопротегерин (OPG), который является остеокластингибирующим фактором. Следует отметить, что работы по изучению особенностей синтеза данных цитокинов у девочек-подростков с НДСТ в доступной научной литературе нами обнаружены не были.

Цель исследования. Изучить сывороточные уровни RANKL и OPG у девочек-подростков при НДСТ с нарушениями менструального цикла (НМЦ).

Материалы и методы. Обследовано 216 девочек-подростков в возрасте от 11 до 17 лет, среди которых 176 девочек-подростков с НМЦ и НДСТ (основная группа) и 40 условно здоровых (контрольная группа). Диагноз НДСТ устанавливали на основании критериев Т. Милковска-Димитровой. Нарушения менструального цикла у девочек с НДСТ были представлены ранним наступлением менархе, симптомами дисменореи, гипоменструальным синдромом, маточными кровотечениями пубертатного периода. В образцах сыворотки исследовали уровни RANKL и OPG.

Результаты. Анализ уровней изученных цитокинов в сыворотке крови обследованных девочек-подростков, имеющих НДСТ и НМЦ, показал статистически значимое повышение концентрации RANKL. Значения уровня указанного цитокина в основной и контрольной группе составили 3,20 [2,25; 4,25] пг/мл и 2,50 [1,55; 3,20] пг/мл соответственно ($p=0,003$). В свою очередь, сывороточное содержание OPG при сочетании НДСТ и НМЦ характеризовалось тенденцией к нарастанию, составив 81,10 [62,75; 100,30] пг/мл против 78,15 [53,35; 78,85] пг/мл у здоровых лиц ($p=0,064$). Наряду с этим в основной группе девочек-подростков было зарегистрировано статистически значимое повышение удельного веса лиц с повышенными концентрациями как RANKL, так и OPG. Так, среди лиц основной группы 56,8% обследованных ($n=100$) характеризовались уровнем RANKL выше 3,0 пг/мл, в то время как в контрольной группе абсолютное количество и удельный вес девочек-подростков с указанными значениями RANKL составили 14 и 35,0% соответственно ($p=0,020$). Частота регистрации концентраций OPG, превышающих 110 пг/мл, среди девочек-подростков основной группы, составив 19,3% ($n=34$), в 7,7 раза превышала ($p=0,018$) соответствующий показатель в контрольной группе – 2,5% ($n=1$).

Заключение. При недифференцированной дисплазии соединительной ткани с нарушением менструального цикла у девочек-подростков увеличена концентрация в сыворотке крови лиганда активатора рецептора ядерного фактора κB – RANKL ($p=0,003$). Также среди девочек-подростков с НМЦ и НДСТ зарегистрировано повышение удельного веса лиц с повышенными концентрациями RANKL ($>3,0$ пг/мл) и OPG (>110 пг/мл) в сравнении с условно здоровыми девочками-подростками ($p=0,020$ и $p=0,018$ соответственно). Полученные данные отражают особенности регуляции метаболизма костной ткани при НДСТ с НМЦ у девочек-подростков и могут быть использованы для разработки эффективных индивидуализированных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Руппель Т.В., Кохан С.Т.

ФГБОУ ВО «Забайкальский государственный университет», Чита

МОТИВАЦИОННОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПУТИ СТУДЕНТА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ВУЗЕ

Проблемы профессионального самоопределения молодежи широко обсуждаются научной общественностью и практиками. Известно, что школы, колледжи, лицеи не всегда включаются в процесс согласования направлений профориентационной работы с современными реалиями на рынке труда. В основном эта деятельность осуществляется формально в форме бесед, рассказов и лекций. Отсутствие либо слабая подготовленность практических занятий в форме посещения предприятий, встреч с мастерами в различных сферах трудовой деятельности, организованного наставничества, реализации групповых и индивидуальных консультаций, применения элементов деловых игр приводит к тому, что к окончанию школы, выпускники не имеют реалистического представления о своих профессиональных ориентирах.

Основным методом исследования выступило анкетирование. Анкета включала вопросы, связанные с выяснением качества сформированности компонентов профессионального самоопределения представителей мужского и женского гендера. Добровольный опрос студенческой молодежи проводился в дистанционном формате с использованием Google Forms. Для анализа данных использовался критерий согласия χ^2 Пирсона. Для обработки и анализа эмпирических данных использовали статистические методы лицензионной версии программ STATISTICA 10.0, MS Excel 2010.

Исследование проведено в октябре 2022 года в Забайкальском государственном университете (ЗабГУ) среди 130 студентов-первокурсников очной формы обучения.

Результаты исследования показали, что юноши в 1,7 раза чаще акцентировали свое внимание на возможности хорошо зарабатывать и перспективы профессионального и карьерного роста (в 1,9 раза) по сравнению с девушками. Однако удовлетворенность содержанием будущей работы (в 1,1 раза) и возможностью раскрыть свои способности (1,5 раза) была выше у девушек. Советы родителей в профессиональной ориентации в 1,5 раза чаще были значимыми для мужского пола.

На вопрос, что вы знаете о своей будущей профессии, наибольшую информированность в реализации профессиональной мечты и всех нюансов, связанных с ориентацией и общими компетенциями, был статистически достоверно значимей у девушек ($p < 0,05$). Исследование гендерных стереотипов привлекательности профессии указал на достоверные различия в предпочтениях среди девушек и юношей ($p < 0,01$)

На основании полученных результатов исследования установлена положительная и значимая связь между выбранными направлениями обучения, так технические специальности достоверно преобладали в выборе будущей специальности ($p < 0,01$) у юношей, а также достоверные гендерные различия в наличии знаний о своей будущей профессии, где девушки наиболее серьезно и осознанно подошли в ответах ($p < 0,05$), акцентируя внимание на необходимости иметь более полную информацию о предполагаемой профессии. Если для юношей самым важным условием, предпочтения в будущей профессии, было материальное благополучие (на 31%), то для девушек, достоверно больше ($p < 0,01$) – возможность развивать свои способности в выбранном виде деятельности. Выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в обладании такими личными качествами, как: внимательность, коммуникабельность, ответственность и др., которых у девушек оказалось существенней больше. Более половины респондентов из двух групп, готовы много работать, чтобы получать максимально большие денежные средства, вместе с тем, наибольшее количество девушек, в настоящее время, первостепенное значение уделяют учебному процессу.

Таким образом, отмечающаяся положительная динамика в приоритетах выбора жизненных ценностей студенческой молодежью, при успешном ориентировании и профессиональном самоопределении, может способствовать достижению жизненных целей.

Русанов Д.П., Спицина С.С.

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

РОЛЬ ИНТЕРФЕРОНОВ В РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся выработкой аутоантител, тропных к соединительной ткани с сосудистым компонентом. Причиной развития считается синергизм генетической предрасположенности и факторов окружающей среды. У пациентов с СКВ часто выявляется аномальный иммунный ответ, связанный с интерферонами (ИФН), а также различные клинические реакции на ингибирование ИФН, что позволяет предполагать их ключевую роль, как в патогенезе СКВ, так и в выборе терапии. Несмотря на известную связь между ИФН I типа и СКВ, конкретные факторы, вызывающие его выработку, механизмы, с помощью которых способствуют поддержанию выработки аутоантител, а также клиническая значимость воздействия на ИФН I типа при СКВ менее ясны.

Цель. Изучить и обобщить данные о механизмах продукции и влияния ИФН I типа на течение СКВ.

Материалы и методы. Были проанализированы данные PubMed Central, eLIBRARY,

Результаты. Наиболее ранним нарушением в иммунной системе у больных СКВ является повышение уровня ИФН II типа (ИФН γ), обнаруживаемое более чем за 4 года до начала заболевания и обнаружения аутоантител. ИФН γ экспрессируется многими клетками как врожденной, так и адаптивной иммунной системы, включая Т- и В-клетки, и, как и другие ИФН, передает сигналы через путь JAK-STAT. Активность ИФН γ и связанных с ним генов коррелирует с оценкой SLEDAI и уровнями антител к двухцепочечной ДНК, что дополнительно указывает на его роль в патологической продукции аутоантител.

Sirobhusanam S. et al. показали, что уровни циркулирующего ИФН I типа коррелируют с активностью СКВ. В ходе проведенных крупных исследований выявили специфические эффекты ИФН, которые способствуют поражению определенных органов.

Выявлено прямое воздействие ИФН типа I на костный мозг: ИФН α подавляет продукцию костного мозга, что приводит к лейкопении, анемии и тромбоцитопении. Вклад ИФН типа I в лимфопению у пациентов с СКВ дополнительно подтверждается данными клинических исследований с анифролумабом, при которых блокада рецептора ИФН типа I сопровождалась нормализацией числа лимфоцитов. Также, при блокаде ИФН анифролумабом, улучшались кожные проявления СКВ: индекс активности и тяжести кожной красной волчанки улучшался более чем на 50%.

Исследования на мышах *in vitro* давно установили роль ИФН в патофизиологии волчаночного нефрита: дефицит рецепторов ИФН типа I снижает риск нефрита, а системное введение ИФН α и ИФН β мышам усиливало воспаление клубочков и протеинурию, снижало дифференциацию почечных клеток-предшественников в подоциты, способствуя образованию рубцов, и приводило к резистентности терапии. Роль ИФН γ изучена меньше, но может также способствовать волчаночному нефриту.

Изучение синовиальной ткани у пациентов с артритом при СКВ показало повышенную экспрессию ИФН типа I, что отличается от ревматоидного артрита и остеоартрита. Недавний анализ показал, что ИФН γ может сильнее коррелировать с волчаночным артритом по сравнению с другими клиническими проявлениями.

ИФН влияют на функцию эндотелиальных клеток и тем самым участвуют в повышении сердечно-сосудистого риска при СКВ.

Выводы. Таким образом, ИФН являются одним из ключевых звеньев патогенеза СКВ, принимают участие в развитии поражений основных органов-мишеней, что объясняет повышенный интерес к применению антител к рецепторам интерферона I типа.

Русанова К.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СЫВОРОТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФИБРОАДЕНОМЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Фиброаденомы представляют собой доброкачественные опухоли молочной железы, наиболее часто встречающиеся у молодых женщин. Их связь с иммунной системой и воспалительными процессами привлекает внимание исследователей, поскольку изменения в иммунном ответе могут влиять на развитие и прогрессирование опухоли. Исследования показывают, что иммунный ответ может быть как подавляющим, так и способствующим росту фиброаденомы.

Цель исследования. Целью исследования является изучение ассоциации системного воспаления с фиброаденомой молочной железы, а также выявление специфических маркеров иммунного ответа у пациентов с данным заболеванием.

Материалы и методы исследования. В ходе работы были проанализированы научные статьи российских и зарубежных авторов, представленные на платформах «КиберЛенинка», «PubMed», «SpringerOpen». Для дальнейшего анализа были отобраны 2 статьи. В статье Belskaya L.V. et al. (2022) проводилось поперечное исследование, в котором принимали участие 100 женщин с диагностированными фиброаденомами. Были проанализированы уровни цитокинов Interleukin-6, Interleukin-10, Фактор некроза опухоли альфа (IL-6, IL-10, TNF- α) в сыворотке крови и осуществлена гистологическая оценка образцов тканей. В работе D.A. Clevert, N. Wöhrle, K. Hellerhof, M.F. Reiser (2011) использовались методы иммунофлуоресценции и проточная цитометрия для анализа клеточного состава в образцах фиброаденомы и окружающих тканей.

Результаты исследования. Результаты Belskaya L.V. et al. показали повышенный уровень провоспалительных цитокинов (IL-6 и TNF- α) у пациентов с фиброаденомами по сравнению с группой здоровых женщин. Это свидетельствует в пользу наличия воспаления у лиц с фиброаденомой молочной железы. Исследование D.A. Clevert, N. Wöhrle, K. Hellerhof, M.F. Reiser (2011) показало, что в тканях фиброаденомы наблюдается увеличение популяции Т-лимфоцитов и макрофагов, что может указывать на активное участие иммунной системы в патогенезе данных опухолей.

Вывод. Иммунологические изменения, наблюдающиеся при фиброаденоме молочной железы, подчеркивают значимость дальнейшего изучения роли иммунной системы в патогенезе заболевания. Увеличение уровня провоспалительных цитокинов и изменение клеточного состава может быть связано с развитием и прогрессированием фиброаденомы. Эти исследования открывают новые возможности для понимания патогенеза фиброаденомы и потенциальных терапевтических подходов, направленных на модификацию иммунного ответа у пациентов с данными образованиями.

Рустамхонова М.Р., Мирсаматова Г.М

Emu-university

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТ

Введение. Учитывая широкую распространенности артериальной гипертензии (АГ) и ее осложнений, боль-шинство специалистов подчеркивают важность выявления и коррекции повышенного артериального давления (АД) и проведения мероприятий по профилактике АГ на уровне первичного звена здравоохранения

Цель. Целью работы было изучение тенденций заболеваемости АГ населения г. Ташкента и состояния здоровья этой категорией больных.

Материалы и методы. Проведенный анализ отчетных форм Ташкентской городской больницы № 1 показал общую тенденцию к снижению заболеваемости АГ с 2,86 случая на 3000 населения в 2021г. до 1,67 в 2024г. В то же время не было отмечено тенденции к уменьшению летальности по причине АГ, частоты инфарктов и гипертонических кризов среди этих пациентов. Обращало на себя внимание неуклонное возрастание количества случаев инсультов у данной категории больных с 79 случаев в 2021 г. до 109 в 2024 г.

Результаты. Количество больных АГ, взятых под диспансерно-динамическое наблюдение в течение года, составило в 2021 г. 71, однако в 2022 г. снизилось почти в 2 раза - до 33. В 2023 г. уровень этого показателя увеличился до 60 случаев, а 2024 г. отмечено максимальное количество пациентов с АГ, взятых под диспансерно-динамическое наблюдение - 84 случая. Количество больных, прошедших обучение в школе гипертоников, значительно не изменилось за период наблюдения: в 2021 г. было 115 таких пациентов, в 2022 г. их количество несколько снизилось - до 95 человек. В 2023 г. уровень этого показателя увеличился до 117 случаев, в 2024 г. отмечено максимальное количество больных АГ, прошедших обучение в школе гипертоников - 121 пациент

Заключение. В целом полученные данные свидетельствуют о необходимости повышения эффективности программ профилактики АГ у взрослого населения, в частности за счет разработки и внедрения в практику ранних превентивных мероприятий. При этом совершенствование системы скрининга повышения АД и работы с контингентом больных АГ следует осуществлять с применением современных технологий на баз мобильных устройств для измерения АД.

Рыжов А.Д., Дербасова Я.О., Крымова А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ПРЕДИКТОР РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Разработка скрининговых программ для выявления предикторов развития рака предстательной железы в условиях прогрессирующего роста числа пациентов с метаболическим синдромом (МС) параллельно с увеличением частоты рака предстательной железы (РПЖ) является весьма актуальным.

Цель работы. Изучить роль метаболического синдрома в патогенезе злокачественных новообразований предстательной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ исследований, посвященных поиску патогенетической связи между метаболическим синдромом и опухолями паренхимы предстательной железы (ОПЖ).

Результаты и обсуждение. По данным, представленным отечественными и зарубежными исследователями уровень тестостерона обратно пропорционален количеству абдоминального жира и уровню инсулина в плазме крови. Использование индексов массы тела (ИМТ) для оценки избыточного веса выявило наличие взаимосвязи с повышенным риском развития злокачественного РПЖ. Тем не менее, полученные данные недостаточны в отношении висцерального жира. Гамидов С.И., соавторы (2013 г.) считают, что именно гипоандрогемия способствует развитию висцерального ожирения у мужчин, при этом увеличивая концентрацию глюкозы, холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в крови. В исследовании P.V. Prabhat et al. (2013 г.) было установлено, что у пациентов с РПЖ и индексом Глисона выше восьми баллов наблюдались значимо более высокие значения ИМТ, концентрации триглицеридов, липопротеинов очень низкой плотности (ЛОНП) и инсулина, а также более низкий уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в крови по сравнению с пациентами, у которых сумма по Глиссону была ниже восьми баллов. У пациентов с РПЖ в возрасте от 50 до 65 лет показатели ТГ и ЛПОНП в плазме крови значительно превышали таковые у мужчин с доброкачественной гиперплазией органа и здоровых мужчин. При этом была выявлена обратная корреляция между уровнем простатического специфического антигена (ПСА) и уровнем ЛПВП. У мужчин, страдающих метаболическим синдромом, уровень ПСА в крови оказался значительно ниже. По результатам нескольких исследований, ПСА *in vitro* может функционировать как модулятор взаимодействий между инсулиноподобным фактором роста 1 (ИФР-1) и инсулиноподобным связывающим фактором роста 3 (ИСФРБ-3), что регулирует рост и развитие фибромускулярных клеточных структур предстательной железы. Также следует подчеркнуть одновременное влияние андрогеновых рецепторов на транскрипцию гена ПСА. Полученные результаты позволяют рассматривать ПСА как активный промежуточный метаболит в процессе простатического канцерогенеза, который имеет тесную связь с эффектами инсулина. В рамках данного исследования у пациентов, умерших от РПЖ, был зафиксирован значительно более высокий уровень инсулина в сыворотке по сравнению с группой мужчин, находящихся в состоянии стойкой ремиссии. Авторы сделали вывод о том, что ИФР-1 ассоциирован с метаболическим синдромом и может оказывать влияние на развитие РПЖ.

Выводы. С учетом современных представлений о механизмах инсулинорезистентности и канцерогенеза, ключевые элементы метаболического синдрома могут рассматриваться как факторы, влияющие на развитие и течение злокачественных опухолей предстательной железы. Это позволяет предположить, что коррекция метаболических нарушений в будущем может сыграть значительную роль в профилактике и лечении рака предстательной железы.

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Симкович Я.О., Ткаченко Ф.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психическое здоровье является критически важной сферой, требующей особого внимания во всем мире, однако в настоящее время высокие потребности в области охраны психического здоровья не удовлетворяются в достаточной степени, так как способы диагностики, по 2030 лечения и профилактики психических расстройств все еще имеют большое количество недостатков (Доклад о психическом здоровье в мире. Женева: ВОЗ, 2022) Число психических расстройств растет во всем мире и может стоить мировой экономике до 16 триллионов долларов в период с 2010 г., если не будут приняты соответствующие меры. Современные тенденции в психиатрии связаны с постоянным развитием технологий, укреплением междисциплинарных исследований и стремлением к практико-ориентированным решениям на основе фундаментальных научных данных.

Современные тенденции в психиатрии: сдвиг в сторону более активной реабилитации и следованию гуманистическому взгляду на выздоровление лиц с тяжелыми психическими расстройствами; помощь групп по разрешению кризисов в службах психического здоровья предназначена для предоставления доступного и гибкого кризисного вмешательства с привлечением ближайших родственников и поддерживаемой занятости; деинституализация, переход к общественной психиатрии; общественная психиатрическая помощь предполагает лечение лиц со сложными психическими заболеваниями в сообществе, а не в психиатрических больницах, фокусируется не только на негативных последствиях заболеваний (инвалидизация), но и на способностях и устремлениях с точки зрения выздоровления, предполагает использование поддержки семей, социальных сетей, сообществ и организаций; психосоциальные вмешательства оцениваются как действенные в решении психических и физических проблем и улучшении самочувствия пациентов; когнитивно-поведенческая терапия определяется как эффективная в лечении тревоги, психообразование – в профилактике рецидивов, психологические вмешательства – в улучшении общего состояния здоровья, а вмешательства, способствующие осознанию и принятию имеющегося расстройства, оказывают положительное влияние на уменьшение дистресса и депрессии; персонализация лечения на основе достижений нейронаук; сотрудничество между первичной и специализированной психиатрической помощью и соматическими службами; внедрение в работу служб психического здоровья электронных технологий, ориентированных на пациента (существует значительный потенциал для превращения смартфонов в порталы для лечения, предоставляя вмешательства в области психического здоровья в руки 6 миллиардов 378 миллионов человек, владеющих этими устройствами (т.е. 87% населения мира); пациенты с преимущественно психотическими расстройствами могут использовать соответствующие приложения, как и пациенты с расстройствами настроения и тревоги; определение и реализация эффективных мер по созданию более здоровой и благоприятной среды, которая устраняет стигматизацию пациентов с психическими расстройствами и сотрудников психиатрических служб.

Нами разработана интегративная модель ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией, включающая функционально-диагностический модуль и реабилитационный модуль (специально созданная терапевтическая среда с использованием интегративного подхода к использованию индивидуальных и групповых методов, включая психообразование, тренинг социальных навыков и навыков совладания, когнитивную терапию, комплаенс терапию, терапию занятостью, превенцию и коррекцию стигматизации и аутостигматизации, семейную терапию).

Психосоциальные программы на основе VR являются осуществимыми и приемлемыми для пациентов с шизофренией, улучшая их когнитивные, социальные и профессиональные навыки, а также помогая справляться с вербальными галлюцинациями и паранойей. Это многообещающее дополнение к фармакологическому лечению шизофрении, способное улучшить психосоциальные и профессиональные навыки, а также качество жизни пациентов.

Сабельникова Я.С., Ефременко В.А., Совпель Я.А., Кутья А.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) достаточно часто сочетается с сахарным диабетом (СД) 2 типа. При этом остаются не до конца изученными особенности сосудистых поражений при АГ и СД 2 типа, в частности структурно-функциональные изменения сосудистой стенки.

Цель: оценить структурные особенности сонных артерий и эндотелиальную функцию у больных с АГ в сочетании с СД 2 типа.

Материал и методы: 139 больным с АГ в сочетании с СД 2 типа (основная группа), а также 35 здоровым пациентам (группа контроля) было выполнено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и проба с реактивной гиперемией (РГ) на аппарате General Electric LOGIQ V2 с датчиком 8-13 МГц. Для статистической обработки полученных данных использовали программу STATISTICA for Windows/version 10 / StatSoft, Inc. (2011 г.).

Результаты: В группе больных с АГ и СД 2 типа в сравнении с лицами контрольной группы достоверно выше оказались значения толщины комплекса интима-медии общей сонной артерии (ТКИМ ОСА) (слева $1,47 \pm 0,32$ мм, справа $1,46 \pm 0,35$ мм, а в контроле слева – $0,84 \pm 0,20$ мм, справа $0,86 \pm 0,25$ мм), отчетливо более высокими были значения максимальной скорости кровотока (V_{max}) ОСА (слева $82,1 \pm 16,3$ см/с, справа $81,9 \pm 17,4$ см/с, а в контроле слева $66,4 \pm 17,7$ см/с, справа $67,2 \pm 16,5$ см/с), V_{max} ВСА (слева $71,3 \pm 14,2$ см/с, справа $69,7 \pm 14,6$ см/с, а в контроле слева $58,7 \pm 13,3$ см/с, справа $57,6 \pm 13,8$ см/с), все $p < 0,05$. Выше при АГ и СД 2 типа средние величины RI (слева $0,76 \pm 0,13$, справа $0,78 \pm 0,18$, а в контроле слева $0,62 \pm 0,14$, справа $0,62 \pm 0,13$), а также PI (слева $1,49 \pm 0,41$, справа $1,52 \pm 0,46$, а в контроле слева $1,14 \pm 0,33$, справа $1,15 \pm 0,30$) все $p < 0,05$. Результаты проведения пробы с реактивной гиперемией отчетливо разнились между группами больных АГ с СД 2 типа и здоровых. При выполнении пробы с РГ у больных с АГ и СД 2 типа, а также у лиц контрольной группы исходные значения диаметра плечевой артерии среди больных с АГ с СД 2 типа ($4,06 \pm 0,63$ мм) оказались статистически значимо меньше, чем в контрольной группе ($4,67 \pm 0,69$ мм), $p < 0,05$. Отсутствие адекватной вазодилаторной реакции в пробе с реактивной гиперемией имело место у 104 (74,8%) больных с АГ и СД 2 типа, недостаточной выраженности вазодилатация имела место у 66 (47,4%), вазодилаторный ответ плечевой артерии отсутствовал у 19 (13,7%), а еще у 19 (13,7%) больных в ходе пробы регистрировалась аномальная (парадоксальная) вазоспастическая реакция с уменьшением в ходе пробы диаметра плечевой артерии вместо его увеличения.

Выводы: У больных с АГ в сочетании с СД 2 типа имеют место значимые структурно-функциональные изменения стенки артерий. Выявление этих изменений может быть полезно для выбора лечебной тактики у этих больных.

Савенко Л.Д.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ, ИЗВИЛИСТОСТИ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА И НЕКОТОРЫХ ЖИВОТНЫХ

Вопрос о закономерностях развития извилистости артерий головного мозга представляет большой теоретический и практический интерес для медицины, так как углубляет представление о гемодинамических условиях в области мозга.

Исследован 21 объект головного мозга человека в возрасте от 3-х месяцев внутриутробной жизни до 45 лет и 27 объектов мозга животных (белая крыса, морская свинка, кролик, собака).

Первые признаки извилистости артерий мозга обнаружены на самых мелких ветвях мозговых артерий, покрывающих полушария большого мозга плодов 6-ти месяцев и в начальных отделах передних и задних нижних мозжечковых артерий. У человеческих плодов 8-ми месяцев появляется извитой ход ветвей 2-го порядка тех же артериальных сосудов мозга. У новорожденного и взрослого человека извилистость определяется, кроме того, и в начальных отделах передней, средней и задней мозговых артерий. Чем меньше диаметр извиляющейся артерии, тем более выражен её извитой ход.

Результаты исследования головного мозга некоторых животных показывают, что отмеченная у человека извилистость мозговых сосудов имеет место и у животных, как лишённых борозд и извилин (белая крыса, морская свинка, кролик), так и обладающих последними (собака).

Наличие извилистости мозговых артерий у плодов и новорожденных, а также у животных лисонцефалов исключает правильность предположения о том, что извилистость мозговых артерий является следствием гирификации мозга, равно как и высказывания, что данное явление связано со старческими особенностями или патологическими изменениями сосудов мозга.

Савенко Л.Д., Битюков С.Л., Толстенко А.А

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Данные литературы о влиянии миндалевидного тела (МТ) на сердце обуславливают необходимость изучения этой структуры при сердечной патологии, в частности, при инфаркте миокарда (ИМ), который обычно сопровождается богатой неврологической симптоматикой. Морфологические преобразования МТ головного мозга человека при ИМ изучались с учётом возраста, пола и течения основного заболевания.

Использован секционный материал (головной мозг) людей, погибших от ИМ в возрасте от 43 до 80 лет, в количестве 70 объектов и 30 случайно погибших от острой травмы в этом же возрастном периоде, у которых не было изменений в структурах нервной системы и сердца.

Установлено, что при ИМ во всех ядрах МТ головного мозга человека наблюдаются резко выраженные параллельно протекающие реактивные и деструктивные изменения части нейронов, разрежение клеточных элементов, сопровождающиеся пролиферацией нейроглии и чёткими сдвигами морфометрических соотношений в нейронах. Наиболее ранимыми при этом являются крупноклеточные ядра МТ (В и особенно А и С).

Выраженность морфологических изменений ядер МТ при ИМ характеризуется возрастными особенностями: в зрелом возрасте в основном преобладают резко выраженные изменения реактивного характера; для пожилого возраста, наряду с реактивными изменениями, характерно наличие деструктивных изменений и в старческом возрасте – преобладание последних.

Морфологические преобразования ядер МТ при ИМ имеют особенности, находящиеся в зависимости от течения основного заболевания: при первичном ИМ в остром периоде преобладают изменения реактивного характера; в подостром – чётче определяются деструктивные и, отчасти, репаративные процессы; повторный и осложнённый ИМ сопровождается более выраженными некробиотическими изменениями части нейронов ядер МТ и более выраженными процессами репарации при всех формах течения заболевания.

Савенко Л.Д., Гаврилов В.А., Трищенко Ю.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА КОШКИ ПРИ ДЕСТРУКЦИИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

В современной литературе большое внимание уделено различным аспектам вопроса иннервации сердца и интерес к нему растёт с каждым годом.

Экспериментальная часть исследования выполнена на 62 беспородных кошках репродуктивного периода и 10 контрольных («ложнооперированных») и интактных животных. Произведено одностороннее электролитическое разрушение отдельных ядер миндалевидного тела (МТ) стереотаксическим способом.

При разрушении МТ головного мозга кошки отмечаются выраженные морфологические преобразования определённых участков миокарда.

Разрушение переднего миндалевидного поля отражается на миокарде обоих желудочков, но преимущественно правого, а разрушение корково-медиальной и особенно базально-латеральной частей сопровождается изменениями миокарда в основном левого желудочка сердца.

Изменения мышцы сердца выражаются в дисциркуляторных расстройствах миокарда, выраженной зернистой дистрофии, наличии микроочагов некроза кардиомиоцитов, увеличении стромы. Изменения более резко проявляются при разрушении базально-латеральной части МТ и при одновременном разрушении последней и корково-медиальной части.

Деструкция различных составных частей МТ обуславливает ряд равнонаправленных физиологических процессов в миокарде, которые проявляются изменениями временных и амплитудных параметров ряда показателей физиологического контроля.

Изменения ЭКГ характеризуются удлинением электрической систолы желудочков и увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС), изменениями амплитудных параметров волны Q, сегмента S-T и волны T.

Динамика кинетокардиограммы свидетельствует об ослаблении сократительной способности миокарда; уменьшении сердечного цикла в основном за счёт сокращения механической систолы (особенно периода напряжения) при незначительном сокращении диастолы.

Изменения интегральной реограммы тела проявляются уменьшением минутного объёма крови за счёт уменьшения ударного объёма крови, на фоне резко увеличивающейся ЧСС.

Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В.

ГБУ ДНР «Донецкий Республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки», Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Актуальность. Воспалительные процессы гениталий в целом занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии и приводят к выраженным нарушениям репродуктивного здоровья. На долю вульвовагинита среди всех гинекологических заболеваний детского возраста приходится свыше 60%, а исходя из данных отчетов о работе гинекологического отделения для несовершеннолетних ДРПЦ ИМ.ПРОФ В.К. ЧАЙКИ, в группе больных до 10 лет воспалительные заболевания наружных гениталий составляют 44,9%. Терапевтический выбор при вульвовагините предполагает применение местных антисептических препаратов и антибиотиков широкого спектра действия. У детей, в силу возрастных ограничений по применению системных антибактериальных препаратов, предпочтительно применять местную форму лекарственных средств. В связи с этим сохраняется актуальность поиска новых методов терапии данной нозологии у девочек.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения для несовершеннолетних ДРПЦ ИМ. ПРОФ. В.К. ЧАЙКИ. В группу исследования были включены 25 пациенток, в возрасте от 6 мес до 12 лет, получивших комплексное лечение неспецифического вульвовагинита с приоритетным использованием мазей, кремов или свечей, содержащих антибиотики. Критериями отбора пациенток в группу исследования являлись: жалобы на зуд, гиперемия наружных половых органов, наличие патологических белей; согласие родителей на амбулаторное и/или стационарное обследование и лечение детей и подростков.

При обследовании пациенток были использованы следующие методы исследования: общие анализы крови и мочи, микроскопические и бактериологические методы, иммунофлюоресцентные и иммуноферментные методы, полимеразная цепная реакция. В комплексное обследование были включены консультации смежных специалистов: педиатра, гастроэнтеролога, аллерголога. Ведущим пунктом в схеме лечения являлась местная антибактериальная терапия с учетом результатов бактериологического исследования, отделяемого из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам. Также в план терапии входили: местная антисептическая терапия; коррекция питания (снижение количества потребляемых углеводов, исключение из рациона жирной, соленой, острой, копченой и сладкой пищи, увеличение дозы свежих овощей и фруктов, кисломолочных продуктов); тщательное соблюдение личной гигиены; витаминотерапия; при наличии атопических проявлений – антигистаминные средства, адсорбенты, ферменты.

Результаты. Продолжительность терапии составила 7-10 дней. В результате лечения у всех пациенток исчезли имевшиеся ранее жалобы на выделения из влагалища, болезненное мочеиспускание, зуд в области наружных половых органов. По результатам контрольных микроскопии и бактериологического исследования выделений, микробный фон влагалища у всех девочек нормализовался. При осмотре у 86% пациенток признаки воспаления отсутствовали, а у 14% пациенток отмечалась тенденция к улучшению. При лечении пациенток, использовавших местную антибактериальную терапию, отмечен выраженный положительный клинический эффект, матери пациенток отмечали хорошую переносимость препаратов – ни местных, ни системных реакций при лечении выявлено не было.

Выводы. Таким образом, местное применение препаратов, содержащих противомикробные средства, гарантирует высокий уровень концентрации антибиотика локально, тем самым оказывая выраженное положительное действие при лечении воспалительных процессов нижних отделов уrogenитального тракта, позволяет избежать системной антибактериальной терапии и может быть применено в практике гинеколога для несовершеннолетних.

Садеков Д.Р., Щербина Ю.Г., Близнюк М.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РЕГИОНЕ ДОНБАССА

Экологические последствия военных действий в Донбассе, представляют собой серьёзную проблему с возможными долгосрочными негативными последствиями. Исследования демонстрируют, что использование боеприпасов и взрывчатых веществ вызвало значительное загрязнение среды и разрушение природных территорий. Уничтожение лесных массивов, пожары и выбросы вредных веществ создают угрозу не только для экосистемы, но и для здоровья населения. Это подчёркивает важность акцента на экологических аспектах военных конфликтов и необходимости разработки мер по их предотвращению.

По результатам исследования Г.Я. Дрозд (2023) которого приведены в статье «Возможные экологические последствия войн и военных конфликтов», являлась оценка влияния военных действий на качество окружающей среды Донбасса и выполнение прогноза последствий её деградации», «за год боевых действий в Донбассе использовано более 1,3 млн т боеприпасов с более чем 270000 т взрывчатых веществ, что по мощности соответствует 22 ядерным боеприпасам, сброшенным на Хиросиму, а объем образованных взрывчатыми веществами газов сопоставим с гипотетическим облаком размером 270 км³, внутри которого содержание вредных веществ превышает ПДК», «суммарная масса загрязнений воздушного бассейна газообразными продуктами взрывов и сжигания топлива составляет около 10 млн. т, что в 120 раз превышает годовые выбросы металлургического производства. Также обращено внимание, что «около 900 км² лесов и лесозащитных полос Донбасса пострадали от военных действий и пожаров». Возможно, что «неблагоприятные экологические последствия могут привести к региональному изменению климата». Специалисты отмечают, что неблагоприятные экологические последствия, вызванные военными действиями вооружённых сил Украины (ВСУ), могут иметь место ещё многие десятилетия». К числу неблагоприятных экологических последствий для жителей Донбасса отнесены разрушения промышленных предприятий и очистных сооружений, повлёкшие многотонные поступления загрязняющих веществ в объекты окружающей среды – атмосферный воздух, пресную воду, почву; выбросы вредных веществ в атмосферный воздух и попадание тяжёлых металлов в почву при разрывах снарядов; спровоцированные лесные и степные пожары.

Таким образом, современные локальные войны и вооружённые конфликты влекут за собой не только утраты среди военных и гражданских, а также материальный урон, но и вызывают существенные экологические проблемы. Среди них, в частности, можно отметить: ущерб здоровью людей из-за загрязнения или ухудшения качества ключевых элементов окружающей среды, таких как воздух, воду и почву; значительное снижение размеров территорий, пригодных для ведения хозяйственной деятельности вследствие деградации в результате боевых действий; разрушение зон, имеющих природоохранный статус; длительные неблагоприятные последствия для здоровья населения. Эти факторы делают экологическую деградацию территорий одним из наиболее сложных и долговременных последствий современных вооружённых конфликтов.

Саитов А.Р., Биек А.Ю., Ашакаева М.С., Масталиева Э.Л.к., Палюшкевич А.С., Вишняк Д.А., Матвеева А.М., Добрынина И.Ю., Арямкина О.Л.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ КАЛЬКУЛЯТОРОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Проблема метаболического синдрома (MetS) и полиморбидности при нем с начала 20-го века приобретает все большее значение. Это обусловлено общностью модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития эндокринной и сердечно-сосудистой патологии, а также неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Сегодня доказано, что естественное течение НАЖБП от стадии стеатоза печени, на долю которого приходится до $\frac{3}{4}$ ее случаев до стадий неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) и цирроза печени (ЦП) характеризуется пролонгацией хронического асептического воспаления и, как следствия, фибротической перестройки печени. Эти два процесса ответственны не только за прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности, но и атеросклеротические системные процессы, в первую очередь в коронарных и мозговых сосудах, в результате чего формируются сердечно-сосудистые осложнения – инфаркты сердца и головного мозга. А мультисистемный атеросклероз приводит к катастрофам по периферическим артериальным сосудам в виде тромбозов чревного ствола, верхней и нижней брыжеечных артерий, нижних и верхних конечностей, сосудов шеи и почек. И дирижирует всеми этими процессами нарушения липидного обмена в печени. Все проблемы MetS укладываются в неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию в мире – от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) ежегодно гибнут до 32 миллионов человек при лидирующих смертях от сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и сахарного диабета [https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/3235/2494?locale=ru_RU]. Эти проблемы у жителей Северного региона – Ханты-Мансийского АО-Югры при превалировании высокоатерогенных фенотипов IIb/IV особенно актуальны. В квинтет MetS наряду с инсулинорезистентностью, ожирением, артериальной гипертонией и ИБС включают и НАЖБП.

Диагностика НАЖБП затруднена, особенно на стадии стеатоза. В этой связи нами изучены значения неинвазивных калькуляторов фиброза печени и разработанного кафедрой неинвазивного калькулятора для выявления ранних стадий заболевания и их стратификации. Применяли неинвазивный калькулятор стеатоза печени (ST-index) – у 87,3% пациентов с MetS был позитивным, калькуляторы фиброза печени APRI, FIB4, NAFLD fibrosis score, BARD, BAAT, CDS [<https://medsoftpro.ru>], рассчитывали риск развития НАСГ при морбидном ожирении и применяли ЭВМ-калькулятор «Диагностика неалкогольной жировой болезни печени» [<https://www.surgu.ru/naflddiag/naflddiag.html>]. В результате применения данного диагностического комплекса в 1,92 раза улучшилась диагностика НАЖБП на всех ее стадиях, включая стадии стеатоза (49,1%), НАСГ (48,7%), ЦП (2,1%) и даже гепатоцеллюлярной карциномы (0,1%).

Расчет риска развития НАСГ по балльной шкале риска при морбидном ожирении позволил диагностировать промежуточный (58,3%), высокий (17,7%) и очень высокий (15%) риски при малосимптомном или бессимптомном течении НАЖБП. Применение неинвазивных калькуляторов стеатоза (ST-index) и фиброза показали высокую диагностическую значимость - APRI (ДК 14,2; J 120,6), FIB4 (ДК 14,2; J 85), NAFLD fibrosis score (ДК 2,07; J 7,17), BARD (ДК 2,07; J 17,9), BAAT (ДК 2,07; J 20,3), CDS (ДК 14,2; J 146,6), что позволило диагностировать фибротическую перестройку печени в 91,5% среди обследованных групп больных, что особенно важно для выявления ранних стадий НАЖБП. Применение ЭВМ-программы позволяет выявить возможную НАЖБП и стратифицировать ее стадии. В этой связи разработан алгоритм дообследования больного с MetS и дальнейшим мониторингом.

Саитова З.Р., Нургалева А.Р., Рубцова А.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДИНАМИКИ ОБРАЩАЕМОСТИ К СПЕЦИАЛИСТАМ СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Актуальность. Гастроэнтерологические заболевания в России составляют 6,8% в структуре общей заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, включая учащихся высших учебных заведений. Широкая распространенность патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди студентов обусловлена нерациональным питанием, нервно-психическим напряжением, а также низким уровнем ответственности и активности в поддержании своего здоровья.

Цель. Изучить распространенность гастроэнтерологических симптомов, факторов риска и обращаемости к специалистам среди студентов медицинского университета.

Материалы и методы. Нами опрошено 60 студентов 4-6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (БГМУ). Сбор информации осуществлялся опросным методом заочного интернет-анкетирования (Google форма). Каждый студент отмечал один из нескольких представленных вариантов ответов. Использовалась фокусированная стихийная выборочная совокупность.

Результаты и обсуждение. По данным опроса, большинство испытуемых питается нерационально. Так, 81,3% респондентов не соблюдают режим питания, и лишь у 18,7% опрошенных режим питания соответствует установленным нормам. Среди студентов отмечается высокая частота встречаемости различных гастроэнтерологических симптомов, таких как изжога, отрыжка (43,8%), 24,8% студентов беспокоят боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, тошноту и рвоту отмечают 29,1% респондентов, нарушения стула - 34,8%. При этом у 54,7% участников опроса выраженность и длительность проявлений возрастает в условиях психоэмоционального напряжения, например, в период сессии, 45,3% - не выявили у себя эту взаимосвязь.

Таким образом, мы установили, что большинство испытуемых предрасположено к развитию патологии ЖКТ вследствие подверженности воздействию факторов риска, включающих несоблюдение режима и сбалансированности питания, стрессы, недостаток физической активности. По результатам исследования, многие студенты, несмотря на наличие жалоб со стороны ЖКТ, несвоевременно обращаются к врачу. Так, 68,8% испытуемых не посещали терапевта или гастроэнтеролога в течение последнего года, так как считают себя здоровыми; 12,5% имеют диагностированные хронические гастроэнтерологические заболевания, но нерегулярно проходят медицинский осмотр для динамического наблюдения. Только 18,8% респондентов обращались к врачу в указанный период, из них 56,3% проходили дополнительное обследование с применением лабораторных и инструментальных методов. Позднее обращение студентов в медицинские организации приводит к прогрессированию патологии, затруднению лечения. В качестве эффективной меры профилактики заболеваний ЖКТ целесообразно осуществление санитарно-просветительской деятельности в высших образовательных учреждениях, информирование учащихся о необходимости самоконтроля и регулярных профилактических медицинских осмотров специалистами гастроэнтерологического профиля.

Выводы. Мы выявили высокую частоту встречаемости заболеваний ЖКТ среди студентов 4-6 курсов БГМУ, обусловленную нарушением режима питания, нервно-психическими факторами, малоподвижным образом жизни, низким уровнем вовлеченности в сохранение своего здоровья. Важным условием своевременной диагностики и лечения гастроэнтерологической патологии у студентов является повышение осведомленности в сфере профилактики болезней ЖКТ, формирование у них мотивации и потребности в здоровьесбережении.

Саламех К.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Введение. В последнее десятилетие существенно возросло количество случаев стрептококковой инфекции, в частности острого тонзиллита (ОТ), который в условиях крупного промышленного региона Донбасса часто сочетается с хроническим токсическим гепатитом (ХТГ). Заболеваемость ОТ на фоне ХТГ существенно выше у лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, что влечет за собой значительный экономический ущерб, и ведет к ранней инвалидизации и смертности.

При изучении патогенеза данной коморбидной патологии установлена существенная роль в развитии патологического процесса уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Целью нашей работы было изучение динамики ЦИК и их молекулярного состава у больных ОТ на фоне ХТГ с использованием иммуноактивного препарата циклоферона.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 больных (38 мужчин и 30 женщин) с ОТ на фоне ХТГ в возрасте от 18 до 45 лет. Все больные были разделены на две группы: основную (42 человека) и сопоставления (26 пациентов). Помимо основного комплекса обследования всем больным проводили определение общего уровня ЦИК методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон и молекулярный состав ЦИК методом дифференцированной преципитации в 2%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ. Все пациенты получали общепринятое лечение (бронхолитики, противовоспалительные препараты, отхаркивающие средства, муколитики, антибиотики, ингаляционные стероиды). Помимо основного лечения, пациенты основной группы получали иммуноактивный препарат циклоферон, который назначали с первого дня пребывания в стационаре внутримышечно в виде 12,5% раствора по 2 мл 1 раз в день на протяжении 5 дней подряд, далее по 2 мл через день осуществляли еще 5-7 инъекций препарата. При необходимости в дальнейшем в амбулаторных условиях использовали поддерживающую дозу циклоферона – по 150 мг препарата 3 раза в неделю внутрь на протяжении 2-4 недель.

Полученные результаты и их обсуждение. До начала лечения у всех обследованных больных ОТ на фоне ХТГ отмечалось повышение количества ЦИК, в среднем в 1,7 раз по отношению к норме. При этом отмечалось увеличение количества среднемолекулярных иммунных комплексов (11S-19S), количество которых в абсолютном исчислении превышало норму в 2,23 раза, количество мелкомолекулярных иммунных комплексов (фракция <11S) увеличилось в 2,2 раза относительно нормы. В то же время количество крупномолекулярных иммунных комплексов (фракция >19S) практически не изменялось и превышало норму лишь в 1,03 раза.

При повторном иммунологическом исследовании после завершения лечения в основной группе, которые наряду с общепринятой терапией получали циклоферон, отмечена четкая тенденция к нормализации иммунологических показателей - снижению общего уровня ЦИК до верхней границы нормы, уменьшению в их составе наиболее патогенной среднемолекулярной фракции. Так в абсолютном исчислении содержание среднемолекулярных иммунных комплексов уменьшилось в 1,9 раза. В группе сопоставления также имело место некоторое снижение ЦИК, однако менее выраженное, чем в основной группе. Так после окончания лечения общий уровень ЦИК оставался в 1,4 раза выше относительно нормы, а содержание среднемолекулярных иммунных комплексов в 1,5 раза выше нормы.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что включение иммуноактивного препарата циклоферон в комплексное лечение больных ОТ на фоне ХТГ способствует нормализации общего количества ЦИК и их молекулярного состава, в частности существенному снижению показателей наиболее патогенной среднемолекулярной фракции ЦИК.

Саламех К.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Введение. Изучая патогенетические особенности хронических заболеваний гепатобилиарной системы, в том числе неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), установлена существенная роль уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Продукты ПОЛ, такие как малоновый диальдегид (МДА) и диеновые конъюгаты (ДК), повреждают биомембраны, что приводит к усилению апоптоза или некробиоза в гепатоцитах. Наличие коморбидных заболеваний у пациентов с СГ, в частности, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) приводит к активации процессов перекисного окисления липидов.

Целью нашей работы было изучение показателей ПОЛ у больных ХОБЛ пылевой этиологии на фоне НАСГ.

Материалы и методы. Обследовано 64 мужчины в возрасте 20-59 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: первая (33 человека) с ХОБЛ на фоне НАСГ и вторая (31 человек) с ХОБЛ при отсутствии НАСГ. Для реализации цели исследования всем больным проводили изучение показателей ПОЛ, а именно МДА и ДК, определяли интегральный индекс перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ).

Полученные результаты. При изучении состояния перекисного окисления липидов было установлено, что перед началом лечения наблюдалась значительная активизация процессов ПОЛ. При этом в первой группе увеличение ПОЛ было более значимым, чем у пациентов второй группы. Концентрация МДА в первой группе $9,1 \pm 0,3$ мкмоль/л была на 2,84 выше нормы. Уровень МДА до начала лечения у пациентов второй группы был повышен менее значимо и достигал $5,8 \pm 0,2$ мкмоль/л, что, однако, превышало норму в 1,8 раза и в то же время в 1,6 раза меньше, чем в первой группе. Содержание ДК было повышено в первой группе и составляло $24,8 \pm 0,35$ мкмоль/л, что было в 2,6 раза больше показателя нормы. Во второй группе уровень этого показателя до лечения составил $18,9 \pm 0,4$ мкмоль/л, что в 2,0 раза выше нормы и в то же время в 1,3 раза ниже, чем у пациентов первой группы. Интегральный индекс ПГЭ был повышен в первой группе до $10,1 \pm 0,2\%$, что превышало норму в 2,9 раза; во второй группе величина ПГЭ превышала норму в 1,83 раза и составила $6,4 \pm 0,1\%$, что в 1,6 раза меньше, чем у пациентов первой группы. Это свидетельствует о снижении резистентности биомембран эритроцитов к действию повреждающих факторов за счет активации процессов перекисного окисления липидов, при этом максимальная выраженность этих процессов имела место у пациентов первой группы. При изучении состояния перекисного окисления липидов в конце лечения с применением традиционных средств установлена тенденция к улучшению показателей, которая более выражена у лиц второй группы. Концентрация МДА в первой группе снизилась в 1,5 раза и составила $6,1 \pm 0,3$ мкмоль/л, что было, однако, в 1,9 раза выше нормы, у пациентов второй группы содержание МДА снизилось более значимо по сравнению с исходным и составило $3,9 \pm 0,2$ мкмоль/л, и достигало верхней границы нормы, что было в 1,6 меньше, чем в первой группе. Содержание ДК у пациентов первой группы снизилось в 1,43 раза по сравнению с исходным уровнем и составило $17,4 \pm 0,4$ мкмоль/л на момент завершения лечения, что в 1,83 раза выше нормы и в 1,41 раза больше соответствующего показателя во второй группе. Во второй группе содержание ДК уменьшилось на 1,54 и равнялось $12,3 \pm 0,25$ мкмоль/л, что было всего в 1,3 раза меньше нормальных значений. ПГЭ у пациентов первой группы в период лечения снизился в 1,66 раза и был равен $6,1 \pm 0,3\%$, что в 1,74 раза выше нормы, у пациентов второй группы – в 1,42 раза и составлял $4,5 \pm 0,1\%$, что в 1,3 раза выше нормы.

Выводы. Наличие коморбидности с ХОБЛ пылевой этиологии способствует более значимой активации процессов ПОЛ, с увеличением содержания ДК и МДА и показателя ПГЭ. Применение традиционных методов терапии у пациентов с ХОБЛ пылевой этиологии на фоне НАСГ не нормализует процессы перекисного окисления липидов и требует назначения антиоксидантов.

Салина Т.Ю.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов

ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

Интерферон – гамма (ИФН- γ) – ключевой медиатор иммунного ответа при туберкулезной инфекции, ему принадлежит ведущая роль в регуляции межклеточных взаимодействий, активации макрофагальной активности и устойчивости к внутриклеточным патогенам. В литературе имеется большое число публикаций, в которых на основе результатов экспериментальных исследований показано, что недостаточная продукция ИФН- γ Т-лимфоцитами и другими иммунными клетками ведет к неспособности организма ограничить рост и размножение микобактерий и ассоциируется с выраженным некрозом и фатальным течением туберкулеза. Однако, в человеческом организме роль ИФН- γ остается сложной и недостаточно изученной проблемой. Признание приоритетного значения эндогенного ИФН- γ в патогенезе туберкулезной инфекции привело к клиническим испытаниям по оценке эффективности применения рекомбинантного ИФН- γ в качестве адьюванта к химиотерапии. В связи с вышеизложенным нам представляется актуальным изучение его эндогенной продукции у больных туберкулезом.

Цель исследования - изучить продукцию ИФН- γ в периферической крови у больных туберкулезом в зависимости от тяжести течения туберкулезного процесса.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных туберкулезом легких, в возрасте от 18 до 76 лет, находившихся на стационарном лечении в Саратовском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. В зависимости от тяжести течения туберкулеза пациенты разделены на 2 группы. Группу I составили 16 больных с ограниченными формами туберкулеза (очаговый, инфильтративный) без распада и бактериовыделения. В группу II включены 20 пациентов с тяжелыми, прогрессирующими (казеозная пневмония, диссеминированный и генерализованный туберкулез) и осложненными формами туберкулеза. В качестве контроля обследовано 14 здоровых лиц. Проводилось изучение спонтанной и индуцированной антигеном ESAT-6 (секретируемый пептид микробной клетки *M.tuberculosis*) продукции ИФН- γ в супернатантах 48 часовых культур разведенной в 10 раз гепаринизированной крови. Уровень ИФН- γ определяли методом иммуноферментного анализа с набором реагентов («гамма-Интерферон-ИФА-БЕСТ», г. Новосибирск. Рассчитывалась разность между спонтанной и индуцированной антигеном ESAT-6 продукцией (Δ ESAT-6).

Результаты и обсуждения.

Установлено, что у больных туберкулезом группы II уровень спонтанной продукции ИФН- γ был достоверно выше, чем у пациентов группы I и здоровых ($93,2 \pm 15,1$ пг/мл против $52,5 \pm 7,5$ пг/мл и $43,1 \pm 9,8$ пг/мл соответственно). Уровень индуцированной антигеном ESAT-6 продукции ИФН- γ напротив у больных группы II был значительно ниже (Δ ESAT-6), чем у пациентов группы I и составил $24,8 \pm 9,3$ пг/мл против $65,0 \pm 15,2$ пг/мл (соответственно), $p < 0,05$. Нулевые значения прироста индуцированной продукции ИФН- γ относительно спонтанной в группе II установлены у 12 (60%) человек, и только у 2 (12,5%) в группе I.

Заключение. Продукция ИФН- γ у больных туберкулезом зависит от тяжести течения туберкулезного процесса и отличается вариабельностью, спонтанная продукция повышается у тяжелых больных, а индуцированная снижается, что может указывать на угнетение функциональных способностей иммунокомпетентных клеток и их функциональное истощение у тяжелых больных.

Полученные данные могут иметь значение для целенаправленного назначения с патогенетической целью «в терапии сопровождения» больных туберкулезом лекарственных препаратов группы ИФН- γ .

*Салманова О.Н., Волобуева Л.Н., Перфильева М.Ю., Дудка А.Ю.,
Сотникова Н.А., Болгарова А.А.*

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Цель: содержание цитокинов в сыворотке крови больных пневмонией детей 2-14 лет в периоде реконвалесценции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 детей больных острой пневмонией в возрасте от 2 до 14 лет (25 мальчиков и 22 девочки). Из них: у 38 %- наблюдалось легкое течение заболевания, у 38 % - средней тяжести, у 24 % - тяжелое. Контрольная группа - 25 практически здоровых детей: 14 мальчиков и 11 девочек (младшая группа - от 2 лет до 5 лет 11 месяцев, старшая группа - от 6 до 14 лет).

Результаты. В периоде реконвалесценции при легком течении пневмонии концентрация ИЛ-1 β и ФНО- α у детей младшего возраста оставалась в пределах физиологической нормы (6,47 \pm 0,29 пг/мл и 1,84 \pm 0,07 пг/мл) и составила – 7,06 \pm 0,35 и 2,04 \pm 0, тогда как содержание ИЛ-6 и ИЛ-8 было 2,53 \pm 0,13 и 2,70 \pm 0,14 (норма 2,08 \pm 0,09 и 2,30 \pm 0,10); у старших детей концентрация ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6 и ИЛ-8 составляла - 12,23 \pm 0,61, 2,23 \pm 0,11, 3,05 \pm 0,15 и 2,48 \pm 0,12 соответственно (при норме - 11,29 \pm 0,51, 2,06 \pm 0,09, 2,56 \pm 0,12 и 2,14 \pm 0,08). Содержание в крови α -ИФН у детей младшего возраста после легкого течения пневмонии было 14,39 \pm 0,82, у детей 6-14 лет - 25,32 \pm 1,27 при норме 8,35 \pm 0,33 и 13,68 \pm 0,49. В периоде выздоровления после пневмонии средней степени тяжести уровень ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6 и ИЛ-8 составлял 7,85 \pm 0,39, 2,27 \pm 0,11, 2,92 \pm 0,14 и 2,91 \pm 0,15, а у детей 6-14 лет – 13,39 \pm 0,67, 2,46 \pm 0,12, 3,55 \pm 0,18 и 2,63 \pm 0,13. Содержание в крови α -ИФН у детей младшего возраста после среднетяжелой пневмонии было 12,0 \pm 0,6, у детей 6-14 лет - 20,51 \pm 1,02. В периоде реконвалесценции после тяжелого течения пневмонии остаточные изменения содержания медиаторов были наиболее выраженными. У детей младшего возраста количество ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-8 и α -ИФН составило - 8,13 \pm 0,41, 2,34 \pm 0,12, 3,26 \pm 0,16, 3,01 \pm 0,15 и 10,08 \pm 0,5. У детей 6-14 лет аналогичные показатели составили - 13,95 \pm 0,7, 2,59 \pm 0,13, 3,95 \pm 0,2, 2,75 \pm 0,13 и 17,29 \pm 0,86.

Выводы. Степень выраженности иммунных нарушений зависит от периода и степени тяжести пневмонии, а также возраста больных детей. Наиболее глубокие иммунные сдвиги имеют место при тяжелом течении, а также у детей младшего возраста. Наименьшие изменения иммунного статуса наблюдаются в периоде реконвалесценции, после легкого течения пневмонии, у детей 6-14 лет.

*Салманова О.Н., Волобуева Л.Н., Перфильева М.Ю., Дудка А.Ю.,
Сотникова Н.А., Болгарова А.А.*

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОСТОЯНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Цель: изучение фагоцитарной активности моноцитов и нейтрофилов при пневмонии у детей 2-14 лет и анализ выраженности выявленных изменений в зависимости от степени тяжести заболевания и периода болезни.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 детей больных острой пневмонией в возрасте от 2 до 14 лет (25 мальчиков и 23 девочки). Из них: у 38 %- наблюдалось легкое течение заболевания, у 38 % - средней тяжести, у 24 % - тяжелое. Контрольная группа - 25 практически здоровых детей: 14 мальчиков и 11 девочек (младшая группа - от 2 лет до 5 лет 11 месяцев и 29 дней, старшая группа - от 6 до 14 лет).

Результаты. К периоду реконвалесценции фагоцитарная активность нейтрофилов и моноцитов увеличивалась. После легкого течения пневмонии фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ) нейтрофилов и моноцитов у детей младшего возраста составили 75,22% и 7,2%, у реконвалесцентов 6-14 лет – 81,6% и 9,81%. Так, у детей младшего возраста, перенесших пневмонию средней степени тяжести, ФИ нейтрофилов составлял – 72,42%, а у реконвалесцентов 6-14 лет – 80,31% (норма – 82,36% и 85,75%). В то же время, в обеих возрастных группах показатель ФЧ нейтрофилов составлял 6,53% и 9,07%, что было ниже нормы (7,43% и 10,25%). У реконвалесцентов младшей возрастной группы ФИ моноцитов при среднетяжелом течении пневмонии оставался ниже нормы – 73,80%, а у детей 6-14 лет – 79,64% при норме 81,79% и 86,05%. ФЧ моноцитов в обеих группах детей составило 8,65% и 9,73% (при норме – 8,92% и 10,67%). Наибольшие остаточные изменения фагоцитарной активности нейтрофилов и моноцитов зарегистрированы у реконвалесцентов после тяжелого течения пневмонии. Показатель ФИ нейтрофилов у детей младшего возраста составлял 67,13%, моноцитов – 69,04%; у детей 6-14 лет ФИ нейтрофилов – 72,36%, моноцитов – 71,20%. ФЧ нейтрофилов у детей младшего возраста при тяжелом течении – 5,74%, моноцитов – 7,13%; у детей 6-14 лет показатель ФЧ нейтрофилов составлял 8,63%, моноцитов – 8,26%.

Выводы. Угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов и моноцитов зависело от возраста пациентов, а также от степени тяжести пневмонии. Наиболее глубокие иммунные сдвиги наблюдаются при тяжелом течении, у детей младшего возраста. Наименьшие изменения наблюдаются после легкого течения пневмонии, у детей 6-14 лет. В периоде реконвалесценции показатели клеточного иммунитета положительно изменялись, но при пневмонии средней степени тяжести и тяжелой полной их нормализации не происходило.

Саломова Ф.И., Юлдашева Ф.У., Шеркузиева Г.Ф., Каримходжаева С.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ В ОБЩЕЖИТИИ НА СТУДЕНТОВ

Негативное влияние условий проживания в общежитии существенно влияют на образ жизни, здоровье и академические успехи студентов. Условия общежития, особенно его дискомфортность и санитарное состояние, могут создать трудности для многих студентов. Проживание в общежитиях может вызвать различные негативные последствия для студентов, что, в свою очередь, влияет на их социальное, психологическое и физическое состояние. Условия общежития могут серьезно повлиять на психологию студентов. Некомфортные условия проживания в общежитии, такие как маленькие и тесные комнаты, плохой воздух и недостаток личного пространства, приводят к развитию у студентов таких психологических состояний, как стресс и депрессия. Они могут постоянно чувствовать себя некомфортно, сталкиваться с факторами, мешающими их личной жизни. Такая ситуация оказывает негативное влияние, особенно на студентов, которые испытывают потребность в личном пространстве, тишине и покое. Кроме того, неблагоприятные условия проживания в общежитии могут снизить мотивацию студентов к учебе. Стресс, тревога и недостаток сна снижают когнитивные функции (внимание, память и концентрацию). Ухудшение психологического здоровья, в свою очередь, снижает успешность образовательного процесса. Одним из самых больших недостатков проживания в общежитии является отсутствие личного пространства. Многим студентам приходится делить общежития с другими людьми, что приводит к нарушению неприкосновенности частной жизни. Отсутствие личного пространства при проживании с соседями по комнате снижает возможность студентов проявить свою индивидуальность. Проживание в общежитии также может оказать негативное влияние на физическое здоровье студентов. Прежде всего, санитарные условия общежитий иногда могут быть опасными для студентов. Проживание в общежитии может создавать проблемы с безопасностью. Отсутствие мер безопасности в некоторых общежитиях представляет опасность для студентов. Еще одним негативным эффектом проживания в общежитиях является влияние на социальные связи и взаимоотношения. Условия общежития могут ухудшить общее качество жизни студентов. Недостаток сна, плохие санитарные условия, межличностные проблемы и стресс негативно влияют на успеваемость студентов.

Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

COVID-19 И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ

Дифференциальный диагноз COVID-19 и ВИЧ-инфекции особенно актуален в первые часы госпитализации, поскольку неправильная диагностика ВИЧ-инфекции ведет к госпитализации пациентов в непрофильное отделение, специализирующееся на лечении больных COVID-19, и возможном возникновении суперинфекции у пациентов с ВИЧ со сниженным иммунитетом. В связи с этим нам представляется важным обобщить особенности клинического течения обеих инфекций, что необходимо для понимания причин диагностических ошибок, допускаемых врачами на догоспитальном этапе и связанную с этим несвоевременную этиотропную терапию.

Для исследования отобраны пациенты методом сплошной выборки с лабораторно подтвержденными диагнозами, находившиеся на лечении в отделении интенсивной терапии ЦГКБ №1 г. Донецка в 2023 году. В первую группу включены 19 больных ВИЧ-инфекцией, диагноз которых лабораторно подтвержден серологически, ни один пациент АРТ терапию по разным причинам не получал. Вторую группу составили 112 больных COVID-19, также с диагнозом подтвержденным выделением РНК вируса COVID-19 методом ПЦР или проведением экспресс-теста. При оценке коморбидной патологии обращает на себя внимание различие групп по индексу массы тела. Кахексии не наблюдалось у пациентов с тяжелым течением COVID-19, ожирение отсутствовало у больных ВИЧ-инфекцией. Все больные, госпитализированные в отделение интенсивной терапии находились в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Заболевание развивалось постепенно у всех больных с ВИЧ-инфекцией и у 94,6% (106 пациентов) с COVID-19. У пациентов обеих групп температура не превышала 38°C, у большинства была низкой субфебрильной или нормальной. Катаральный синдром при COVID-19 был нечастым клиническим проявлением (12,5%), при ВИЧ-инфекции не встречался. У больных с COVID-19 наблюдались нарушение обоняния (24 пациента, или 21,4%), снижение или извращение вкуса - агевзия/дисгевия (11 пациентов, или 9,8%), при ВИЧ-инфекции такие симптомы также не наблюдались. Вместе с тем, на поражение больных вирусом иммунодефицита указывали диспептический синдром: у больных ВИЧ-инфекцией зафиксирован у 17 пациентов (89,5%) и лишь у 7 (6,25%) при COVID-19. При COVID-19 не встречались грибковые поражения слизистых полости рта, гортани, трахеи, которые выявлены у пациентов с ВИЧ-инфекцией (у 14 пациентов, или 73,7%). У всех пациентах при проведении рентгенологического исследования легких или СКТ органов грудной клетки выявлена полисегментарная пневмония. Рентгенологические различия поражения легких коронавирусом и пневмоцистами провести дифференциальный диагноз не позволяли. В обеих группах было существенное снижение сатурации как один из критериев госпитализации в отделение интенсивной терапии, у всех больных определялись изменения при аускультации в виде крепитации, ослабления дыхания, тахипное, была одышка как в покое, так и при физической нагрузке. Кашель встречался у пациентов обеих групп, но не являлся ведущим симптомом при поражении легких при пневмоцистной пневмонии. В целом, разница в клинических симптомах дыхательной недостаточности незначительная, не помогающая в постановке диагноза.

Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК В УСЛОВИЯХ НЕЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА

В программу инфекционных болезней входит тема «Геморрагические лихорадки», представляющая сложности как для обучающихся, так и для преподавателей. К этой группе относится целый ряд заболеваний - геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, Конго-Крымская геморрагическая лихорадка, геморрагические лихорадки Омская, Боливийская, Аргентинская, Эбола, Мабург, Лассе, желтая. Клинически все эти заболевания идентичны, отличаются нюансами, что делает для студентов изучение этой темы сложной. Вместе с тем, показать пациентов мы не имеем возможности, поскольку данная группа заболеваний неэндемичная для нашего региона, пациенты с геморрагическими лихорадками встречаются крайне редко – за последние 10 лет было 3 больных с геморрагическими лихорадками с почечным синдромом и 2 с Конго-Крымской геморрагической лихорадкой, все больные прибыли из эндемичных регионов – Крыма, Краснодарского края, Поволжья.

При преподавании этой темы необходимо вызвать интерес к геморрагическим лихорадкам, что является сложным с учетом их географического распространения. Акцент приходится делать на возможной будущей работе в различных регионах России, частью которой мы стали, а так же на возможной работе за рубежом (Африка, Юго-восточная Азия, Дальний Восток, Южная Америка). При разборе клинических особенностей упор делается на сочетании интоксикационного и геморрагического синдромов с пребыванием в эндемичной местности. При некоторых геморрагических лихорадках существуют очень специфические симптомы и синдромы -геморрагии в виде полос, ретробульбарные боли, нарушение зрения, формирование острой почечной недостаточности, что при определенной подаче вызывает неподдельный интерес обучающихся. Геморрагический синдром можно показать на слайдах и фотографиях. Разбор особенностей основных синдромов геморрагических лихорадок при дифференцировке с аналогичными при других заболеваниях при возможности и демонстрация таких больных значительно облегчает процесс усвоения материала. Аналогичное можно сказать и о лечении: отсутствие этиотропной терапии выводит патогенетическую на первый план, с компонентами которой обучающиеся уже знакомы.

Таким образом, даже необычные инфекции, имеющие очень отдаленное отношение к нашему региону, можно связать с другими заболеваниями, параллельно с геморрагическими лихорадками повторить клинику и лечение ряда инфекционных болезней. Вместе с тем, знание геморрагических лихорадок молодыми специалистами значительно расширяет их кругозор и дает возможность проявить свои способности в диагностике и лечении незнакомой патологии.

Салюк Е.С., Хатюшин Д.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ АНАЭРОБНЫХ БАКТЕРИЙ

Введение: В структуре инфекционной патологии, вызванной бактериальной флорой, преобладают анаэробные бактерии. В последнее время обращают на себя внимание рост резистентности грамположительной и грамотрицательной анаэробной флоры к широкому спектру антибиотиков, в связи с чем имеют место трудности в этиотропной терапии инфекционных заболеваний.

Цель: Проанализировать спектр резистентности облигатно анаэробных бактерий к антианаэробным препаратам по данным современных исследований.

Методы и материалы исследования: В результате проанализированы исследования статья Сухиной М.А. и соавт. (2015), а так же Sophie Reissier et al. (2023) по оценки чувствительность анаэробных возбудителей к антианаэробным препаратам, из проб крови 2626 пациентов из реанимационного, хирургического и гематологического стационара; собранная статистика за период с 2012 по 2022 год действия препаратов на анаэробные микроорганизмы.

Результаты: В работе Сухиной М.А. и соавт. проведена оценка чувствительности изолированных облигатно анаэробных бактерий к 13 антибактериальным препаратам, наиболее часто применяемым в клинической практике для лечения анаэробной инфекции (метронидазол, цефокситин, пенициллины, клиндамицины, меропенем и др.). Резистентность была выявлена у 32,6 % всех изолированных культур облигатно анаэробных бактерий, при этом резистентностью к метронидазолу обладали 19,4 % штаммов облигатно анаэробных бактерий.

В статье Reissier et al. была исследована собранная статистика за период с 2012 по 2022 год действия препаратов на анаэробные микроорганизмы (бета-лактамы, метронидазол, клиндамицин, фторхинолоны, хлорамфеникол, тетрациклины и менее популярные тигециклин и линезолид). В ходе исследования проводился учёт и анализ резистентности анаэробных возбудителей к каждому из антибиотиков. Был выявлен рост устойчивости бактерий к антианаэробным препаратам, в особенности к метронидазолу и клиндамицину. При этом, наименее часто резистентность регистрировалась к тигециклину и линезолиду.

Вывод: В проанализированных исследованиях авторы отмечают тенденцию к росту резистентности облигатно анаэробных бактерий к антибиотикам, применяемым в клинической практике. Препараты, которые ранее считались ведущими, такие как клиндамицин или метронидазол, оказываются все менее эффективными. Новые антибиотики, такие как тигециклин и линезолид, более эффективны против анаэробов, у них низкий процент резистентности, либо полное отсутствие таковой. В заключение хочется подчеркнуть, что необходимо более тщательно проводить исследования на выявление резистентности антибиотиков для повышения эффективности противoinфекционной терапии.

Самарин М.А., Кривов А.В., Родионова С.С.

ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИНАМИКИ РОСТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В Г. ТВЕРИ

Введение: Переломы проксимального отдела бедра (ППОБ) являются наиболее тяжелым осложнением остеопороз и представляют серьезную проблему для здравоохранения, нанося значительный экономический ущерб, а также характеризуются высоким уровнем инвалидизации и летальности, среди пациентов, как на стационарном, так и амбулаторном этапах. Показатели частоты неблагоприятного исхода в существенной мере зависят от организации медицинской помощи данной категории больных, в том числе и оперативной активности.

Цель работы: определить оперативную активность у пациентов с переломами ППОБК 50 лет и старше в 2019 г., в г. Твери; сравнить качество жизни после перелома у прооперированных и неоперированных пациентов.

Материалы и методы: Проведен анализ всех случаев переломов проксимального отдела бедра у лиц старше 50 лет в г. Твери, за период с 1 января 2019 года по 31 декабря 2019 года. Исследование ретроспективное, выборка историй болезни проведена в травматологических центрах города Твери (ГБУЗ ГКБ № 1, ГБУЗ ТО КБСМП, ГБУЗ Тверская ОКБ), травмпунктах 1, 6, 7 городских больниц и журналах вызовов СМП.

Полученные результаты: за 2019 г. выявлено 282 случая ППОБК: среди женщин это 212 (76%), среди мужчин - 70 (24%). Среди ППОБК переломы шеек бедренной кости составляли 51%, чрезвертельные переломы 46%, подвертельные – 3%.

Среди 282 пациентов с ППОБК в 2019 г. было прооперировано 40 человек (16,5%). Для сравнения, в 2004 г. в г. Твери оперативная активность у пациентов с ППОБК составляла приблизительно 10 %. Среднее время, по данным нашего исследования, с момента получения травмы до операции составило 22 дня (минимальное 4 дня, максимальное – 103 дня). Среди оперативных вмешательств было наиболее распространено тотальное эндопротезирование (62,5%), затем остеосинтез канюлированными винтами (30%) и накостный остеосинтез титановой пластиной (7,5%)

Среди неоперированных пациентов, по нашим данным, никто не вернулся к прежней бытовой активности. 42 % неоперированных больных остались прикованы к кровати, остальные 58 % могли передвигаться только с помощью опоры. 95 % неоперированных испытывали болевой симптом при нагрузках, иногда доходящий до 8 баллов по шкале ВАШ. В течение первого года с момента травмы мы выявили 35 % пациентов с летальным исходом.

Также, по данным нашего исследования, среди неоперированных пациентов - 35% вернулись к прежней активности, 50% испытывали необходимость пользоваться тростью при ходьбе, 10 % пользовались ходунками, 5 % - прикованы к постели. У 75% пациентов сохранился болевой синдром при нагрузках, при этом у 66% из них, он не поднимался выше 1-2 баллов по шкале ВАШ. Смертность в течение 1 года после травмы у прооперированных больных составила 5 %.

Заключение: в г.Твери, оперативная активность среди пациентов с ППОБК остается крайне низкой, так как не выполнялись Российские Клинические Рекомендации по срокам проведения оперативного вмешательства. Нами было установлено значительное улучшение качества жизни у прооперированных пациентов, а также зафиксирована низкая смертность в течение года после травмы, даже не смотря на поздние сроки проведения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: остеопороз, переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК), низкоэнергетическая травма.

Сапарбаева Ж.С., Абдуллаева Д.Г., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СОСТАВЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ПРОХЛАДИТЕЛЬНЫХ НАПИТКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Введение. В последние годы индустрия безалкогольных прохладительных напитков (БПН) демонстрирует значительный рост как в глобальном масштабе, так и в нашей республике. Это направление становится одной из наиболее перспективных областей пищевой промышленности, отвечая на растущий интерес потребителей к здоровому образу жизни и качественному питанию. БПН обогащены микронутриентами, что способствует улучшению обмена веществ, восстановлению биохимических показателей и витаминного баланса, замедлению процессов старения, укреплению иммунной системы и предотвращению быстрого утомления.

Целью данной работы является исследование возможностей разработки новых видов безалкогольных напитков с использованием нетрадиционных сырьевых компонентов, обогащенных витаминами и микроэлементами, а также оценка их влияния на здоровье потребителей.

Материалы и методы. В исследовании использовались различные виды натуральных соков (вишневый, яблочный, гранатовый) и экстракты (например, имбирь), которые были выбраны за их высокое содержание витаминов и минералов. Методы включали анализ состава напитков, оценку их питательной ценности, а также проведение опросов среди потребителей для выявления их предпочтений и реакции на новые продукты. Также проводились лабораторные исследования для определения аллергенности компонентов.

Результаты показали, что напитки, содержащие натуральные соки и экстракты, значительно улучшают усвояемость жиров, белков и углеводов. Имбирь, как один из примеров, оказался богатым источником витаминов и минералов, включая калий, кальций, магний, железо и цинк. Цинк активизирует иммунные реакции и способствует метаболизму клеток. Опросы потребителей продемонстрировали высокий интерес к новым видам БПН с обогащенными ингредиентами, а лабораторные исследования подтвердили низкий риск аллергических реакций при использовании натуральных компонентов.

Заключение. Таким образом, разработка технологий и внедрение натуральных компонентов в производство БПН не только обогащает рацион потребителей, но и способствует профилактике пищевой аллергии в населении. Результаты данного исследования открывают новые горизонты для создания безопасных и полезных продуктов, отвечающих современным требованиям здоровья и питания. Важно продолжать исследование и разработку новых формул для обеспечения высокого качества безалкогольных напитков на основе натуральных ингредиентов.

Сапарбаева Ж.С., Абдуллаева Д.Г., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ PPAR γ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Введение. Сахарный диабет 2-го типа представляет собой одну из самых распространённых хронических заболеваний, оказывающих значительное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости этим недугом, что делает его актуальной проблемой для здравоохранения. Одним из ключевых факторов риска развития сахарного диабета 2-го типа является наследственная предрасположенность, обусловленная генетическими маркерами. Ген PPAR γ (пероксисомный пролифератор-активируемый рецептор гамма) является одним из наиболее значимых маркеров, ассоциированных с диабетом 2 типа, играя критическую роль в регуляции метаболизма и чувствительности к инсулину.

Цель данного исследования заключается в изучении генетических маркеров гена PPAR γ и их связи с риском развития сахарного диабета 2-го типа. Мы стремимся определить корреляцию между аллелями гена PPAR γ и вероятностью возникновения осложнений, связанных с диабетом, а также оценить клинико-биохимические показатели у пациентов с различными генотипами.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 160 пациентов в возрасте 18 лет и старше, страдающих от сахарного диабета 2-го типа. Для анализа использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для определения аллелей C/C, C/T и T/T при генотипе C1431T гена PPAR γ . Кроме того, проводился анализ клинико-биохимических показателей здоровья пациентов, включая уровень глюкозы в крови, липидный профиль и другие важные параметры. Также была проведена оценка наличия осложнений сахарного диабета, таких как диабетическая полинейропатия, диабетическая нефропатия и нарушения зрения.

Результаты исследования показали, что наличие генетических маркеров PPAR γ значительно увеличивает риск развития сахарного диабета 2-го типа у взрослых пациентов. Выявлена корреляция между аллелями гена PPAR γ и вероятностью возникновения осложнений, включая диабетическую полинейропатию, диабетическую нефропатию и нарушения зрения. При анализе клинико-биохимических показателей установлено, что пациенты с аллелями C/C имели более высокие уровни глюкозы и ухудшенные показатели липидного профиля по сравнению с пациентами с аллелями C/T и T/T.

Заключение. Результаты данного исследования подчеркивают важность генетического тестирования у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа для своевременной оценки риска развития заболевания и его осложнений. Индивидуальные программы профилактики, направленные на лиц с генетической предрасположенностью к диабету, могут помочь отсрочить или предотвратить развитие заболевания, что в свою очередь улучшит качество жизни пациентов и снизит риск связанных с диабетом осложнений. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке более эффективных стратегий профилактики и лечения сахарного диабета 2-го типа.

Сапожникова А.П., Мырина К.А., Добрынина О.Д.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение. У детей первого года жизни очень важно оценивать в динамике нервно-психическое развитие (НПР), и одним из важных показателей является речь. По данным многочисленных исследований, грудное вскармливание (ГВ) оказывает положительное влияние на ребенка, благодаря оптимальному составу грудного молока и эмоционально-тактильному взаимодействию с мамой, все эти моменты влияют на НПР ребенка и в частности на развитие речи (РР).

Цель. Оценить показатели РР детей в зависимости от вида вскармливания.

Объекты и методы исследования. В исследовании приняло участие 208 человек г. Сургута, прикрепленные к поликлинике N. Было проведено проспективное (2023-2024 г.) когортное исследование методом анкетирования матерей, с детьми в возрасте до 1 года со сбором анамнестических данных в два этапа (в 6 и 12 месяцев), с применением электронно-дистанционных технологий. Статистическая обработка проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни и Фишера, а также корреляционный анализ Спирмена. В качестве показателей РР использовались материалы по показателям НПР «Поликлиническая педиатрия» Чернышев В.Н., 2007 г.; «Профилактическая педиатрия» Баранов А. А. 2015 г.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования - 85 (40,9%) девочек и 123 (59,1%) мальчика. По виду вскармливания, получено следующее распределение: из 208 детей на ГВ на момент тестирования первого этапа было 156 (75,0 %), на искусственном (ИВ) - 39 (18,75%) и на смешанном (СВ) - 13 (6,25%). На момент второго этапа тестирования - 117 детей - на ГВ (56,25%), ИВ - 39 (18,75%), на СВ - 52 (25,0%). Преобладающее число детей (более 50,2%) имели показатели НПР в пределах нормы, установлено статистически значимое отставание по НПР у детей, находящихся на ИВ - 33,3% детей, по сравнению с ГВ -10,4%, особенно во втором полугодии жизни (по критерию Фишера ($p \leq 0,01$)). При анализе показателей основных этапов развития экспрессивной речи (ЭР) и импрессивной речи (ИР) в зависимости от вида вскармливания получены следующие результаты. Установлена статистически значимая разница (по критерию Фишера) с своевременным формированием ЭР в соответствии с возрастом по следующим показателям: «Выражение эмоций гулением» в 5 месяцев при ГВ - у 152 (89,9%) детей, при ИВ - 24 (61,5%) ребенка, ($p \leq 0,01$); «Называет людей и предметы слогами» в возрасте 10 месяцев - 108 (63,9%) детей на ГВ, при ИВ - 9 (23,1%) детей, ($p \leq 0,01$). При исследовании ИР в зависимости от вида вскармливания установлена статистически значимая разница в следующих, нижеперечисленных случаях: «Фиксации взгляда на голос взрослого с проявлением эмоциональной реакции» возрасте 3 месяца - у 162 (95,9%) детей на ГВ, на ИВ всего 27 (69,23%) детей демонстрировали его, ($p \leq 0,01$); «Находит предметы по просьбе взрослого» в возрасте 8 месяцев - 87 (51,5%) на ГВ, и 6 (15,4%) на ИВ, ($p \leq 0,01$). Таким образом, получена достоверно значимая разница по показателям ЭР и ИР у детей, находящихся на ГВ (методом Манна-Уитни, $p \leq 0,01$). Установлена слабая корреляционная связь между применением пустышки и уровнем РР ($r_s = 0,3$; $p \leq 0,01$). Показатели РР достоверно ниже у детей на ГВ, которые начали пользоваться пустышкой раньше (до 6 мес) (Манна-Уитни, $p \leq 0,01$). При анализе РР детей, в рацион которых кусочковая пища вводилась раньше (до 11 месяцев) установлена умеренная положительная корреляционная связь ($r_s = 0,5$; $p \leq 0,01$).

Выводы. Установлено, что дети на ГВ имеют более высокие показатели развития ЭР и ИР. Применении пустышек в первом полугодии жизни ребенка выступает как фактор, тормозящий речевое развитие, а своевременное введение густых и кусочковых прикормов как фактор развития речи.

Саул А.С., Бибик Е.Ю., Кривоколыско С.Г., Якубенко Е.Д., Крайняя С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля» МОН РФ, Луганск

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА НПВС И НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА

Неопиоидные противовоспалительные препараты в современном мире масштабно назначаются больным различного профиля для фармакотерапии нозологий, сопровождающихся болевым синдромом, а также с наличием признаков воспаления и лихорадки. Частота назначений этих средств врачами многих специальностей и применение их пациентами самостоятельно возрастает из года в год, поэтому вопросы как рационального их применения, так и безопасности на сегодняшний день особенно актуальны. Новые гетероциклические биологически активные вещества из ряда производных альфа-цианотиоацетамида в настоящее время подлежат интенсивной разработке ученых-фармакологов и показали высокую анальгетическую и противовоспалительную активность. Важнейшим этапом доклинических испытаний новых биологически активных соединений является комплексная оценка их органотоксичности в хронических экспериментах. Для детального изучения их вероятного неблагоприятного воздействия на почки целесообразным является сравнительная оценка влияния часто применяемых в медицинской практике противовоспалительных средств и производных цианотиоацетамида с выраженной анальгетической и противовоспалительной активностью на морфофункциональное состояние этих органов выделительной системы.

Цель работы – оценить различия по структуре почек у крыс после хронического введения НПВС и синтезированных нами новых дериватов цианотиоацетамида.

Материалы и методы. Опыты по изучению хронической нефротоксичности новых дериватов цианотиоацетамида были проведены на 80 белых беспородных крысах мужского пола. Новые образцы с кодами d02-123, d02-133, d02-139, d02-172 и d02-149, вводили в течение 14 дней в дозе 5 мг/кг. В качестве препаратов сравнения были -нимесулид (5 мг/кг), индометацин (7 мг/кг), кислота ацетилсалициловая и парацетамол в дозах 50 мг/кг. Микроскопическое исследование срезов толщиной 7 мкм с окраской гематоксилином и эозином выполнено под микроскопом «Ломо» с видеокамерой «DV1000». С помощью программы «McrAView 7.3.1.7» (ЛОМО-микросистемы, Россия) получали цифровые микрофотографии одинаковой площади, на которых производили общую и сравнительную оценки степени и распространенности структурных изменений при увеличении микроскопа от x40 до x400. У каждого животного для анализа получали изображения 10 репрезентативных полей зрения с обязательным наличием почечного тельца и окружающих канальцев.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что во всех сериях не выявлено повреждающего действия исследованных соединений на структуры фильтрационного этапа почечного клиренса. Однако имеются в той или иной степени выраженные изменения эпителия канальцев коркового вещества – преимущественно проксимальных извитых, вероятно отражая действие веществ на почечную паренхиму на этапе реабсорбции и канальцевой экскреции. На срезах почек крыс, получавших производные цианотиоацетамида, обнаружено нарушение четкости структуры апикальных частей нефроцитов с их каплевидным набуханием, мелкозернистой фрагментацией, вероятнее отражая повреждение щеточной каемки.

Сафин Р.Я.

ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Челябинск
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ В РАБОТЕ ВРАЧА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

15.04.2021 года Министром здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко подписан Приказ № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи». Согласно данному нормативно-правовому акту утверждена возможность формирования медицинского свидетельства о смерти в форме электронного документа с использованием медицинской информационной системы медицинской организации или региональной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации с последующей передачей данного электронного документа в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, Постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» утверждены основные положения о государственной информационной системе в сфере здравоохранения.

Вышеуказанные правовые документы обусловили широкое внедрение в последние годы в работу врачей судебно-медицинских экспертов Челябинской области элементов электронного документооборота. В настоящее время формирование и выдача медицинских свидетельств о смерти (учетная форма 106/у) и медицинских свидетельств о перинатальной смерти (учетная форма 106-2/у) осуществляется исключительно в региональной медицинской информационной системе (МИС «БАРС. Электронная медицинская карта»). Сформированные медицинские свидетельства о смерти подлежат удостоверению электронными подписями врачей судебно-медицинских экспертов, проводивших исследование трупа, и руководителями подразделений, где осуществлялось судебно-медицинское исследование умерших. В дальнейшем осуществляется регистрация электронных форм медицинских свидетельств о смерти в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения Российской Федерации путем их отправки по защищенным каналам связи в Федеральный реестр электронных медицинских документов.

Использование в последние годы электронного документооборота на базе региональной медицинской информационной системы потребовало некоторых изменений в привычной работе, как рядовых врачей судебно-медицинских экспертов, так и руководства судебно-медицинского бюро. Так в 2022 году в ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» было выдано 23231 медицинских свидетельств о смерти, из которых только по 20665 свидетельствам были сформированы структурированные электронные медицинские документы, что составило 89% от выданных свидетельств, а успешно зарегистрировано в Федеральном реестре электронных медицинских документов было лишь 11118 свидетельств или 48% от выданных бумажных форм медицинских свидетельств о смерти. В 2023 году общая картина улучшилась, так из 21923 выданных медицинских свидетельств о смерти, по 20021 (91%) свидетельствам были сформированы структурированные электронные медицинские документы, 18464 (84%) свидетельств было успешно зарегистрировано в Федеральном реестре электронных медицинских документов. За 10 месяцев 2024 года в судебно-медицинском бюро было выдано 22140 медицинских свидетельств о смерти, при этом по всем свидетельствам были созданы структурированные электронные медицинские документы, которые в дальнейшем были успешно зарегистрированы в Федеральном реестре электронных медицинских документов.

Достичь таких результатов стало возможным только путем тесного взаимодействия между врачами судебно-медицинскими экспертами, организационно-методической службой судебно-медицинского бюро и службами технической поддержки региональной медицинской информационной системой (МИС «БАРС. Электронная медицинская карта»).

Сафина А.А., Заманова Р.А., Хасанова А.И., Ямансаров Э.Ю.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа

РАЗРАБОТКА ТКАНЕВЫХ АДГЕЗИВОВ НА ОСНОВЕ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ КРОЛИКА

Одна из актуальных задач в современной биомедицине – совершенствование разработки тканевых и биоинженерных адгезивов, которые являются безопасными и эффективными средствами, позволяющими фиксировать ткани в месте повреждения. Адгезивы играют большую роль в процессе заживления и регенерации тканей, также минимизируя возможность появления осложнений.

В последнее время наблюдается повышенный интерес к использованию биологических материалов в качестве основы для создания адгезивов. Ключевым направлением является разработка аллогенных тканевых адгезивов на основе компонентов крови. Подобные субстраты обладают высокой биосовместимостью и способностью к деградации, сниженной реактогенностью, а также рядом других свойств, требуемых для их успешного применения.

Известно, что фибриновый клей, имитируя последнюю стадию коагуляционного каскада, является безопасным и эффективным средством, которое позволяет фиксировать ткани, обеспечивает гемостатический эффект. Также снижает воспалительную реакцию в послеоперационном периоде, активируя местные процессы репарации и регенерации.

Клеевые матрицы образуются и при использовании обогащенной тромбоцитами плазмы. [Куликов А.Н., 2019]. В формировании кровяных сгустков тромбоциты являются основными клетками и играют ключевую роль, участвуя и ускоряя процесс свертывания крови. Использование тромбоцитов в составе тканевых адгезивов повышает биосовместимость с тканями организма, снижая при этом риск воспалительных реакций.

Однако, на начальном этапе разработки подобных материалов требуется подобрать состав, подходящий для применения в экспериментальных животных моделях, например на кроликах. Основным преимуществом адгезивов на основе компонентов крови кролика является их высокая степень биосовместимости с кроличьими моделями различных повреждений тканей, например, модели повреждения артикулярного хряща.

Нами была отработана и оптимизирована методика получения фибринового сгустка (прототип фибринового клея) на основе аллогенного фибриногена и плазмы крови кролика, обогащенной тромбоцитами. Оба компонента были получены при помощи поэтапного градиентного центрифугирования на лабораторной центрифуге. Для выделения фибриногена применяли метод химического осаждения. В результате, при растворении осажденного фибриногена в плазме крови, обогащенной тромбоцитами, получили вязкий субстрат соломенного цвета, который при смешении с тромбином/хлоридом кальция образовывал опалесцирующий гелеобразный сгусток. Разработанную методику и биоматериал планируется применять в последующих экспериментах в разработке биосовместимых имплантов для регенеративной медицины и травматологии.

Таким образом, с помощью простой и воспроизводимой методики нами были получены опытные образцы фибринового клея, обогащенного тромбоцитами, который возможно применять на кроличьих животных моделях с минимизацией ложноотрицательных результатов и осложнений.

Работа проводилась при поддержке Программы стратегического академического лидерства БГМУ «Приоритет-2030».

Сафронов П.Г., Жарикова Т.С., Кутин Е.С., Моисеенко А.А., Уразметова К.И.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ
(Сеченовский Университет), Москва

ВЛИЯНИЕ СПОРТА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Аннотация: В последних исследованиях акцентируется внимание на взаимосвязи между физической активностью и состоянием центральной нервной системы (ЦНС). Особое внимание уделяется нейротрофическому фактору мозга (BDNF), который критически важен для нейрогенеза и синаптической пластичности.

Ключевые слова: спорт, центральная нервная система, когнитивные процессы, память, лактат

Актуальность: Физическая активность благотворно влияет на работу мозга, особенно на когнитивные процессы, такие как планирование, составление расписания, торможение и рабочая память.

Цель и задачи исследования: изучить влияние физической активности на центральную нервную систему.

Методы исследования: были просмотрены 30 источников в базах данных PubMed и Киберленинка и др., из них отобраны 5 для включения в обзор.

Результаты:

Влияние физической активности на когнитивные функции наблюдается на разных уровнях. На системном уровне нейронные системы подготовлены к эффективному и гибкому функционированию посредством физической активности. На молекулярном уровне физическая активность увеличивает доступность нейротрофинов и факторов роста в мозге [1].

На работу ЦНС оказывает сильное влияние нейротрофический фактор мозга BDNF, который играет ключевую роль в развитии нейронов. Физическая активность способствует повышению уровня BDNF различными путями, например, лактатом, который служит сигнальной молекулой [2].

Исследование Hwang и др. (2016) показало, что высокоинтенсивные интервальные тренировки могут существенно улучшить когнитивную гибкость. Положительное влияние спорта на работу ЦНС подтверждается значительными улучшениями у 70% участников [3].

Выводы: Таким образом, спорт оказывает положительное влияние на работу ЦНС, улучшая когнитивные функции, снижая риск когнитивных нарушений, оказывая положительное влияние на нейропластичность.

*Седаков И.Е., Заика А.Н., Гуляр А.Н., Готов А.В., Шевцов А.А.,
Федченко М.П., Заика М.А.*

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПО Г.В. БОНДАРЮ («ИСКУССТВЕННОГО ЖЕЛУДКА») С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИИ

Актуальность. Несмотря на то, что в настоящее время существует более 900 известных методик реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии, ни один из этих методов не отвечает в полной мере требованиям полного восстановления функций утраченного органа. Такое большое количество предложенных операций свидетельствует о том, что оптимальный вариант восстановления для обеспечения хороших функциональных результатов после гастрэктомии пока не установлен.

Цель. Оценить предложенный метод реконструкции после гастрэктомии - эзофагоюнодуоденопластику, используя рентгенокинематографию.

Материалы и методы. В нашем центре был предложен метод формирования «искусственного желудка», разработанный проф. Г.В. Бондарем в 2008 году, который включает в себя формирование «муфтообразного» пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА), формирование резервуара из петель тонкой кишки, восстановление пассажа по двенадцатиперстной кишке (ДПК). По данному методу прооперировано 286 больных. Рентгенокинематография выполнена 69 (24%) из них. Исследование проводили в режиме реального времени, в качестве контраста использовался барий, пациенты исследовались, стоя, в положении трохоскопии и Тренделенбурга.

Результаты. Рентгенокинематография ПКА позволяет визуализировать, что пищевод входит в зону анастомоза под углом, напоминающим угол Гиса у неоперированных больных и обеспечивает порционное поступление пищи из пищевода в отводящую петлю тощей кишки. При исследовании отсутствует рефлюкс кишечного содержимого из тонкой кишки в пищевод при изменении положения тела пациента за счет муфты, которая имитирует на рентгенокинематографии аналог «газового пузыря» неоперированного желудка (в 100% случаев). Рентгенокинематография тонкокишечного резервуара показывает задержку контрастного вещества в сформированном резервуаре в среднем на протяжении 40-60 мин. (74,6% наблюдений), что может свидетельствовать о восстановлении утраченной резервуарной функции желудка. Тощекишечно-двенадцатиперстный анастомоз во всех случаях визуализируется по наличию газового пузыря в культе ДПК, в которую контраст порционно поступает из резервуара через 40-60 минут после начала исследования. Контрастное вещество достигает слепой кишки в среднем через 1,5-2,5 часа (70,1%). Подвздошная кишка опорожняется полностью через 5-7 часов.

Заключение. Рентгенокинематография - высокоинформативный метод для изучения динамики пищеварения после различных вариантов реконструкции пищеварительного тракта и позволяет хирургу наглядно визуализировать результаты выполненной операции по пассажу контрастного вещества во вновь сформированном пищеварительном тракте. Изучив данные рентгенокинематографии мы пришли к выводу, что разработанный метод реконструкции после гастрэктомии по Г.В.Бондарю («искусственный желудок») обеспечивает оптимальные функциональные результаты за счет предотвращения рефлюкс-эзофагита, стеноза ПКА, воссоздания резервуарной функции желудка, восстановления пассажа пищи через ДПК.

Седаков И.Е., Иванов В.В., Бутенко Е.В., Кульков С.К., Третьяк О.В.

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ICG-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОЦ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ МЗ ДНР

Введение: По данным ВОЗ рак молочной железы (РМЖ), остается самым распространенным опухолевым заболеванием у женщин. В 2022 г. РМЖ был диагностирован у 2,3 миллиона женщин и вызвал 670 000 случаев смерти во всем мире. В 2022 году в Российской Федерации РМЖ был выявлен у 75789 женщин. В ДНР за этот же РМЖ был выявлен у 786 женщин, в 62% случаев установлена I или II стадия заболевания, а в 32,5% случаев III-IV стадия. Одним из основных элементов лечения РМЖ является оперативный, заключающийся в удалении как первичной опухоли, так и регионарных лимфатических узлов (ЛУ). Современная история хирургического лечения РМЖ начинается в 1895 г., когда Вильям Холстед предложил методологию радикальной мастэктомии, предусматривающую удаление в одном блоке молочной железы, большой грудной мышцы, подмышечно-подключично-подлопаточной клетчатки. В 1948 году Пейти и Дайсон предложили вариант мастэктомии, в котором сохранялась большая, но удалялась малая грудная мышца. Позже Мадден предложил операцию с сохранением обеих грудных мышц. Несмотря на деэскалацию хирургического воздействия, количество осложнений, таких как, лимфостаз и ограничение подвижности руки было достаточно велико. В 1970 г. К. Kett впервые предложил методику определения сторожевого лимфоузла при РМЖ контрастным методом, который заключался в введении синего красителя в зону ареолы, после чего краситель попадал в один лимфатический узел, а затем постепенно в остальные лимфатические узлы. Концепция биопсии сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) основывается на предположении о последовательном поражении регионарных ЛУ от 1-го к 3-у уровню. В случае отсутствия признаков поражения ближайшего к опухоли «сторожевого» ЛУ, вероятность поражения остальных ЛУ низкая, что позволяет отказаться от выполнения подмышечной лимфаденэктомии. В настоящее время в клинической практике наиболее часто применяются радиоизотопный и флуоресцентный методы БСЛУ.

Материалы и методы: с сентября 2024г. в РОЦ им.проф.Г.В.Бондаря МЗ ДНР внедрен флуоресцентный метод БСЛУ, основанный на введении Индоцианина зеленого (Indocyanine green, ICG) под ареолу или перитуморально. Через 5-10 минут после введения контраста, с помощью отечественного аппарата «Марс», выполняется детекция движения лимфы и накопление контраста в ближайшем, «сторожевом» ЛУ, после чего выполняется его удаление и срочное морфологическое исследование. За 1,5 мес. в РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря МЗ ДНР выполнена 41 операция БСЛУ у больных РМЖ, со стадиями T1-3N0M0. Клинически, по данным осмотра, УЗИ и маммографии ни у одной больной до операции не было признаков поражения подмышечных ЛУ. По результатам морфологического исследования у семи (17%) больных было зафиксировано поражение «сторожевого» ЛУ. Троим (7%) больным с неблагоприятным молекулярно-биологическим подтипом опухоли выполнена подмышечная лимфаденэктомия. Четверым (10%) больным с Люминальным типом А опухоли, назначена адъювантная лучевая и гормональная терапия.

Выводы: БСЛУ методом ICG-флуоресцентной визуализации позволяет определить статус регионарных ЛУ и в случае отсутствия поражения, избежать выполнения подмышечной лимфаденэктомии, что в свою очередь, уменьшает сроки пребывания пациента в стационаре и снижает риски развития осложнений, тем самым повышая уровень качества жизни.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Грачев А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Введение. Ежегодно в мире диагностируется 570 000 новых случаев рака шейки матки (РШМ), и 311 000 человек умирают от этого заболевания. РШМ является четвертым по распространённости видом рака и, следовательно, четвертой по распространённости причиной смерти от рака среди женщин во всём мире. Многочисленные данные о возникновении и развитии рака шейки матки указывают на связь в большинстве случаев (до 90 %) с вирусами папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР). Стратегии профилактики ВПЧ основаны на скрининге, и смертность от этой онкопатологии можно предотвратить с помощью вакцинации и лечения при раннем выявлении заболевания. Высокий уровень заболеваемости и смертности от рака шейки матки на сегодняшний день не даёт повода ослабить внимание к данной проблеме как социально значимой и имеющей огромное значение в улучшении демографической ситуации как в Российской Федерации, так и во всём мире. В результате своевременного выявления и лечения патологии шейки матки с момента инициации ВПЧ возможно предотвратить возникновение как предопухолевого процесса, так и дальнейшее прогрессирование до развития злокачественного новообразования.

Цель: изучить актуальные в настоящее время вопросы выявления и профилактики ВПЧ-ассоциированных патологий, в частности рака шейки матки, с целью обобщения и анализа последних международных литературных данных по данной проблематике.

Методы исследования. Был проведён поиск литературы в базах данных PubMed и Google Scholar с использованием таких ключевых слов, как «шейка матки», «рак шейки матки», «вирус папилломы человека», «ВПЧ», «профилактика», «вакцинация», «скрининг» в различных вариациях. В исследование были включены полнотекстовые статьи с 2014 по 2024г. Язык исследований не являлся преградой для включения в данный обзор литературы.

Результаты. В результате проведения настоящего исследования было показано, что в последние годы в научных публикациях всё чаще встречаются выводы о необходимости проведения своевременных скрининговых мероприятий для наиболее точного и эффективного выявления женщин с предопухолевыми поражениями шейки матки для возможности проведения ранних вмешательств и предупреждения развития злокачественного новообразования. Считается, что скрининг шейки матки, дифференцированный подход к ведению пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки и вакцинация против ВПЧ будут дополняющими друг друга синергетическими стратегиями профилактики РШМ в ближайшие десятилетия. Однако приведённые аргументы свидетельствуют о том, что путь к полной ликвидации РШМ как глобальной проблемы общественного здравоохранения может оказаться чрезвычайно трудным в силу следующих причин: отсутствие единых стандартов профилактики РШМ, отсутствие реализации программы вакцинации против ВПЧ, финансируемой государством, в некоторых странах (например, в Российской Федерации).

Выводы. В ходе работы пришли к выводу, что скрининг шейки матки, дифференцированный подход к ведению пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки и вакцинация против ВПЧ будут дополняющими друг друга стратегиями профилактики рака шейки матки в ближайшие десятилетия.

Для улучшения реализации профилактики РШМ важно выделить следующие направления: ускорение оценки клинической эффективности новых диагностических средств, разработка вакцин против ВПЧ с более широким охватом генотипов и более короткими схемами дозирования.

Ключевые слова: патология шейки матки, рак шейки матки, скрининг, ВПЧ

Седаков И.Е., Колычева О.В., Козик П.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МУТАЦИИ В ГЕНАХ IDH1 И IDH2 ПРИ ГЛИОМАХ

Введение. Глиомы, опухоли головного мозга, возникающие из глиальных клеток, представляют серьезную угрозу для жизни. Мутации в генах IDH1 и IDH2, кодирующих ферменты, участвующие в клеточном метаболизме, часто встречаются при глиомах, особенно низкоккачественных. Эти мутации приводят к накоплению 2-гидроксиглутарата (2-HG), метаболита, который может нарушать нормальные клеточные процессы. Наличие мутации IDH1/2 часто ассоциировано с более медленным ростом опухоли, лучшим прогнозом и большей чувствительностью к терапии. Пациенты с глиомами, имеющие мутации IDH1/2, чаще живут дольше и имеют более высокую вероятность полного выздоровления. Мутации IDH1/2 выявляются с помощью молекулярно-генетических методов, таких как ПЦР, секвенирование следующего поколения и иммуногистохимия. Согласно Классификации опухолей центральной нервной системы, ВОЗ 2016 года, тестирование на мутации в генах IDH1 и IDH2 рекомендуется всем пациентам с глиомами II-III степени и ГБМ, диагностированными в возрасте до 55 лет. Наиболее частой мутацией IDH1 является R132H, которую можно выявить с помощью иммуногистохимии (ИГХ). Оставшиеся мутации генов IDH1 и IDH2 могут быть обнаружены с помощью секвенирования ДНК.

Цель: проанализировать мутации генов IDH1 и IDH2 при развитии глиом.

Материалы и методы. Для проведения исследования был использован обзор научной литературы, посвященной мутации генов IDH1 и IDH2. Был осуществлен поиск статей в базе данных «PubMed», а также «КиберЛенинка». В ходе исследования был использован теоретический метод в качестве глубокого анализа темы исследования.

Результаты. Открытие рецидивирующих соматических мутаций IDH в глиомах является наиболее значительным достижением в области нейроонкологии за последние годы. Это открытие подчеркивает предполагаемую роль метаболических генов IDH1 и IDH2 в молекулярном патогенезе глиом и, что еще более важно, трансляционную значимость мутаций IDH. В настоящее время они считаются сильным прогностическим маркером для пациентов с глиомой, независимо от других известных прогностических факторов. По этой причине знание статуса мутации IDH имеет большое значение для диагностики и прогноза пациентов, особенно, когда они страдают глиомами III степени по ВОЗ и ГБМ. Это открытие предполагает пересмотр текущей классификации ВОЗ опухолей человеческого мозга с добавлением статуса мутации IDH, а также гена слияния KIAA1549/BRAF для пилоцитарных астроцитом и общей коделеции 1p/19q для олигодендроглиом.

Вывод: Опухоли с мутациями IDH1 или IDH2 демонстрировали уникальные генетические и клинические особенности, при этом у пациентов с такими опухолями отмечался более благоприятный прогноз по сравнению с пациентами, имеющими опухоли дикого типа. Это связано с высоким уровнем эффективности алкилирующих средств, а также с их применением в сочетании с лучевой терапией. Понимание роли мутаций IDH1/2 в развитии глиом открывает новые возможности для разработки эффективных методов лечения, нацеленных на эти мутации. Это позволит оптимизировать терапевтические подходы, повысить эффективность лечения и улучшить прогноз для пациентов с глиомами.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Пилипенко А.П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАКА

ВВЕДЕНИЕ. Рост заболеваемости раком во всем мире подчеркивает важность ранней диагностики и совершенствования стратегий лечения. В XIX веке была установлена связь между воспалением и раком, и воспаление было признано признаком злокачественной опухоли. Соотношение нейтрофилов и лимфоцитов, рассчитываемое на основе общего анализа крови, является простым и доступным биомаркером воспалительного процесса. Доказано, что отношение нейтрофилов к лимфоцитам (ОНЛ) является прогностическим фактором для различных заболеваний, включая классификацию смертности у пациентов с заболеваниями сердца, инфекционные заболевания, послеоперационные осложнения и воспалительные процессы. С ростом заболеваемости раком важно идентифицировать надежные и доступные прогностические маркеры для улучшения результатов лечения пациентов. Изучение нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения при онкологических заболеваниях может дать ценную информацию о развитии и прогрессировании рака и помочь в принятии клинических решений.

ЦЕЛЬ. Оценка возможности применения ОНЛ в диагностике, прогнозировании течения и дифференциальной диагностике онкологических процессов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В октябре 2024 года было проведено сравнительное аналитическое обсервационное исследование, направленное на анализ информации о возможности оценки потенциала использования ОНЛ для диагностики, прогнозирования развития и дифференциальной диагностики онкологических заболеваний.

В качестве материала исследования были использованы публикации в научных журналах, в той или иной мере затрагивающие тему исследования. На первом этапе исследования поиск статей производился в базе данных PubMed. В расширенном поиске, при использовании сочетания ключевых слов «neutrophil to lymphocyte ratio in cancer» и «NLR» было найдено более чем 7000 источников в ответ на данный запрос. Также использовался источник Frontiers, где по запросу «neutrophil to lymphocyte ratio» было показано больше 11000 работ. Помимо всего, использовалась для работы научная электронная библиотека КиберЛенинка. В качестве методов исследования были использованы такие теоретические методы как анализ, синтез, индукция, дедукция, контент-анализ, сопоставительный анализ и моделирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нейтрофилы играют важную роль в прогрессировании рака, обладая как иммуносупрессивными, так и проопухолевыми свойствами. Новые научные данные подтверждают, что нейтрофилы играют двойственную роль в онкогенезе, выступая либо в качестве стимуляторов, либо в качестве ингибиторов роста опухоли. Это сложное поведение регулируется множеством факторов, в том числе характеристиками внутриопухолевого микроокружения и системными сигнальными путями. Нейтрофилы, ассоциированные с опухолью, эмпирически связаны с неблагоприятными клиническими исходами при различных типах рака.

Существующие исследования показывают, что тромбоциты, нейтрофилы и лимфоциты являются неотъемлемыми составляющими микроокружения опухоли, влияющими на различные аспекты пролиферации и инвазии опухолевых клеток. Количество этих гематологических компонентов, включая тромбоциты, нейтрофилы и лимфоциты, можно легко определить с помощью общего анализа крови (ОАК).

ОАК является широко используемым и легкодоступным тестом в медицинской диагностике и используется для наблюдения за пациентами. Однако было обнаружено новое применение ОАК, такое как отношение нейтрофилов к лимфоцитам (ОНЛ) в качестве простого, легкодоступного биомаркера состояния воспаления. Кроме того, было доказано, что ОНЛ является эффективным прогностическим фактором при ряде заболеваний, включая классификацию смертности у пациентов с заболеваниями сердца, инфекционные заболевания, послеоперационные осложнения и воспалительные заболевания. В большом количестве научных работ высказывается предположение, что ОНЛ можно считать прогностическим фактором при различных злокачественных новообразованиях.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Самусенко М.В., Филоненко М.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НИЗКОДОЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ

Введение

Рак легкого (РЛ) входит в список десяти основных причин смерти в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения. В 2018 г. РЛ унес более 2млн жизней, в очередной раз заняв первое место в мире среди причин смертности от онкологических заболеваний. Американское исследование Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) продемонстрировало неэффективность регулярной рентгенографии грудной клетки в снижении смертности от РЛ. Единственной технологией скрининга, позволяющей добиться снижения смертности от РЛ, является низкодозная компьютерная томография (НДКТ).

Цель: Определить эффективность низкодозной компьютерной томографии в онкологии на примере рака легких.

Материалы и методы: проведен поиск релевантных статей по ключевым словам «скрининг рака легкого», «низкодозная компьютерная томография», «ультранизкодозная компьютерная томография» по открытым базам данных PubMed, Google Scholar, Elibrary. Найдено 23 русскоязычных и 778 англоязычных публикаций. Среди них отобраны релевантные публикации с высокими индексами цитирования.

Результаты.

Были проведены исследования, доказывающие, что мужская заболеваемость и смертность в несколько раз выше, чем у женщин, в связи с распространенностью курения табачных изделий.

По данным American Cancer Society, пятилетняя выживаемость зависит от стадии, на которой выявлено заболевание и составляет: при выявлении на стадии IA - 49%, IB - 45%. IIA - 30%, IIB - 31%, IIIA - 14%, IIIB - 5%, IV - 1%. Среднее число больных с запущенным опухолевым процессом (IV стадия) от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в России составлял 36,8% от общего числа диагностированных случаев.

Результативность НДСКТ с целью скрининга рака легкого, была сопоставлена с РГГК. Были исследованы около 2 тыс. людей, употребляющих курительный табак. Больным, у которых в результате НДСКТ был выявлен узел в легких, проводилась стандартная КТ. Было представлено, что восприимчивость (разрешающая способность) НДСКТ существенно больше, нежели РГГК (В экспериментальной команде узел легких был диагностирован у 233 пациентов, из которых 27 (11,6%) вариантах была диагностирована опухоль, в 23 вариантах – на первой стадии. В контрольной группе узел в легких был выявлен у 68 участников исследования, из которых только у 7 (10,3%) был подтвержден рак. Несомненно, что низкодозовая спиральная компьютерная томография существенно увеличивает возможность раскрытия небольших образований, связанных с раком легкого, что благоприятно влияет на результаты лечения и 5-летней выживаемости больных.

Эффективность НДСКТ для скрининга рака легкого, в сравнении с Рентгенографией, была доказана в мультицентровом рандомизированном исследовании National Lung Screening Trial.

Выводы.

Исходя из вышеописанного, можно уверенно сказать, что низкодозная КТ по сравнению с обычной рентгенографией и томографией обладает высокой информативностью, сопоставимой дозой лучевой нагрузки на пациента и персонал, высокой скоростью обработки данных. Этот метод может быть использован для скрининга рака легкого, а целью любого скрининга является выявление заболевания на стадии, когда возможно максимально эффективное воздействовать на патологический процесс, в том числе полное излечение пациентов.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Сидоров Н.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ КАНЦЕРОМАТОЗ. ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Введение. Перитонеальный канцероматоз — это состояние, характеризующееся распространением раковых клеток в брюшину — тонкий слой ткани, выстилающий брюшную полость. Чаще всего он связан с поздними стадиями рака желудочно-кишечного тракта и гинекологических заболеваний и часто считается неблагоприятным прогностическим фактором для пациентов. До недавнего времени диагноз «канцероматоз брюшины» неизменно сопровождался неблагоприятным прогнозом, который обычно исчислялся неделями или месяцами. Отсутствие эффективных методов лечения в прошлом привело к нигилистическому взгляду на ситуацию. Однако недавние достижения в области лечения привели к улучшению результатов для пациентов благодаря повышению эффективности системной терапии и развитие мультимодальных подходов, включая хирургическое вмешательство и внутрибрюшинную химиотерапию.

Цель. Оценить эволюцию и текущее состояние вариантов лечения пациентов с перитонеальным канцероматозом.

Материалы и методы. Для проведения исследования был использован обзор научной литературы, посвященной перитонеальному канцероматозу. Первоначальный поиск статей был осуществлен в базе данных «PubMed». В данной базе было найдено более 9000 статей на данную или связанных вместе с ней работ. Также была использована научная электронная библиотека «КиберЛенинка». В ходе исследования были применены теоретические методы, такие как глубокий анализ изучаемых объектов и построение моделей, позволяющих прогнозировать и интерпретировать наблюдаемые явления. **Результаты.** Одним из наиболее значимых достижений в лечении перитонеального канцероматоза является разработка циторедуктивной хирургии (CRS) в сочетании с гипертермической внутрибрюшинной химиотерапией (HIPEC). CRS предполагает удаление всех видимых опухолевых узлов в брюшной полости, а HIPEC — введение нагретых химиотерапевтических препаратов непосредственно в брюшную полость. Такой комбинированный подход позволяет максимально удалить опухоль и улучшить проникновение препаратов, что приводит к более эффективному контролю заболевания. Несколько исследований продемонстрировали эффективность CRS и HIPEC при лечении канцероматоза брюшины. Всесторонний анализ этих исследований показал, что такой подход значительно улучшает общую выживаемость по сравнению с традиционной системной химиотерапией. Несмотря на многообещающие результаты CRS и HIPEC, у них есть свои ограничения. Процедура технически сложна и требует квалифицированной хирургической бригады. Более того, она может быть неподходящей для пациентов с обширным поражением опухолью или значительными сопутствующими заболеваниями. В последние годы появились альтернативные методы лечения перитонеального канцероматоза. К ним относятся таргетная терапия, иммунотерапия и минимально инвазивные процедуры, такие как внутрибрюшинная аэрозольная химиотерапия под давлением (PIPAC). Таргетная терапия, например, с использованием моноклональных антител и ингибиторов тирозинкиназы, направлена на уничтожение раковых клеток. Иммунотерапия, в свою очередь, использует иммунную систему организма для распознавания и уничтожения раковых клеток.

Выводы. Отсутствие единой классификации перитонеального канцероматоза затрудняет его изучение и лечение. Это связано с разнообразием локализации и гистологического происхождения первичных опухолей, которые могут вызывать канцероматоз. Несмотря на многообещающие результаты этих новых методов лечения, необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить их эффективность в контексте перитонеального канцероматоза.

Ключевые слова: перитонеальный канцероматоз, внутрибрюшинная химиотерапия, циторедуктивная хирургия.

Седаков И.Е., Колычева О.В., Филоненко М.А., Самусенко М.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НИЗКОДОЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ

Введение

Рак легкого (РЛ) входит в список десяти основных причин смерти в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения. В 2018 г. РЛ унес более 2млн жизней, в очередной раз заняв первое место в мире среди причин смертности от онкологических заболеваний. Американское исследование Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) продемонстрировало неэффективность регулярной рентгенографии грудной клетки в снижении смертности от РЛ. Единственной технологией скрининга, позволяющей добиться снижения смертности от РЛ, является низкодозная компьютерная томография (НДКТ).

Цель: Определить эффективность низкодозной компьютерной томографии в онкологии на примере рака легких.

Материалы и методы: проведен поиск релевантных статей по ключевым словам «скрининг рака легкого», «низкодозная компьютерная томография», «ультранизкодозная компьютерная томография» по открытым базам данных PubMed, Google Scholar, Elibrary. Найдено 23 русскоязычных и 778 англоязычных публикаций. Среди них отобраны релевантные публикации с высокими индексами цитирования.

Результаты.

Были проведены исследования, доказывающие, что мужская заболеваемость и смертность в несколько раз выше, чем у женщин, в связи с распространенностью курения табачных изделий.

По данным American Cancer Society, пятилетняя выживаемость зависит от стадии, на которой выявлено заболевание и составляет: при выявлении на стадии IA - 49%, IB - 45%. IIA - 30%, IIB - 31%, IIIA - 14%, IIIB - 5%, IV - 1%. Среднее число больных с запущенным опухолевым процессом (IV стадия) от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в России составлял 36,8% от общего числа диагностированных случаев.

Результативность НДСКТ с целью скрининга рака легкого, была сопоставлена с РГГК. Были исследованы около 2 тыс. людей, употребляющих курительный табак. Больным, у которых в результате НДСКТ был выявлен узел в легких, проводилась стандартная КТ. Было представлено, что восприимчивость (разрешающая способность) НДСКТ существенно больше, нежели РГГК (В экспериментальной команде узел легких был диагностирован у 233 пациентов, из которых 27 (11,6%) вариантах была диагностирована опухоль, в 23 вариантах – на первой стадии. В контрольной группе узел в легких был выявлен у 68 участников исследования, из которых только у 7 (10,3%) был подтвержден рак. Несомненно, что низкодозовая спиральная компьютерная томография существенно увеличивает возможность раскрытия небольших образований, связанных с раком легкого, что благоприятно влияет на результаты лечения и 5-летней выживаемости больных.

Эффективность НДСКТ для скрининга рака легкого, в сравнении с Рентгенографией, была доказана в мультицентровом рандомизированном исследовании NationalLungScreeningTrial.

Выводы.

Исходя из вышеописанного, можно уверенно сказать, что низкодозная КТ по сравнению с обычной рентгенографией и томографией обладает высокой информативностью, сопоставимой дозой лучевой нагрузки на пациента и персонал, высокой скоростью обработки данных. Этот метод может быть использован для скрининга рака легкого, а целью любого скрининга является выявление заболевания на стадии, когда возможно максимально эффективное воздействовать на патологический процесс, в том числе полное излечение пациентов.

Седаков И.Е., Кулишова О.В., Анищенко А.А., Золотухин С.Э., Гуляев А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

АСПЕКТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБОЗА НПВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ МСКТ С ДИНАМИЧЕСКИМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ

Цель исследования.

Оценить уровни распространения опухолевого тромбоза нижней полой вены при раке почки по данным МСКТ при динамическом контрастировании, позволяющие планировать дальнейшую хирургическую тактику.

Материалы и методы.

На базе РОЦ им. профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР в период за 2000-2023 гг. было проведено 904 нефрэктомий пациентам с установленным диагнозом рак почки. Из них у 51 пациента была проведена нефрэктомия с тромбэктомией. Данные случаи подверглись ретроспективному анализу.

Возраст пациентов варьировал от 44 до 80 лет (средний возраст составил 62 г.). Среди них 32 (62,7%) случаев составили мужчины, 19 (37,3%) - женщины.

У 18 (35,3%) пациентов была IV стадия рака почки, у 33 (64,7%) пациентов была III стадия рака почки. У 32 (62,7%) опухоль располагалась в правой почке, а у 19 (37,3%) в левой почке.

При последующем постоперационном гистологическом исследовании во всех случаях была подтверждена опухолевая природа тромбоза.

Оценивался просвет нижней полой вены, в артериальную фазу контрастирования – на 20 секунде с момента начала болюсного введения контрастного вещества; в паренхиматозную фазу – на 50 секунде; в экскреторную фазу на 7 минуте с момента начала болюсного введения контрастного вещества.

Уровень опухолевого тромбоза оценивался согласно классификации R. Neves (1987г.), а также детализированной классификации опухолевых тромбов III уровня (G. Ciancio), с указанием абсолютных значений краниокаудального распространения опухолевого тромбоза в просвете НПВ.

Результаты.

На КТ- томорамах у всех пациентов определялись изменения в нижней полой вены (НПВ) в виде: расширения просвета вены во всех фазах контрастирования. В артериальную фазу и паренхиматозную фазу контрастирования определялась структура линейной формы, прилежащая к стенке сосуда, которая неравномерно накапливала контрастный препарат. Окклюзия сосуда была тотальной и субтотальной. Во всех случаях паттерн контрастирования опухолевого тромбоза коррелировал с паттерном контрастирования опухолевой ткани почки. В экскреторную фазу контрастный препарат в опухолевой ткани не визуализировался.

Также была произведена оценка уровня опухолевого тромба согласно классификации R. Neves (1987г.), а также детализированной классификации опухолевых тромбов III уровня (G. Ciancio), с указанием абсолютных значений краниокаудального распространения опухолевого тромбоза в просвете НПВ.

Из 51 одного пациента у 20 (39%) определялись опухолевые тромбы IV уровня (13 -18 см); у 26 (50,1 %) - III уровня (7-11 см); у 5 (9,9 %) - II уровня (5-7 см).

Среди тромбов III уровня встречалось 5 (19 %) случаев тромбов IIIa уровня (7-9 см); 16 (12,1%) случаев III с уровня (10-12 см); а также 5 (19 %) случаев IIId уровня (13-14 см).

Выводы.

МСКТ с динамическим контрастированием является эффективным методом диагностики опухолевого тромбоза всех уровней, что позволяет ещё на дооперационном этапе планировать объём операции и мультидисциплинарный подход к операции с возможным участием в ней кардиохирурга.

Седаков И.Е., Садрицкая Я.В., Старушко А.М., Сизонова А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

АНТИРЕЗОРБТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТЕОНЕКРОЗ: ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Тенденция к интенсификации лекарственной терапии не обошла и класс остеомодифицирующих агентов, длительное применение которых, все чаще приводит к такому осложнению как остеонекроз челюсти, который ранее ограничивался единичными клиническими наблюдениями, а сейчас, по сведениям разных авторов, достигает 12%.

Цель. Изучить причины и частоту осложнений антирезорбтивной терапии

Материалы. В дневном стационаре РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря проанализировано 900 историй болезни пациентов, получающих лекарственную терапию по поводу опухолей основных локализаций. 237 пациентов в связи с метастатическим поражением костных структур получают остеомодифицирующую терапию в монорежиме, так и в сочетании с другими классами противоопухолевых препаратов. Метастатическое поражение костных структур выявлено у 155 пациентов (65,4%) с диагнозом рак предстательной железы, 54 (22,8%) - рак молочной железы, 18 (7,6%) - рак почки, 5 (2,1%) - колоректальный рак, 4 (1,7%) - рак легких, 1 (0,4%) - гепатоцеллюлярный рак печени. Основной жалобой пациентов являлась боль, которая характеризовалась хроническим течением и, как правило, устойчивостью к стандартным методам лечения. 68 (28,7%) пациентам при первичном обращении установлена IV стадия заболевания, особенно высокий процент 4 стадии при раке предстательной железы – 47 (30,3%). У 95 (61,3%) пациентов отмечено повышение щелочной фосфатазы в сыворотке крови, как признак активизации остеобластов, а также гиперкальциемия. Компьютерная томография применялась как основной метод диагностики и оценки эффективности лекарственного лечения метастазов в костях.

Результаты. Основными антирезорбтивными препаратами, применяемыми при метастатическом поражении костей, являются бисфосфонаты и деносуаб. Из группы бисфосфонатов применялся азотсодержащий класс - золедроновая кислота 4 мг интервал 28 дней. У 33 (21,3%) пациентов наблюдались острофазовые реакции в виде гипертермии, миалгии, артралгии. У 15 (9,7%) пациентов, получающих терапию бисфосфонатами более года был выявлен препарат-ассоциированный остеонекроз челюсти. В 86,7% случаях наблюдали очаги остеонекроза 5-37мм в нижней челюсти, 12-28 мм в верхней челюсти -13,3%, сопровождающиеся нарушением чувствительности, болью, отеком пораженной челюсти, дефектами слизистых оболочек с оголением кости. У 8 (53,3%) пациентов остеонекроз выявлен на 2-й стадии, что проявлялось болью и воспалением на обнаженном участке, у 7 (46,7%) пациентов - на 3-й стадии при наличии одного или нескольких признаков: обнажение альвеолярной кости, наличие патологического перелома тела или ветви нижней челюсти, остеомиелита. Пациенты направлены к челюстно-лицевому хирургу, 11 (73,3%) пациентам проведено хирургическое лечение в виде секвестрэктомии, кюретажа лунок удаленных зубов, 26,7% - назначено консервативное лечение в виде антибактериального курса, симптоматической терапии и обработки антисептиками. Стоит отметить, что 9 пациентов пренебрегли рекомендациям и выполнили экстракцию зуба во время проведения лекарственной терапии, что повлекло развитие костных осложнений.

Выводы: На сегодняшний день оптимальная длительность антирезорбтивной терапии составляет ежемесячные введения в течении 6 месяцев с последующим СКТ контролем и переходом на поддерживающий режим каждые 12 недель. Обязательным является осмотр стоматолога, проведение санации полости рта перед началом терапии. Особое внимание следует уделить проведению диагностических мероприятий, направленных на ранее выявление и профилактику возможных осложнений пациентам с факторами риска, такими как употребление алкоголя и табака, преклонный возраст, иммуносупрессия и сахарный диабет.

Седаков И.Е., Третьяк О.В.

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ «ДЕСТРУКТИВНОГО» РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение: Рак молочной железы по-прежнему остаётся самым частым онкологическим заболеванием среди женщин. Современные принципы системной терапии способствует сохранению хорошего и удовлетворительного качества жизни на годы. В РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с 80-х годов прошлого века успешно практикуется метод катетеризации внутренней грудной артерии (ВГА) с последующей селективной внутриаартериальной полихимиотерапией (ВАПХТ), обеспечивающей высокую интенсивность дозы химиопрепаратов в опухолевом очаге и зонах регионарного метастазирования.

Цель: Повысить эффективность лечения больных местно-распространенным раком молочной железы путем катетеризации ВГА и проведения ВАПХТ.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили данные историй болезни 2924 пациенток с 2009-2014 гг. Общее количество выполненных катетеризаций артериальных сосудов составило 3059.

Результаты: В неoadьювантном режиме ВАПХТ применялась для перевода местно-распространенного рака в операбельное состояние, что удалось в 88,6% случаев. Частота полной или частичной морфологической регрессии составила 25%. В адьювантном режиме пациентки после мастэктомии получали курс лучевой и антиэстрогенной терапии, поскольку большая доля пациенток имели люминальный подтип опухоли. В паллиативном режиме применение ВАПХТ показало частоту объективных ответов в 73,1%, а средняя продолжительность жизни пациентов с метастазами составила 28 месяцев.

Выводы: Селективная ВАПХТ при катетеризации ветвей ВГА доказала эффективность в лечении местно-распространенного рака молочной железы: достигается уменьшение объема опухоли, снижение системных побочных эффектов и улучшение качества жизни. Интеграция ВАПХТ с хирургией, гормонотерапией и радиотерапией улучшает прогноз и создает возможности для последующей реконструкции молочной железы.

*Седаков И.Е., Чистяков А.А., Анищенко А.А., Шумило И.О., Ползиков Г.Н.,
Колычева О.В., Садрицкая Я.В.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСТАНЦИОННОМ ПРЕПОДАВАНИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

В последние годы проведение очного обучения студентов не всегда является возможным, что обусловлено как активными военными действиями в нашем регионе, а также применением эпидемиологических ограничений. В ДонГМУ им. М.Горького одним из основных методов дистанционного обучения является образовательная платформа ИОС, которая является достаточно простой, доступной, понятной, совместимой с различными продуктами, предъявляя невысокие требования к браузеру, большое внимание уделено высокому уровню безопасности системы. Основные возможности ИОС: предназначена для общения, размещения образовательного контента и оценивания знаний, является удобным современным инструментом, позволяющим грамотно составлять учебный план и согласовывать методы обучения для достижения образовательных целей, подходит для организации online-классов, имеет возможность размещения описания для каждого курса, дистанционные курсы могут быть распределены по категориям (модулям). Таким образом, платформы видеоконференцсвязи позволяют максимально приблизить удаленные формы обучения к уровню традиционных занятий в учебной аудитории. Кроме этого, применение современных технологий позволило повысить качество преподавания в ВУЗе и повысить эффективность проведения научно-исследовательских работ. Использование дистанционного обучения дало возможность студентам в сложившейся ситуации и условиях не прерываться от обучения и получать знания и умения более эффективно и экономно.

Таким образом, внедрение в учебный процесс новых технологических методов позволяет реализовать базовые принципы непрерывного образования, обеспечивать современный уровень подачи и обработки информации, ее доступности и наглядности, соответствовать современным потребностям учащейся молодежи, эффективно влиять на управление образовательного процесса, что повышает его качество и расширяет его возможности. С учётом объективно сложившейся ситуации практически все студенты положительно оценили введение дистанционного образования, с пониманием отнеслись к тому, что в первые дни были возможны недочеты в системе, нуждающейся в дальнейшем совершенствовании. Среди положительных черт ДО студенты наиболее часто отмечали экономию времени и денежных средств на переезды между корпусами и клиническими базами, комфортность обучения в привычной домашней обстановке и снижение уровня стресса, возникающего на занятиях в аудитории, возможность выбора оптимального темпа освоения материала, включая повторное обращение к сложным вопросам, копирование материала, доступность большего объёма информационных ресурсов, в т.ч. зарубежных, формирование самодисциплины и возможность планирования распорядка дня, изменение режима общения с преподавателем в учебное и внеучебное время, например, при подготовке научной работы. Отрицательные черты дистанционных форм обучения при их преимущественном или исключительном применении в медицинских вузах можно разделить на несколько групп. Прежде всего, сам переход на новую форму для некоторых студентов стал определённым стрессом. Во многих анкетах студенты справедливо отмечали, что в профессии врача необходимы практические навыки, такие как осмотр пациента, сбор анамнеза, проведение диагностических исследований, лечебных манипуляций и т.д., которые студент не может качественно освоить с помощью дистанционного образования, даже с использованием современных тренажёров.

Семенчук С.Н., Кащенко С.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ИМУНОФАНА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАТКИ КРЫС ПЕРИОДА ВЫРАЖЕННЫХ СТАРЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Введение. Женская половая система ввиду сложной организации, нейроэндокринной регуляции и постоянной морфологической изменчивости значительно подвержена воздействию вредных антропогенных факторов окружающей среды. В то же время нарушения системной и местной иммунореактивности в силу различных причин могут приводить к отклонениям в развитии, строении и функционировании органов репродуктивного тракта. Поиск путей усиления защитных механизмов является одной из приоритетных задач современной медицины.

Цель. Выявить динамику органомерических параметров матки крыс при иммуностимуляции периода выраженных старческих изменений с учетом структурной асимметрии.

Материал и методы. Исследование выполнено на 60 белых беспородных крысах-самках периода выраженных старческих изменений. Иммуностимуляцию моделировали путем внутримышечной инъекции имунофана в дозировке 50 мкг по схеме на 1, 3, 5, 7 и 9 сутки. Крысы контрольной подгруппы получали 0,9 % NaCl эквивалентном объеме. Измеряли абсолютную массу органа, линейные характеристики тела, длину правого и левого рога, их диаметр. Объем матки определяли методом вытеснения дистиллированной воды в градуированном цилиндре. Относительную массу определяли как отношение массы органа к массе животного. Рассчитывали коэффициент асимметрии по формуле:

$$Ka = ((Dd - Ds)/(Dd+Ds)) \times 100,$$

где Dd – величина параметра в правом, Ds – величина параметра в левом отделе.

При доминировании параметра справа Ka положителен, при доминировании слева – отрицателен.

Полученные данные обрабатывали с использованием программных возможностей MicrosoftOfficeExcelv. 10.0 и StatSoft Statistica v. 6.0. Применялись методы параметрической статистики. Достоверность различий между данными экспериментальных и контрольных групп определяли с помощью критерия Стьюдента-Фишера с вероятностью ошибки $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Изучаемые показатели матки животных периода выраженных старческих изменений сопровождалась возрастными инволютивными процессами, а именно масса, линейные и объемные показатели органа незначительно уменьшались согласно срокам наблюдения. При иммуностимуляции статистически значимое увеличение абсолютной массы и объема матки установлено только на 30 сутки наблюдения, указанные параметры превышают контрольные значения на 9,1% и 18,6% соответственно. На 15 и 60 сутки отмечается повышение линейных показателей, однако эти изменения статистически не значимы. На 1 и 15 сутки отмечено преобладание размеров левого рога матки, что, по всей вероятности, связано с нейроэндокринной дисрегуляцией репродуктивной системы в связи угасанием функции гипофизарно-яичниковой оси и утратой способности к репродукции.

Заключение. Полученные данные указывают на позитивное воздействие иммуностимуляции на морфогенетические процессы в матке, что проявляется положительной динамикой органомерических параметров органа, как в быструю, так и в медленную фазы действия препарата. Установлено незначительное замедление инволюции органа в старческом возрасте при использовании препарата.

Семеняк Е.Г.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАЛОТЕРАПИИ

Актуальность Рецидивирующий бронхит в структуре заболеваний органов дыхания у детей является наиболее частой патологией, о чем свидетельствует частота обращений к педиатру. Актуальность проблемы в определенной степени обуславливает и неоднозначность прогноза РБ. Только у 75-80 % детей отмечают спонтанное выздоровление, тогда как у остальной части детей (у каждого 4-5-го пациента) заболевание трансформируется в хронический бронхит или бронхиальную астму, которые являются одной из причин ухудшения качества жизни. Санаторно-курортное лечение с использованием природных и преформированных физических факторов (аппаратной физиотерапии) является важным этапом восстановительного лечения у детей с заболеваниями органов дыхания в период ремиссии. Одним из эффективных и наиболее физиологичных методов медицинской реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания, хорошо зарекомендовавшим себя на амбулаторно-поликлиническом, стационарном этапах лечения больных детей, является галотерапия. Лечебным фактором, определяющим эффективность галотерапии, является солевой аэрозоль, воспроизводимый в широком диапазоне концентраций (от 0,5 до 10 мг/м³), распыляемый с помощью стационарного гало генератора в помещение галокамеры. На протяжении всего времени проведения ультразвуковой галотерапии сохраняются оптимальные физические параметры внутри галокомплекса в пределах зоны комфорта.

Целью проведенных исследований явилось определение эффективности методики ультразвуковой галотерапии у детей с рецидивирующим бронхитом (РБ) на этапе санаторно-курортного лечения.

Результаты исследований. Под влиянием проведенного комплексного санаторно-курортного лечения с включением ультразвуковой галотерапии 33 детей с РБ отмечена положительная динамика показателей функции внешнего дыхания по данным спирографии. Средняя величина ОФВ₁ достоверно ($p < 0,05$) возросла, составила $86,4 \pm 1,02$ против $79,5 \pm 1,85$, уменьшилось количество детей с нарушениями вентиляции по обструктивному типу с $26,7 \pm 5,71$ до $18,3 \pm 4,89\%$. Отмечена положительная динамика изменения видов адаптационно-компенсаторных реакций, уменьшилось количество детей с реакциями переактивации и стресса, которые перешли в группу реакций спокойной и повышенной активации – диапазон реакций, физиологических для детского организма. После проведенного лечения отмечалась благоприятная тенденция к нормализации исходно повышенного адреналина (с $3,0 \pm 0,01$ нг/мин до $2,1 \pm 0,01$ нг/мин), повышении исходно сниженного норадреналина у 55% детей, что свидетельствует об улучшении состояния симпатико-адреналовой системы.

Выводы. Таким образом, доказана эффективность ультразвуковой галотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении больных с РБ в фазе ремиссии. Предложенный метод галотерапии с ультразвуковой генерацией сухого солевого аэрозоля, хорошо зарекомендовавший себя у больных с заболеваниями органов дыхания (рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма) в острый период заболевания, позволяет существенно расширить возможности традиционного метода галотерапии, и может применяться в санаторно-курортном лечении с целью достижения более выраженных результатов у больных с рецидивирующим бронхитом в фазе ремиссии.

Сердюк К.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЦИСТАДЕНОМ ЯИЧНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИЖИЗНЕННЫХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Введение. Опухоли яичников - одна из актуальных проблем онкогинекологии, охватывающая все возрастные группы лиц женского пола.

Актуальность. Непредсказуемость развития заболевания, скрытый характер симптомов на начальных стадиях, отсутствие возможности раннего прогнозирования новообразований яичников усложняют своевременную диагностику. Как следствие, частота неблагоприятных исходов лечения остается высокой. В структуре новообразований, опухоли яичников занимают значимое место. Самой многочисленной группой среди доброкачественных опухолей яичников(ДОЯ) являются цистаденомы.

Цель исследования – анализ прижизненных патологоанатомических исследований клиничко-морфологических форм цистаденом яичников.

Материалы и методы. Анализ прижизненных патологоанатомических исследований цистаденом яичников пациенток, полученных из базы данных Областного патологоанатомического бюро города Курска за 2021-2022 год. Обследовано 475 женщин в возрасте от 11 до 90 лет, разделенные на возрастные группы: 11-20 лет, 21-40 лет, 41-60 лет, 61-90 лет. Данные структурированы по следующим категориям: «возраст, вид оперативного вмешательства», «возраст, морфологическая форма цистаденомы», «размер образования, морфологическая форма цистаденомы».

Результаты исследования. В 2021 году большая часть диагностированных цистаденом была выявлена при аднексэктомии у женщин 41-60 лет-81%. В возрастной группе 21-40 лет преобладает цистэктомия - 40,9 %. Овариэктомия среди всех возрастных групп составляет 6,7%. В 2022 году среди женщин 41-60 лет лидирующую позицию занимает аднексэктомия-79,8%. В возрастной группе 11-20 лет в 75% случаев была проведена цистэктомия. При анализе категории «возраст, морфологическая форма цистаденомы» в 2021 году полученные следующие данные- среди всех выявленных видов цистаденом самая встречаемая возрастная группа 41-60 лет. В категории «серозная цистаденома» возраст пациенток 41-60 лет составляя 50% от всех пациенток с данным видом ДОЯ, 23% - у женщин >61 года, 20% в возрасте 21-40 лет. Среди выявленных муцинозных цистаденом лидирующие позиции занимают возрастные группы 41-60 лет -42,9% и 21-40лет -33,3%. Папиллярная муцинозная цистаденома обнаружена только у женщин в возрасте >61 года. Серозная грубососочковая цистаденома выявлена у женщин 21-40 лет в 20% случаев и 41-60 лет в 80%. Выявлена сильная корреляционную связь между возрастом пациенток и обнаруженной морфологической формой цистаденом. Наиболее часто встречаемый размер серозной цистаденомы 2-5 см – 2021 год- 42,9%, 2022 год-39,5%. В этой же группе размеров (2-5 см) лидируют серозная грубососочковая(8,9%/7,5%) и серозная папиллярная(5,9%/5,9%) цистаденомы. Муцинозные и серозно-муцинозные цистаденомы в большинстве случаев встречаются размерами более 5 см- 50% и 83,3% в 2021 году, 47,6% и 68% в 2022 году.

Выводы. Наиболее встречаемая морфологическая форма цистаденом- серозная (69%). Чаще всего заболеванию подвержены женщины 41-60 лет (50,5%). Среди серозных цистаденом встречаемый размер образования от 2 до 5 см, а среди муцинозных- более 5 см.

Сердюкова А.Д., Рубцова Е.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗНАНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В настоящее время социальные сети стали неотъемлемой частью жизни каждого человека. В них можно найти любую информацию, в том числе касающуюся медицины. Важность предложенной темы заключается в том, что распространение информации о здоровье и профилактике заболеваний в интернете непосредственно влияет на состояние людей. Поэтому так важно анализировать получаемую информацию из социальных сетей.

Материалы со страниц интернета могут влиять на представление людей о медицине как положительно, так и отрицательно. Они повышают уровень осведомленности граждан о здоровье и способствуют внимательному отношению к нему. Также в социальных сетях люди делятся собственным опытом и знаниями, в результате чего формируется общественное мнение, которое может стать источником дезинформации, так как люди без медицинского образования могут давать неверные советы по лечению и профилактике заболеваний. Это подчеркивает необходимость осознанного подхода к понимаю медицинской информации в цифровом пространстве. Между тем, люди в процессе общения оказывают друг другу поддержку и повышают мотивацию к борьбе с заболеваниями.

Медицинские организации используют различные платформы для распространения полезной информации по поддержанию здоровья и профилактике тех или иных заболеваний. Эта информация находится в открытом доступе в любой момент времени, благодаря чему в экстренных ситуациях человек сможет оказать первую помощь как самому себе, так и знакомым, не усугубив ситуацию.

В последнее время среди подростков и в целом населения популярен здоровый образ жизни, этому способствовали массмедиа. Одним из важных аспектов помимо здоровья для молодых людей является их внешность. Наблюдая за образом жизни известных людей, различных блогеров, актеров, которые выглядят очень хорошо, ведут здоровый образ жизни, подрастающее поколение стремится к правильному питанию, много времени уделяет спорту, чему способствует распространение видеороликов по фитнесу в RuTube.

Все чаще люди начинают обращаться в виртуальные клиники, которые являются доступными для всех часовых и географических поясов. С одной стороны, это действительно очень удобно: не требуется выходить из дома, есть возможность самостоятельно выбрать врача, который полностью удовлетворит запросы. Однако, многие не задумываются о том, что данный вид помощи не является полноценным, так как врач не может оценить состояние больного и поставить достоверный диагноз только на основе слов пациента и без объективного осмотра.

Часто на просторах интернета мы можем видеть рекламу лекарственных препаратов или БАДов без доказанной эффективности, при этом в них могут содержаться опасные для здоровья вещества. Их употребление может пагубно сказаться на физическом и психоэмоциональном состоянии граждан. Люди надеются на полное и быстрое выздоровление, однако их ожидания не всегда оправдываются, и очень часто это заканчивается госпитализацией.

Также в поисках информации о лечении различных заболеваний люди получают большое количество противоречивых сведений и не могут отличить ложную информацию от истинной.

Таким образом, социальные сети имеют большое значение в распространении знаний о здоровье и профилактике заболеваний. В то же время данная информация может быть как истинной, так и ложной. Для предотвращения возможного вреда и получения максимальной пользы от полученной информации необходимо правильно анализировать данные и уметь их применять в повседневной жизни.

Серова А.С., Ванханен Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Цель исследования. Изучить основные этиологические и патогенетические аспекты развития панкреатогенного сахарного диабета.

Материалы и методы. Анализ отечественных и зарубежных литературных источников, материалов кандидатских и докторских диссертаций.

Результаты исследования. Панкреатогенный сахарный диабет формируется как результат повреждения или дисфункции поджелудочной железы, что приводит к недостаточной выработке инсулина и нарушению метаболизма углеводов. Наиболее частыми причинами диабета являются хронический панкреатит, муковисцидоз, аденокарцинома протоков поджелудочной железы, гемохроматоз, перенесенная операция на поджелудочной железе. Существует несколько механизмов патогенеза панкреатогенного сахарного диабета: 1) повреждение бета-клеток островков Лангерганса – приводит к снижению секреции инсулина; 2) хронический воспалительный процесс становится причиной фиброза и замещения функциональной ткани соединительной тканью, что становится причиной повреждения бета-клеток; 3) изменение глюкозной чувствительности клеток (инсулинорезистентность), что усугубляет гипергликемию, так как даже при наличии инсулина клетки не способны эффективно усваивать глюкозу; 4) гормональная дисфункция: нарушение соотношения между инсулином и глюкагоном в кровеносном русле способствует ухудшению контроля уровня сахара в крови; 5) нарушения жирового и белкового обмена, что становится дополнительным фактором риска развития диабета; 6) экзокринная дисфункция: панкреатогенный сахарный диабет в этом случае связан с нарушением экзокринной функции поджелудочной, что в свою очередь, провоцирует синдром мальабсорбции. Симптомы панкреатогенного диабета, в целом, схожи с симптомами сахарного диабета II типа (полидипсия и полиурия, повышенная утомляемость, общая слабость, потеря веса без видимых причин, высокая гликемия), но основное внимание при диагностике и лечении должно быть уделено основной причине, приводящей к нарушению функции поджелудочной железы. Панкреатогенный сахарный диабет часто называют «хрупким диабетом», поскольку контроль уровня глюкозы особенно сложен при отсутствии соответствующей реакции бета-клеток (инсулина) или альфа-клеток (глюкагона). Рутинно выполняемое ультразвуковое исследование брюшной полости играет важную роль в диагностике неалкогольного панкреатогенного диабета. Основными критериями диагностики панкреатогенного сахарного диабета является наличие признаков экзокринной недостаточности поджелудочной железы; отсутствие аутоиммунных маркеров, связанных с сахарным диабетом I типа; патологическая визуализация поджелудочной железы; нарушение функции бета-клеток. Актуальным и серьезным вызовом в повседневной врачебной практике является выявление (субклинического) хронического панкреатита как основного заболевания у пациентов с установленным диагнозом сахарного диабета. Именно поэтому пациент с неспецифическими желудочно-кишечными жалобами и сахарным диабетом должен проходить дополнительную диагностику в отношении панкреатогенного сахарного диабета.

Выводы. Патогенетические пути развития панкреатогенного сахарного диабета многофакторны, а симптомы заболевания нередко сходны с проявлениями сахарного диабета II типа. Четкое понимание патогенеза развития панкреатогенного сахарного диабета – главный путь разработки эффективных методов диагностики того заболевания и эффективной коррекции состояния пациента.

Сидоренко Ю.А., Макаруч О.В., Вегнер Д.В., Катомин Д.А.

ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАТИВНОМУ ПОСОБИЮ

Цель: определить показания к предоперационной эмболизации щитовидных артерий, анализ интраоперационных данных и послеоперационных осложнений.

Вступление. Особое место в эндокринной хирургии занимает патология щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации (ПЩЖШМЛ), осложненная компрессионным синдромом. По данным литературы, шейно-медиастинальная локализация патологически измененной щитовидной железы составляет от 3,0 до 9,3 % случаев, а среди новообразований верхнего средостения достигает 19,5 %, частота специфических послеоперационных осложнений удерживается на уровне 5% и, как следствие, летальность достигает 3-4%.

Учитывая высокий интраоперационный риск повреждения крупных кровеносных сосудов, травматичность пособия (вероятность стернотомии при ПЩЖШМЛ), необходима тщательная предоперационная подготовка, которая включает в себя эмболизацию щитовидных артерий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 68 пациентов с ПЩЖШМЛ, осложненной компрессионным синдромом, находившихся на лечении с 2022 по 2024 год, включительно.

Одно из необходимых исследований для оценки показаний к эмболизации щитовидных артерий является компьютерная томография шеи и органов грудной полости с расчетом коэффициента обтурации верхней грудной апертуры, определением степени сужения трахеи, размеров загрудинной порции зоба, а также типа артериального кровотока (магистральный расссыпной).

Результаты и обсуждение. Все пациенты оперированы в состоянии эутиреоза под комбинированным ингаляционным наркозом.

Пациенты разделены на две группы: I группа – пациенты, которым выполнялась предоперационная эмболизация щитовидных артерий; II группа – пациенты, которые оперированы без эмболизации щитовидных артерий.

Во всех случаях использовался доступ к щитовидной железе по Кохеру. Учитывая глубокое расположение зоба в 4 (7%) случаях он дополнялся частичной продольной стернотомией (I группа – 1 пациент, II группа – 3 пациента), в 5 (8,6%) случаях доступ продлевался вдоль сосудистого пучка шеи (I группа – 1 пациент, II группа – 4 пациента).

В I группе интраоперационно отмечена ишемия тиреоидной ткани в 14 случаях (78%), у 4 пациентов (22%) ишемии паренхимы ЩЖ не выявлено.

Время оперативного вмешательства в I группе на 50 (±4) минут меньше, в сравнении со II группой.

Для выполнения стойкого гемостаза при диффузной кровоточивости использовались гемостатические пластины, что в отличии от электрокоагуляции, позволило значительно снизить риск травматизации возвратного нерва и формирования гематом в зоне хирургического вмешательства.

Послеоперационных осложнений в I группе не выявлено, во II группе отмечено 2 осложнения (3,4%): интраоперационное повреждение возвратного нерва и образование гематомы в ложе удаленной ЩЖ.

Послеоперационной летальности не было.

Выводы.

Предоперационная селективная эмболизация щитовидных артерий — это безопасная и малоинвазивная процедура, которая сокращает время операции и снижает кровоток в щитовидной железе, сводя к минимуму кровопотерю во время и после операций. Эта манипуляция может стать безопасным вариантом для быстрой подготовки к операции у некоторых пациентов с токсическим зобом, у которых наблюдается непереносимость тиреостатической терапии или, в случае отказа от оперативного лечения и лечения радиоактивным йодом (I 131).

Сидоренко Ю.В., Балабаева Н.В., Холина Е.А., Иванова Л.Н., Пустовой Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

В настоящее время от 60 до 75% хронической патологии в клинике внутренних болезней имеет характер сообщающихся заболеваний, с поражением одновременно двух и даже более функциональных систем организма. На современном этапе довольно часто встречается сочетание хронического обструктивного заболевания легких (ХОБЛ) и туберкулеза легких (ТЛ), что затрудняет диагностику обоих заболеваний и негативно влияет на дальнейшее их течение. Сочетание ХОБЛ и сахарного диабета 2-го типа (СД 2-го типа) встречается приблизительно у 12% больных ХОБЛ, и является значимой медицинской и социальной проблемой. Коморбидный СД и туберкулез – важные факторы смерти больных с ХОБЛ.

Под наблюдением находилось 80 больных с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ, которые до начала лечения методом слепой рандомизации были распределены на две группы: основную – 43 чел., и сопоставления – 37 чел. для изучения эффективности предлагаемого лечения. Больным основной группы дополнительно к базисному лечению ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, на фоне ТЛ на начальном этапе назначали препараты карбоцистеина (АО «ВЕРТЕКС» РФ) – 50 мг/мл по одной столовой ложке (750 мг) 3 раза в день (2250 мг в сутки) 8 дней, и таурина (дибикор) – таблетки по 250 мг по 2 таблетки (500 мг) 2 раза в день в течение 3 недель. Клиническая картина ХОБЛ на фоне ТЛ в обеих группах наблюдения характеризовалась прежде всего наличием четко выраженных интоксикационного и астено-невротического синдромов. При этом подавляющее большинство пациентов жаловались на выраженную общую слабость (100%), повышенную утомляемость и снижение работоспособности (100%), похудание (97,2%), „профузную» ночную потливость (83,3%), повышение температуры тела, преимущественно во второй половине дня (73,1%), снижение аппетита (94,4%), поверхностный сон (75,9%), раздражительность (68,5%), диффузную головную боль (97,2%). У большинства обследованных отмечены также жалобы со стороны бронхо-легочной системы: кашель с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты (85,2%), редко – сухой (14,8%), одышка смешанного экспираторно-инспираторного характера (100%), иногда неинтенсивная постоянная боль в межлопаточной области и/или латеральных отделах грудной клетки (18,5%). Исходя из этого, средние баллы по шкале одышки mMRC составили ((3,25±0,10) и по опроснику САТ (23,53±0,95) балла. При аускультации легких выявлено жесткое дыхание (98,1%), локальные сухие хрипы (91,7%) разные по тембру и интенсивности над почти всей поверхностью грудной клетки. У части больных перкуторно определяли притупление легочного звука над участками туберкулезного поражения (24,1%), почти у трети (29,6%) пациентов – коробочный звук. Основными клиническими проявлениями диабетического синдрома у больных были гиперкератоз – 14,8% и полиурия – 8,5 %, реже фиксировались - жажда, никтурия, полифагия по 4,3 % и наиболее редко отмечалась инфекция кожи 2,1 %. Для определения выраженности системного воспаления в крови исследованных пациентов проведено изучение содержания его маркеров – СРБ и гаптоглобина. При лабораторном обследовании уровень СРБ у больных основной группы в начале наблюдения был равным (9,5±0,7) мг/л, и не отличался от такового в группе сопоставления, но был выше, чем у практически здоровых лиц, в среднем в 2,7 раза ($p<0,001$). Уровень гаптоглобина в крови больных достоверно превышал референтную норму в среднем в 2,8 раза (при норме 1,16±0,04 г/л, $p<0,01$). Анализ полученных в динамике наблюдения данных показал, что применение комбинации препаратов карбоцистеина и таурина в сочетанной терапии с препаратами базисного ряда сопровождалось вероятным снижением средних баллов по шкалам одышки mMRC и оценки симптомов ХОБЛ САТ, а также приростом показателей уровня гипоксии – SatO₂ и степени бронхиальной обструкции – ОФВ₁ в основной группе больных ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ. Важным результатом проведения лечения у больных основной группы было повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции в 6-минутном ходовом тесте на 43,4 м ($p<0,01$). Таким образом, включение карбоцистеина и таурина в комплекс терапевтических мероприятий больных с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ клинически эффективно и патогенетически обосновано.

Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Иванова Л.Н., Демидов В.В., Ветчинникова Т.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В XXI век человечество вошло с тяжелым наследием века XX-го – резким увеличением числа сердечно-сосудистых и хронических заболеваний легких. Коморбидность существенно отягощает течение каждой из нозологий и приводит к формированию психо-эмоциональным изменениям. В связи с этим возрастает роль использования в медицинской реабилитации с целью профилактики усугубления психоэмоционального регистра препаратов адаптивно-метаболической направленности. Под диспансерным наблюдением находилось 125 больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), средний возраст которых составлял $54,81 \pm 3,17$ лет. Для анализа эффективности различных схем медицинской реабилитации наблюдаемых пациентов разделили на три подгруппы: 1 (45 человек), больные которой получали дигидрохверцетин (по 50 мг в течение 21 дня); 2 (43 человека), пациентам которой дополнительно назначали левокарнитин (элькар по 1 мерной ложке (5 мл) 2 раза в день в течение 1 месяца) и 3 (37 человек), пациенты которой продолжали базисную терапию ГБ и ХОБЛ. Большинство больных жаловались на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость (в 1 подгруппе - 95,6%, во 2 - 95,3%, в 3- 94,6%). На снижение умственной работоспособности в 1-й подгруппе указывали 34 человека (75,6%), во 2-й - 32 пациента (74,4%), в 3-й – 26 (70,7%); физической работоспособности - соответственно 42 (93,3%), 39 (90,7%) и 34 (91,9%) человека. Жалобы на умеренно выраженную головную боль без четкой локализации в 1-й подгруппе регистрировались у 25 (55,6%) человек, головокружение - у 13 (29,1%) больных, снижение аппетита – у 31 (68,9%) человека, на повышенную эмоциональную лабильность указывали 38 (84,4%) больных, чрезмерную раздражительность - 30 (66,7%) человек, общее снижение эмоционального настроения имело место у 33 (73,3%) больных, расстройства сна – у 35 (77,8%) больных. Элементы нарушений эмоционального состояния тревожно-депрессивного регистра были обнаружены у 29 (64,4%) больных 1-й подгруппы, 27 (62,8%) пациентов 2-й подгруппы и 24 (64,9%) 3-й подгруппы. Таким образом, у обследованных пациентов до начала проведения медицинской реабилитации определялись проявления астенического, астеноневротического и астенодепрессивного регистров, частота которых практически не отличалась в подгруппах. Клиническое обследование, которое было проведено через 30 дней после начала медицинской реабилитации, позволило установить существенное улучшение состояния здоровья и практически полную ликвидацию проявлений астенического, астеноневротического и депрессивного синдромов у большинства больных 1-й и 2-й подгрупп. Так, после завершения приема дигидрохверцетина частота выявления общей слабости ($P < 0,01$), недомогания ($P < 0,001$), чувства повышенной утомляемости ($P < 0,001$), снижения аппетита ($P < 0,05$), эмоционального настроения ($P < 0,05$), снижения работоспособности ($P < 0,01$) в 1-й подгруппе была достоверно ниже, чем у больных 3-й подгруппы, только по частоте сохранения чрезмерной раздражительности, расстройства ночного сна и депрессивных проявлений наблюдались недостоверные отличия между 1 и 3 подгруппами ($P > 0,1$). У пациентов 2-й подгруппы обращает внимание значительная положительная динамика симптомов астено-вегетативного регистра: повышенная эмоциональная лабильность встречалась после завершения курса медицинской реабилитации во 2-й подгруппе реже, чем в 3-й в 5,6 раза ($P < 0,001$), чрезмерная раздражительность – в 2,9 раза ($P < 0,05$), расстройства ночного сна – в 4,2 раза ($P < 0,001$) и тревожно-депрессивные проявления - в 3,5 раза ($P < 0,001$). При этом отмечалась достоверная разница между показателями частоты сохранения повышенной эмоциональной лабильности, расстройств ночного сна и тревожно-депрессивных проявлений между 1-й и 2-й подгруппой ($P < 0,05$). Таким образом, применение дигидрохверцетина и левокарнитина в комплексе медицинской реабилитации коморбидных больных обеспечивает четко выраженную динамику клинических показателей и свидетельствует о положительном влиянии на качество жизни и состояние здоровья больных в целом.

Сидорина А.С., Труфанов Г.Е.

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

ПРОТОННАЯ МНОГОВОКСЕЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ГЛИОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ИЛИ HIGH-GRADE ГЛИОМ

Цель исследования. Оценить изменения метаболитов и их соотношений, при помощи дополнительной методики протонной многовоксельной магнитно-резонансной спектроскопии, в опухоли, перифокальной зоне и в интактной ткани у пациентов с глиальными опухолями высокой степени злокачественности.

Материалы и методы. На этапе до и после оперативного вмешательства 12 пациентам было проведено стандартная магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным усилением и дополнительная методика протонной многовоксельной МР-спектроскопии.

Исследование проводилось на современном высокопольном томографе с индукцией магнитного поля 3 Тл (Magnetom Vida, Siemens, Германия) с внутривенным болюсным введением парамагнитного контрастного вещества «Омнискан» в дозировке 0,2 ммоль/кг.

Возраст пациентов в среднем составил 55-60 лет, из них женщины – 8 (66,7%), мужчины – 4 (33,3%).

На спектрах были определены метаболиты и их соотношения: холин (Cho), креатин (Cr), N-ацетиласпартат (NAA), лактат (Lac) и липиды (Lip).

Результаты и обсуждение. При проведении стандартной МРТ с контрастным усилением и дополнительной методики МР-спектроскопии у пациентов было выявлено изменения уровня метаболитов в опухолевой ткани и перифокальной зоне таких, как Cho, Cr, NAA, Lac и Lip в сравнении с интактной тканью. Отмечалось выраженное повышение пика Cho, на фоне снижения пиков NAA и Cr на метаболических картах в опухоли и в перифокальной зоне. Соотношения NAA/Cho и NAA/Cr было снижено, а соотношения Cho / NAA и Cho / Cr в разы увеличивалось. Определялись относительные повышения Lac и Lip, что в свою очередь говорит о косвенных признаках наличия некротических или гипоксических изменений в ткани, что также может характерно для высокозлокачественных глиом головного мозга.

По результатам гистологического исследования было выявлено: у 5 пациентов - астроцитомы с IDH-мутацией, grade 4; у 4 пациентов - глиобластома, IDH-wt, Grade 4; у 3 пациентов - олигодендроглиома с мутацией IDH1 и коделецией 1p/19q. Grade 3.

Выводы. Применение МР- спектроскопии помогает неинвазивным путем обнаруживать и количественно определить активные тканевые метаболиты. В связи с высокой инфильтративной природой глиом головного мозга может быть особенно полезна спектроскопическая оценка показателей метаболитов и их соотношение в перифокальной зоне.

Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Актуальность. Функциональные возможности человека, его здоровье, продолжительность жизни зависят от многих внутренних и внешних составляющих, оптимальное управление которыми в конечном итоге и определяет результат. Использование гигиенической составляющей жизнедеятельности спортсмена будет способствовать созданию рациональных программ реабилитации функциональных возможностей и сохранения здоровья.

Цель работы. На основании концепции локального износа как основной причины досрочного исчерпания потенциала всего организма, выделить методологию и содержание реабилитационных подходов в спорте, используя гигиенические составляющие.

Результаты исследования и обсуждение. Среди ведущих факторов, которые могут оказывать отрицательное воздействие на организм, есть интенсивные физические нагрузки в процессе достижения высших спортивных результатов или изнуряющие виды трудовой деятельности (часто в отягощенных условиях внешней среды). Основная задача гигиены в этом процессе – это изучение и оздоровление внешней и внутренней среды, в которой проходят занятия и разработка гигиенических указаний построения эффективного процесса тренировки. Успех оптимизации процесса достижения наивысшего уровня возможностей организма, с одной стороны, и полного сохранения здоровья, с другой, зависит от объективности и полноты современных представлений о живом, механизмах его жизнедеятельности в условиях воздействия внешних факторов и внутренних индивидуальных особенностей организма.

Очевидно, что прогресс медицины состоит в сближении обеих направлений, во взаимном обогащении их. Основным сдерживающим моментом такого синтеза является отсутствие общепризнанной универсальной теории, в которую вкладывалось бы всё многообразие фактов наук с отличающейся интерпретацией. Поиск теоретической основы, на которой возможен был бы синтез существующих альтернативных подходов управления здоровьем и функциональными возможностями, позволяет нам использовать концепцию локального износа организма как фактора, ограничивающего реабилитационные мероприятия и влияющего на качество и продолжительность жизни спортсмена. Повышенная активность отдельной системы приводит к перенапряжению ее, а затем к локальному износу, что является причиной гибели всего организма.

Проведенные исследования (анкетирование и опрос) на базе кафедры физического воспитания Донецкого медицинского университета со студентами, входящими в сборные команды по видам спорта, показали, что наиболее часто нарушения были со стороны печени (у спортсменов всех видов), почек (у боксеров, тяжелоатлетов, велосипедистов), желудка (боксеров, велосипедистов), и в связи с этим наблюдались увеличенные промежутки восстановления и реабилитации, снижение отдельных показателей здоровья и спортивных результатов в целом.

Выводы. Таким образом, использование целевой информации по нарушению физиологических механизмов вследствие локального износа позволяет по-новому, более предметному пути, осуществлять планирование реабилитационных мероприятий на фоне общего сохранения здоровья и спортивного долголетия.

Задача гигиены заключается в том, чтобы предупредить локальный износ организма, гармонизировать уровень активности включения всех наличных механизмов его адекватно в ответ на внутренние или внешние воздействия.

Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИСХОДНАЯ ДИАГНОСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ КАК ЧАСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Аннотация. В данной работе обосновано применение моделей, базирующихся на показателях сердечно - сосудистой системы, а так же необходимость оценки состояния здоровья студента на основе показателей данных моделей, в том числе и показатели здоровья у студентов специальной медицинской группы.

Актуальность. Количественно определение работоспособности имеет большое значение при организации процесса физического воспитания, при разработке двигательных режимов для занятий, лечения и реабилитации студентов, отнесенных в специальную медицинскую группу.

Цель исследования. Любые виды физической подготовки должны иметь конкретную цель, базироваться на оптимальной тренировочной программе учитывающей половозрастные, конституциональные и профессиональные возможности занимающихся, структуру и уровни их исходной двигательной подготовленности.

Результаты исследования. В специальную медицинскую группу направляются студенты, имеющие постоянные или временные отклонения в состоянии здоровья, низкий уровень физической подготовленности и, как правило, негативное отношение к физическому воспитанию. Традиционный подход в обучении не в состоянии решать проблемы здоровья и физической подготовленности данной категории студентов. Мы считаем, что студенты, имеющие отклонения в состоянии здоровья, имеют особые образовательные потребности вследствие чего им необходим специальный подход в организации и проведении занятий по физическому воспитанию.

Существует несколько моделей, описывающих с различной степенью надежности и информативности взаимоотношения показателей аэробной производительности, физической работоспособности и двигательной подготовленности. Большинство из них базируется на показателях сердечно - сосудистой системы. Следовательно, оценка этой системы является обязательной при проведении любых физических исследований, в т.ч. и состояния этих показателей у студентов, отнесенных к специальной медицинской группе.

В наших исследованиях для оценки физической работоспособности нами был использован метод Фокса. Доступность и простота в совокупности с незначительной физической нагрузкой позволяет рекомендовать этот метод для лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Выводы. Полученные в исследовании данные свидетельствуют о положительной динамике в основной группе, и о негативной динамике в контрольной, что подтверждает нашу гипотезу об эффективности применения индивидуальных алгоритмов оздоровления.

Количественное определение работоспособности имеет большое значение при организации процесса физического воспитания, при разработке двигательных режимов для занятий, лечения и реабилитации студентов, отнесенных в специальную медицинскую группу. Физическую работоспособность связывают с определенным объемом мышечной работы, который может быть выполнен без снижения заданного (или установившегося на максимальном уровне для данного индивидуума) уровня функционирования организма. При недостаточном уровне физической активности наступает атрофия мышц, что неизбежно влечет за собой ряд болезней.

Таким образом, это явилось для нас одним из критериев оценки эффективности при организации процесса физического воспитания.

Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОТИВАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Аннотация. Данная статья посвящена исследованию эффективности методов мотивации личности студента в учебном процессе. Для успешного обучения студенту нужно создать достаточную степень заинтересованности в предстоящей профессии. При этом необходимо следить за динамикой показателя удовлетворенности студента выбранным направлением от первого до последнего курса. Уровень заинтересованности обучающегося непосредственно влияет на мотивацию к учебе.

Введение. Суть успешности студента, как показывает многолетняя практика, сводится к доминированию интеллектуальной личности над другими ее проявлениями. Предрасположенность и мотивационные черты объединены диалектической составляющей, способные определенным образом влиять на степень успешности обучающегося.

Цель исследования. Обозначить и охарактеризовать способы воздействия мотивации на процесс обучения студентов в вузе.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследователи отмечают, что наибольшая положительная реакция на выбранную профессию наблюдается в начале обучения. В дальнейшем данная реакция уверенно снижается, даже на заключительных курсах.

При описании мотивационной характеристики студентов, направленной на выбранную деятельность, нужно отметить следующие весьма важные факторы:

1. Личностная значимость профессии.
2. Состояние заинтересованности и успешности в периоде учебы в вузе.
3. Воздействие различных факторов на успешность обучающегося.
4. Стремление, основанное на знаниях профессии.

Близкая взаимосвязь представленных факторов направляет и стимулирует познавательные возможности студента, способствует предметному овладению базовыми навыками будущей профессии, а соответственно, и его квалификации и востребованности.

Исследования эффективности мотивационной модели, проводимые на кафедре физического воспитания Донецкого медицинского университета, позволили охарактеризовать на начальном этапе отношение студентов-медиков к занятиям физической культуры в виде следующего соотношения: положительно относятся к занятиям 72% юношей и 59% девушек. В дальнейшем, при активном использовании методов мотивирующей направленности, данное соотношение изменилось в лучшую сторону: к заключительному этапу исследования положительное отношение наблюдалось уже у 87% юношей и 75% девушек.

Заключение. В совокупной системе вузовской деятельности большое значение обретает ее мотивационная составляющая, ориентированная прежде всего на узкую направленность будущего труда, и требующая:

1. Выявлять и стимулировать желания и предрасположенности обучающегося в профессиональной ориентированности.
2. Проводить психолого-педагогическую коррекцию направленности сознания.
3. Использовать в обучении современные технологии развивающего обучения.
4. Осуществляя принцип мотивационного обеспечения образовательной деятельности, инициировать преподавательскую и учебную студенческую рефлексия.

Такой подход к образовательному процессу обеспечит заметное улучшение качества обучения студентов.

Сидоров В.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАЗВИТИЕ ПРОФФЕСИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ В СТРУКТУРЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

Аннотация: Физическое воспитание студентов является важной составляющей учебного процесса и должно быть ориентировано на развитие профессионально значимых физических качеств.

Постановка проблемы. Современный специалист должен обладать не только высокой квалификацией, но и достаточным уровнем здоровья, позволяющим применять свои профессиональные знания и умения в практической деятельности. Эти качества будущих специалистов традиционно формируются и совершенствуются в студенческие годы, средствами физического воспитания, в рамках системы высшего образования.

В тоже время современный ритм жизни диктует повышенные требования к молодому специалисту, следовательно, существует необходимость постоянного совершенствования методологических основ системы подготовки профессиональных кадров в высших учебных заведениях, в том числе и с применением физического воспитания.

Цель исследования. Обоснование принципов эффективной организации занятий по физическому воспитанию с акцентом на развитие профессионально значимых двигательных качеств, роли и места в ней преподавателя.

Результаты исследования. Известно, что работа врача отличается значительным компонентом гиподинамии, что требует развития общей выносливости. В первую очередь это достигается аэробными упражнениями (бег, плавание), которые оказывают огромное профилактическое влияние на сердечно - сосудистую и дыхательную систему.

Кроме аэробного режима необходимо использовать анаэробный режим с целью увеличения емкости буферных систем крови, необходимое для нормальной деятельности организма. Это - прежде всего спортивные игры.

Одним из интегративных показателей профессиональной работоспособности будущих медиков есть уровень статической выносливости. Высокие требования к сохранению профессиональной позы в течении длительного времени предъявляют профессии врача-стоматолога, врачей хирургической специальности.

Следовательно, физическое воспитание должно быть ориентировано на развитие профессионально значимых физических качеств и включать индивидуальный подход.

Снижение двигательной активности у представителей различных медицинских профессий нередко сопровождается интенсивным использованием отдельных групп мышц, которое приводит к развитию локального утомления, нарушению координации движений и, в конечном итоге, к ухудшению профессиональных качеств.

Занятия будут наиболее эффективными как с тренирующей, так и с оздоровительной направленности лишь тогда, когда проходят на позитивном психоэмоциональном фоне, способствует снятию стрессов.

В этих целях кафедральным коллективом разрабатывается перечень индивидуальных заданий, которые должны учитывать, во-первых личностные интересы конкретного студента, во-вторых необходимость коррекции функционального состояния студентов с учётом их будущей профессиональной деятельности.

Выводы: Таким образом, физическое воспитание студентов является важной составляющей учебного процесса по физическому воспитанию, главной задачей которого является создание условий для полноценного гармонического развития личности, укрепления здоровья, обеспечения оптимального объема двигательной активности, необходимого для дальнейшей профессиональной деятельности.

Сидоров В.И., Алешин Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аннотация. В тезисах представлен комплексный подход, направленный на решение поставленных задач по развитию спортивной медицины в регионе, как неотъемлемой части единой системы физического воспитания молодежи.

Актуальность. Спортивная медицина является имманентным разделом науки о физическом воспитании, помогая обосновывать оптимальные двигательные режимы для разных контингентов населения, методы спортивной тренировки и повышения спортивного мастерства, предупреждения травматизма, соматического здоровья и реабилитации.

Формирование компетенций спортивного врача во многом затруднено ввиду преподавания сегодня спортивной медицины и лечебной физкультуры в одном курсе.

Так, в Донецком медицинском университете, занятия проводятся на кафедре медицинской реабилитации на 4-ом курсе в количестве 56 часов, а на других кафедрах (кардиологии, травматологии, пропедевтики и т.д.) специфике спортивного здоровья, травматизма и реабилитации, внимание не уделяется.

Цель и методы исследования. Цель спортивной медицины — содействие рациональному использованию средств и методов физической культуры и спорта для гармонического развития человека, сохранения и укрепления его здоровья, повышения работоспособности и долголетия.

Методы исследования: теоретический анализ литературы, обобщение, сравнение.

Результаты исследований и их обсуждение. С учетом профессиональной подготовки врачей, курс спортивной медицины сводится к следующим разделам.

1. Функциональная диагностика.
2. Медицинское обеспечение учебно-тренировочного процесса и соревнований.
3. Медицинский контроль в физической культуре и спорте.
4. Восстановление спортивной работоспособности после тренировок и соревнований.
5. Спортивная патология.

Подготовка высококвалифицированных спортсменов – дело государственной значимости, руководство которым должно осуществляться централизованно, профессионалами в области спортивной медицины, при полной поддержке и постоянном контроле со стороны правительства Республики.

Необходим комплексный подход к вопросу профессиональной подготовки спортивных врачей.

Отечественная спортивная наука и практика остро нуждаются в специалистах, обладающих современными знаниями и в совершенстве владеющих технологиями подготовки высококвалифицированных спортсменов.

Уровень подготовки спортивных врачей, педагогов, тренеров в вузах медицинского и спортивного профилей не в полной мере отвечает требованиям современного спорта, что определяет проблему вопроса подготовки специалистов, имеющих знания как в области тренировочного процесса, так и спортивной физиологии, фармакологии, диетологии, психологии, генетики.

Выводы. Задача медицинского образования – это повышение уровня знаний по спортивной медицине, внедрение компетентностного подхода, что требует существенного пересмотра содержания образования, методов обучения и оценочных систем.

Сидоров В.И., Алешин Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОК МОТИВАЦИИ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО- МЕТОДИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Аннотация. Статья посвящена проблеме сохранения и укрепления здоровья, умственной и физической работоспособности студенток, что привлекает внимание ученых в связи со значительной интенсификацией учебного процесса, увеличением информации, необходимой для будущей профессии, и уменьшением объема физических нагрузок в учебных заведениях.

Введение. Учебная дисциплина «физическое воспитание» в вузе является сложной частью системы образования и воспитания будущих специалистов и должна совершенствоваться в русле современной концепции Высшей школы, решая задачи укрепления здоровья и оптимального развития физических качеств. Одной из важнейших задач физического воспитания студенток является осознание значимости физкультурно-спортивной деятельности и формирование в течение обучения личной потребности в физическом самосовершенствовании.

Цель исследования. Обозначить основные показатели, влияющие на заинтересованность студенток в систематических занятиях физическими упражнениями и определить пути ее повышения.

Результаты исследования. Коррекция программы подготовки студенток в вузе должна строиться с использованием различных форм физкультурно-оздоровительной направленности с учетом интересов и уровня здоровья.

Низкий интерес студенческой молодежи к физической культуре и спорту, по нашему мнению, объясняется недостаточной пропагандой здорового образа жизни на радио и телевидении, слабым материально – техническим обеспечением спортивных сооружений, а также высокой интенсификацией учебной среды, что значительно уменьшает объем свободного времени у студентов.

В наших исследованиях проанализировано, о каких показателях физического состояния беспокоятся современные студентки Донецкого государственного медицинского университета. Результаты показали, что больше всего студенток волнует развитие гибкости - 60%; 51,25% девушек беспокоятся о массе и о пропорциях строения тела, а меньше всего их интересует силовая компонента развития мышц, развитие скорости, ловкости и силы - от 10 до 15%.

Выводы. Результаты исследования показали, что интерес студенток к физической культуре и спорту невысокий: на среднем уровне - 50% респондентов, на высоком уровне лишь 15% респондентов. Такая ситуация обусловлена недостаточным уровнем физкультурной образованности студентов и слабым материально-техническим обеспечением. В то же время среди мотивов к занятиям физическими упражнениями студентки предпочитают желание улучшить состояние здоровья и повысить физическую подготовленность - соответственно 68,75% и 55% респондентов. Большинство студенток желают улучшить строение тела (51,25%) респондентов, а из физических качеств предпочитают развитие выносливости - 32,5% респондентов. Это свидетельствует о необходимости расширения возможностей материально-технической базы и инвентаря, способов их применения, для увеличения степени заинтересованности студенческой молодежи в систематических занятиях.

Симрок В.В., Маркина В.В., Борщева А.А., Перцева Г.М.

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

ИЗУЧЕНИЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Росстат зафиксировал в первом полугодии 2023 года снижение смертности на 12,8%, а рождаемости на 3%. Несомненно, что ведущую роль в формировании этих показателей играют не только социально-экономические показатели, но и специалисты медики, и прежде всего врачи первичного звена, общей практики.

В образовательной программе по специальности 31.05.01 Лечебное дело приведены рабочие программы всех дисциплин базовой части. Изучение дисциплины Акушерство и гинекология осуществляется на 4 и 5 курсах обучения, согласно существующей программы. Причем, вначале студенты изучают акушерство, на 4 курсе, а затем гинекологию на 5 курсе. На выпускном курсе студенты эту дисциплину не изучают, следовательно, в профильных клиниках они не бывают. И, получается, что изучение акушерства и гинекологии завершается на уровне пропедевтики и факультетской клиники, не дойдя до госпитального уровня. В тоже время, образовательная программа одной из задач профессиональной деятельности и компетенций выпускника определяет его умение персонально работать с беременными женщинами. При проведении учебных занятий университет обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (включая при необходимости проведение интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализ ситуаций и имитационных моделей и т.д.). Это все легче осуществить, когда студенты прошли практически все клинические дисциплины, т.е. на 6 выпускном курсе. Именно на этом курсе необходимо определить наиболее значимую экстрагенитальную патологию, распространенность которой, в популяции беременных достаточно высока, и составляет не менее 50%, влияет на показатели материнской и перинатальной смертности, частоту осложнений беременности, родов и послеродового периода, перинатальную заболеваемость.

По указу президента РФ демографическая политика России до 2025 года нацелена на рост рождаемости, а также сохранение и укрепление здоровья населения. Наиболее социально значимыми заболеваниями женщин являются злокачественные новообразования, заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, болезни, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ), из-за стремительного роста больных им людей, его инфекционной природы и опасности для человека. Растет количество бесплодных браков. Все это, несомненно, диктует необходимость изучения этих проблем, проведения анализа ситуаций и имитационных моделей студентами 6 курса в условиях клиники.

Заключение. Медицина и образование – это две отрасли, которые наиболее часто реформируются. Однако, не всегда учитывается мнение специалистов и социальные потребности текущего времени. Именно к 6 курсу студенты осваивают те компетенции и дисциплины (в том числе перечисленные выше), которые плотно интегрировались в акушерскую и гинекологическую практику. Поэтому, проведение цикла акушерства и гинекологии на 6 курсе позволяет преподать им дисциплину на более глубоком госпитальном уровне, создает возможность выпустить специалиста, лучше адаптированного к реальной врачебной деятельности. Мы считаем, что необходимо в образовательную программу подготовки по специальности 31.05.01 Лечебное дело ввести изучение акушерства и гинекологии на 6 курсе.

Симрок В.В., Мельникова Д.В., Левчина Е.А., Пентковская Е.Г.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

ООО «Кетимед Гарант», Севастополь

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 20», Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Детская городская поликлиника Железнодорожного района», Ростов-на-Дону

ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОЦЕНОЗА У ДЕВОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ СИНЕХИЙ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Синехии малых половых губ в практике детского гинеколога встречаются с частотой до 3-4% среди девочек, обратившихся за помощью. Возрастной период, в котором наиболее часто встречается эта патология составляет от 1 месяца до 6 лет. При наличии многообразия различных методов лечения, отмечается частый рецидив сращения, от 11% до 40%, а каждое последующее посещение детского гинеколога формирует у маленьких пациенток негативное отношение к докторам. Сращения малых половых губ определяются, как полное или частичное сращение половой щели по средней линии. Этиология синехий, по мнению многих исследователей, связана с низким уровнем эстрогенов в сочетании с воспалительными процессами вульвы. Причинами могут быть несоответствующая личная гигиена, использование подгузников, вульвовагинит, кожные заболевания, мастурбация и травмы. Во многих случаях заболевание протекает бессимптомно, и только, когда появляются жалобы на дискомфорт в области наружных половых органов, боль и затруднение при мочеиспускании, девочка попадает на прием к детскому гинекологу.

Нами проанализировано состояние микробиоценоза слизистой оболочки влагалища у 47 девочек с наличием синехий малых половых губ в возрасте от 1 месяца до 6 лет. Следует отметить тот факт, что сочетание сращения малых половых губ и вульвовагинита отмечалось лишь у 29 девочек, у остальных пациенток этих проявлений не было. Однако, по настоянию мам девочек мы производили забор материала у всех пациенток. Результаты микроскопии мазков показали, что у 42 девочек из 47 в содержимом влагалища отсутствовала какая-либо микрофлора, единичными были лейкоциты и эпителиальные клетки, небольшое количество слизи. У 5 девочек флора была кокковая, незначительный лейкоцитоз. Микробиологическое исследование материала влагалища удалось выполнить лишь 15 пациенткам, при этом чаще обнаруживались представители *Peptostreptococcus* spp., *Eubacterium* и группы *Prevotella bivia* / *Porphyromonas*-spp., *Mobiluncus*-spp., *Corynebacterium* spp., *Lactobacillus* spp.. Все микроорганизмы не превышали допустимые концентрации, а следовательно обеспечивали колонизационную резистентность слизистых оболочек влагалища девочек, и не требовали специального лечения. Анализируя каждый случай, мы не установили каких-либо причинно следственных связей между микроорганизмами и наличием синехий. Учитывая эти данные, мы придерживались тактики лечения, основанной на теории гипоэстрогении, и назначали местно крем овестин. Побочных эффектов при использовании эстрогенсодержащих кремов мы не отмечали. Мы отмечали быстрое наступление разрыхления синехий, и их редукцию.

Заключение. При наличии синехий малых половых губ микроскопию мазков и посев содержимого влагалища следует проводить только при наличии клиники вульвовагинита, неэффективности аппликационного лечения, чтобы не формировать у девочки негативного отношения к вмешательству врача в область гениталий.

Синявская И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

При сравнении эффективности лечения разработанной нами системы лечебно-реабилитационных мероприятий в подгруппах детей с аутизмом в зависимости от психологического возраста развития, определенного с помощью шкалы PEP-R (психообразовательный профиль (дополненный) 2000г.), были получены следующие результаты.

Показатель значения глубины аутистических расстройств, определенных по шкале CARS (шкалы раннего детского аутизма, Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., 1980), при благоприятном исходе лечения специфических фобий у детей с аутизмом в группе детей с психологическим возрастом развития ниже 3-х лет был достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в группе старше 3-х лет. Показатель значения шкалы CARS при неблагоприятном исходе лечения в группе детей младше 3-х лет был достоверно ($p < 0,001$) больше, чем у аналогичный показатель в группе детей старше 3-х лет. Это можно объяснить тем, что у группы детей с психологическим возрастом развития до трех лет был выше показатель CARS, и, в целом, эта группа характеризовалась более глубоким аутизмом, по сравнению с второй группой.

Показатель страха до лечения в группе до 3-х лет при благоприятном исходе оказался достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем при неблагоприятном исходе лечения. Данный показатель при неблагоприятном исходе лечения в группе детей до 3-х лет достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе старше 3-х лет. Таким образом, чем выше уровень страха при специфической фобии, тем выше вероятность неблагоприятного исхода лечения у детей с аутизмом, возраст психологического развития которых ниже 3-х лет, в отличие от группы старше 3-х лет, где такая закономерность не прослеживается.

Показатель страха после лечения в группе до 3-х лет при благоприятном исходе лечения оказался достоверно ($p < 0,01$) ниже, чем при неблагоприятном исходе. Данный показатель при неблагоприятном исходе лечения в группе до 3-х лет достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе после 3-х лет, что свидетельствует о достоверной значимости рассматриваемого показателя для терапевтической резистентности в более младшей группе, в отличие от более старшей.

Применение ноотропов, как и нейролептиков, для достижения благополучного исхода лечения достоверно более значимо в группе с меньшим возрастом, в отличие от более старших детей, у которых указанная закономерность так же, как и при назначении нейролептиков, не прослеживается.

Показатель применения разработанного нами комплекса психотерапии в группе до 3-х лет при благополучном исходе оказался достоверно ($p < 0,01$) выше, чем при неблагоприятном исходе лечения.

Данный показатель также оказался ещё более статистически значимо ($p < 0,001$) выше при благоприятном лечении в группе детей старше 3-х лет по сравнению с неблагоприятным исходом лечения.

Таким образом, применение разработанного нами комплекса психотерапевтических воздействий для достижения благополучного исхода лечения достоверно более значимо как при меньшем, так и при большем психологическом возрасте детей с РАС, в отличие от упомянутого выше стандартного (в соответствии с существующими протоколами) лечения нейролептиками и ноотропными препаратами.

*Сироид Д.В., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И.,
Шеменова А.С., Мирмиренко А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Практические умения, осваиваемые студентами на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, имеют исключительно важное значение в системе подготовки высококвалифицированных специалистов, они являются неотъемлемой частью исходного уровня знаний-умений, необходимого для дальнейшего эффективного обучения на кафедрах не только хирургического, но и терапевтического профиля.

На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии проходят обучение студенты 2-го курса специальности «Стоматология», 2-го и 3-го курсов специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия». На каждом практическом занятии студенты получают оценку за практические умения, общий перечень которых изложен в Рабочих программах дисциплин «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» (для специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия») и «Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области» (для специальности «Стоматология»). Эти же умения проверяются на итоговом модульном контроле (ИМК) и экзамене. При осуществлении самоподготовки студенты имеют возможность заранее ознакомиться с конкретными перечнями этих умений, так как они изложены на Информационной образовательной среде (ИОС) к каждому практическому занятию, к ИМК и экзамену. Более того, к каждому практическому занятию на ИОС выложены учебные фильмы и видео-уроки, в которых наглядно демонстрируется, как эти умения должны выполняться. В учебном пособии (под грифом МОН) «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», изданном в 2021 году сотрудниками кафедры и выложенном на ИОС, также основной акцент делается на освоение практических умений. В конце каждой главы этого учебного пособия дается перечень того, что должен студент уметь по результатам изучения данной главы.

В общем перечне умений можно выделить основополагающие умения, без освоения которых невозможно сформировать остальные умения. К таким основополагающим умениям относятся следующие: умение осуществлять терминологическое образование и объяснять значение хирургических терминов; умение пользоваться общехирургическими инструментами (называть, держать, раскрывать и закрывать замок, передавать); умение обозначать и называть (в том числе – на латинском языке) внешние ориентиры различных областей человеческого тела, проводить границы этих областей и др. Такие умения проверяются не на одном практическом занятии, а в ходе всего обучения. При получении оценки студент должен продемонстрировать не одно, а пять умений, что позволяет более объективно оценить общий уровень освоения темы.

Формулировка умений имеет очень важное значение. В этих формулировках часто встречаются следующие словосочетания: уметь «интерпретировать особенности топографической анатомии» различных областей и полостей человеческого тела, при этом – «определять возможную локализацию и пути распространения» патологических процессов; уметь «обосновывать и моделировать» различные оперативные вмешательства и врачебные манипуляции, при этом – «определять возможные ошибки и осложнения»; уметь «обозначать проекцию» различных анатомических образований и разрезов, «обосновывать и сравнивать» различные варианты оперативных доступов и операций. Предъявляемые к студентам требования позволяют приблизить теорию к практике, способствуют формированию клинического мышления (например, при интерпретации особенностей венозного и лимфатического оттока, студент должен определить возможные пути распространения метастазов).

В целом, к особенностям приема практических умений на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии относятся следующие: 1) преемственность; 2) систематичность; 3) обоснованность; 4) практическая направленность; 5) наглядность.

*Сироид Д.В., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И.,
Шеменова А.С., Миримиренко А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ УЧЕБНЫХ ФИЛЬМОВ И ВИДЕО-УРОКОВ В САМОПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии формируется комплекс знаний-умений, необходимый для дальнейшего эффективного обучения на кафедрах не только хирургического, но и терапевтического профиля и, в конечном итоге, - для подготовки высококвалифицированных специалистов.

На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии студенты 2-го и 3-го курсов специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» изучают дисциплину «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», а студенты 2-го курса специальности «Стоматология» - дисциплину «Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области». При осуществлении самоподготовки студенты имеют возможность использовать материалы, выложенные в Информационной образовательной среде (ИОС). На ИОС, помимо обязательных материалов (методические указания, интерактивная лекция, тестовая часть), в обучающем блоке к каждому практическому занятию выложены учебные фильмы и (или) видео-уроки. В этих видеоматериалах наглядно демонстрируются практические умения, за выполнение которых студенты получают оценку на практическом занятии. Общее количество видеоматериалов, выложенных на ИОС: 16 учебных фильмов и 30 видео-уроков. Студенты высоко оценивают работу коллектива кафедры по созданию видеоматериалов, что находит отражение не только в устном выражении благодарности, но и в сотнях зафиксированных положительных отзывов на фильмы (видео-уроки). Вот примеры подобных отзывов: «Спасибо большое за небольшую лекцию. Объяснили все понятно. Я прочитал в книге первую тему по топке - хирург. инструменты и правила использования ими, и ничего не понял. Но вот стоило посмотреть это видео и будто снова научился видеть» (отзыв 24.09.2024 на видео «Хирургические инструменты»); «Браво маэстро! Профессор, Вы так доходчиво, наглядно объясняете тему. Чувствуется талант и опыт преподавания, знание своей дисциплины и любовь к ней» (отзыв 13.10.2024 на видео «Брюшная полость»); «Спасибо огромное, наверное самое шикарное и, самое главное, понятное и наглядное объяснение данной темы. Всем бы уметь преподносить сложное так легко и доступно, как вы это делаете» (отзыв 13.10.2024 на видео «Бедро»).

К сожалению, не все элементы обучающего блока на ИОС пользуются такой популярностью у студентов, как видеоматериалы. Анализ прохождения интерактивных лекций показывает, что далеко не все студенты пользуются этой формой подготовки к занятию, во всяком случае – не проходят эти лекции до конца. Возможно, это объясняется тем, что на ИОС выложено написанное сотрудниками кафедры и изданное в 2021 году (под грифом МОН) учебное пособие «Топографическая анатомия и оперативная хирургия». Во всяком случае, можно констатировать, что учебные фильмы и видео-уроки, выложенные на ИОС, что называется «попали в цель» и пользуются наибольшей популярностью у студентов при подготовке к практическим занятиям, итоговым модульным контролям и экзамену. Этому способствовала форма подачи видеоматериалов – в максимально коротком по продолжительности фильме акценты делаются на принципиальных моментах, объясняются логические взаимосвязи, все это – с максимальным использованием наглядных пособий. В большинстве фильмов видеоряд дополнен слайдами, в которых зафиксированы принципиальные моменты. Студенты имеют возможность поставить фильм на паузу (при необходимости более детального изучения слайда) или вернуться в любой момент просмотра, в этом состоит преимущество фильма по сравнению с консультацией.

В дальнейшем планируется совершенствовать учебные фильмы и видео-уроки, дополнить их видео-роликами, особенно, если появится возможность использования новых наглядных пособий.

Сиротенко С.В., Белик И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ТОЛУОЛА И ВВЕДЕНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА

Надпочечные железы играют ключевую роль в организме человека, являясь основным элементом гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. Состояние этих желез, важно как эффекторного компонента стрессового ответа, позволяет оценить активность различных структурно-функциональных систем.

Цель данного исследования заключается в определении динамики изменений морфометрических показателей мозгового вещества надпочечников у половозрелых самцов крыс после 60-дневного воздействия толуола и тиотриазолина.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 60 белых крысах-самцах с массой 200-230 граммов. Первая группа состояла из интактных крыс. Вторая группа включала крыс, которым проводилось ингаляционное воздействие толуолом и внутрибрюшинное введение 2,5% раствора тиотриазолина в дозировке 117,4 мг/кг.

Длительное воздействие толуола с коррекцией тиотриазолином привело к уменьшению толщины мозгового вещества надпочечных желез на 16,2% на 1-е сутки после воздействия, на 11,7% на 7-е сутки, на 9,7% на 15-е сутки, на 2,8% на 30-е сутки и также на 2,8% на 60-е сутки. Воздействие толуола с тиотриазолином вызвало максимальные изменения в площади ядер хромаффинных клеток надпочечных желез в сравнении с контрольной группой на первые, седьмые и пятнадцатые сутки. Позднее, показатели начинают возвращаться к контрольным значениям.

Выводы. Воздействие толуола в сочетании с тиотриазолином вызывает заметные изменения в морфометрических характеристиках мозгового вещества надпочечников у крыс, чему свойственна определенная временная динамика. Тиотриазолин, вводимый в период действия толуола, сокращал степень уменьшения толщины мозгового вещества надпочечников, возникших под влиянием толуола. Тиотриазолин, вводимый в период действия толуола, нивелировал эффект уменьшения площади ядер хромаффинных клеток надпочечных желез.

Сиротина К.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Актуальность: Респираторная недостаточность представляет собой основную причину смертности среди новорожденных, что делает ее профилактику и терапию особенно важными в области неонатологии. Инвазивная вентиляция легких является эффективным способом борьбы с гипоксией, однако длительное применение искусственной вентиляции легких может привести к возникновению вентилятор-ассоциированной нозокомиальной пневмонии и нарушению эластичности легких, что, в свою очередь, способствует развитию бронхолегочной дисплазии. Постоянное положительное давление в дыхательных путях при спонтанном дыхании, обеспечиваемое через носовые канюли (СРАР), представляет собой форму неинвазивной вентиляции легких, которая приобретает растущую популярность в качестве метода респираторной поддержки новорожденных с различными заболеваниями. Методика была известна с середины 70-х годов, однако её более широкое использование началось лишь в последние десять лет. Это связано с увеличением случаев осложнений, возникающих при искусственной вентиляции легких, особенно у детей с экстремально низкой массой тела. Использование назального СРАР в определенных клинических ситуациях позволяет достигать респираторной стабилизации без необходимости инвазивной вентиляции.

Цель: Изучение методов и средств лечения респираторной недостаточности у новорожденных, а также оптимизация процесса респираторной поддержки и лечения дыхательных заболеваний у этой категории пациентов.

Методы и материалы: Произведен обзор литературных данных с целью сбора и систематизации наиболее актуальных сведений о респираторной терапии в неонатологии.

Результаты: На основании полученных данных можно утверждать, что респираторная терапия новорожденных позволяет улучшить прогноз заболевания, снизить риск развития осложнений и повысить эффективность лечебных мероприятий. Важно определить оптимальные методы вентиляции легких у новорожденных, выбрать наиболее эффективные препараты для лечения респираторных инфекций и гипоксии, а также разработать индивидуализированные планы реабилитации новорожденных с респираторной недостаточностью. Это, в свою очередь, способствует снижению смертности и улучшению качества жизни новорожденных.

Выводы: Респираторная терапия является эффективным методом лечения различных респираторных заболеваний у новорожденных, таких как респираторные дистресс-синдром и обструктивное апноэ. Применение специальных аппаратов для адаптированной респираторной поддержки у новорожденных позволяет улучшить качество жизни и прогноз заболевания. Необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого новорожденного при проведении респираторной терапии, чтобы подобрать оптимальный метод и режим лечения.

Сиротченко А.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ПОДРОСТКОВ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), вопросы диагностики, распространенности, патогенеза и прогнозирования ее развития, оценки влияния на эффективность лечения остаются весьма актуальными для врачей многих специальностей, в том числе и для ортодонтот. Подростковый возраст является основным временным моментом планирования и проведения ортодонтического лечения у большинства пациентов с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА). В то же время несостоятельность соединительной ткани и нарастание диспластических признаков в «критический» период физического развития подростка (11-14 лет), приводят к нарушениям на тканевом, органном и организменном уровнях, формируя предпосылки для морфофункциональных нарушений с прогрессирующим течением в старшем возрасте (Кочконян Т.Г., Доменюк Д.А., 2022).

Наиболее информативными фенами, влияющими на анатомические параметры челюстно-лицевого скелета, являются сужение размеров и изменение формы черепа, наличие зубочелюстных аномалий. Выявление этих признаков у подростков должно быть достаточным основанием для целенаправленного поиска других маркеров НДСТ. Конституционально-морфологические нарушения как проявления НДСТ обуславливают возникновение аномалий в развитии как мозгового, так и лицевого отделов черепа, формируют нарушения анатомо-топографических взаимоотношений зубов, зубных рядов, окклюзионных нарушений у подростков.

Целью исследования было выявление морфологических особенностей строения лицевого отдела черепа у подростков с проявлениями НДСТ.

Группу исследования составили 203 подростка с ЗЧА и иными фенами НДСТ (не менее 5). В рамках антропометрического краниологического метода нами проводилось измерение линейных и угловых размеров головы и лица с оценкой продольного и поперечного диаметра головы, морфологической высоты лица, скулового диаметра, лицевого индекса, лицевого угла и других показателей с помощью стандартных методик.

Анализ полученных результатов показал уменьшение головного указателя, что демонстрирует тенденция к долихоцефализации у подростков с НДСТ. Лицевой индекс и носовой указатель, напротив, значительно более выражены в сравнении с нормой, что доказывает тенденцию к уменьшению ширины лица и его вертикальных размеров. Лицевой угол соответствовал мезогнатическому (43,7%) и ортогнатическому (45,1%) типам. Морфометрические показатели лицевого скелета, зубов, зубных рядов и челюстей выявили недоразвитие челюстей, увеличенное сагитальное межрезцовое расстояние, которое обуславливает истинное прогнатическое соотношение челюстей, скученность и мезиальное положение зубов, сужение и деформации зубных рядов, что, в свою очередь, говорит о нарушении развития и строения челюстных костей. Наиболее значимыми нарушениями в зубочелюстной системе, обуславливающими патологию окклюзии у подростков с НДСТ были диастемы, наклон переднего участка окклюзионной плоскости по отношению к межзрачковой линии, смещение межрезцовых линий в верхней и нижней челюстях по отношению к срединной линии лица.

Отмеченные особенности строения лицевого скелета подростков с проявлениями НДСТ являются гипопластическими вариантами и свидетельствуют о преобладании процессов ретардации над процессами акселерации у данной группы пациентов, что необходимо учитывать при планировании сроков ортодонтического лечения.

Сиротченко Т.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В19 У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность. Парвовирусная инфекция В19 (ПВИ В19), несмотря на постоянно совершенствующиеся диагностические возможности, до сих пор является не только актуальной, но и не до конца изученной проблемой. Это происходит потому, что клинические проявления данного заболевания весьма разнообразны, что требует качественной и своевременной дифференциальной диагностики для того, чтобы избежать постановки ошибочного диагноза и выбора несоответствующего алгоритма лечения. Сложность также обусловлена отсутствием единой системы регистрации ПВИ В19.

При этом, по данным ВОЗ, с 2023 года наблюдается динамический рост заболеваемости парвовирусной инфекцией В19 в детской мировой популяции без соблюдения правил сезонности, что связано с глобальными изменениями климатических особенностей. Это требует повышения настороженности врачей амбулаторного звена в отношении данного заболевания.

Целью исследования был анализ клинических особенностей ПВИ В19 путем ретроспективного изучения историй болезни пациентов инфекционно-диагностического отделения ЛРДКБ г. Луганска за период с 2022 по 09.2024.

Были изучены истории болезни 42 пациентов с верифицированным диагнозом ПВИ В19. Возраст пациентов – от 5 до 15 лет, гендерных различий в течении заболевания не отмечалось. Основное количество заболевших регистрировалось в период июль- февраль.

Результаты исследования. По результатам ретроспективного анализа историй болезни выявлены ошибки при постановке первичного диагноза на амбулаторном этапе у 100% пациентов. Максимальное количество пациентов были госпитализированы с первичным диагнозом: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), сыпь аллергической природы (54,7%, n = 23), где основными триггерами выступали пищевые или лекарственные аллергены. Треть пациентов имели диагноз при поступлении ОРВИ, токсикодермия (n=14), у остальных пациентов ведущим диагнозом была ОРВИ в сочетании с острым бронхитом, реактивным артритом, острым фарингитом. Причиной госпитализации у большинства пациентов (88,0%) были явления интоксикации на фоне подъема температуры до фебрильных цифр и синдром экзантемы. Особенностью течения заболевания было достаточно раннее начало присоединения экзантемы, у половины пациентов (53,2%) высыпания появлялись уже на второй – третий день от начала заболевания, что несколько противоречит классической клинической картине ПВИ В19. Нужно отметить, что синдром экзантемы был представлен в основном высыпаниями, имитирующими острую крапивницу, только у 5 пациентов (11,9%) изначально определялся симптом «отхлёстанных щек», но у 60% пациентов врачи амбулаторного звена расценили его как признак атопии. Причиной постановки диагноза: ОРВИ, токсикодермия, был геморрагический петехиальный характер высыпаний, преобладавший в области нижних конечностей, в сочетании с распространенной пятнистой сыпью на остальных участках.

Еще одной причиной постановки неверного первичного диагноза мы считаем присутствие зуда как симптома, сопровождающего экзантему у большинства детей.

Диагностически значимым, по нашему мнению, является наличие в гемограмме стойкой лейкопении, лимфоцитоза.

Таким образом, парвовирусная инфекция В19 у детей имеет ряд симптомов – «масок», наличие которых затрудняет правильную постановку диагноза врачом первичного звена. Также является необходимым систематически повышать информированность врачей амбулаторной практики о клинических особенностях данного заболевания без строгой ориентации на особенности сезонности данной инфекции.

Сиротченко Т.А., Грабарь И.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ЗНАЧИМОСТЬ ДЕФИЦИТА ОСНОВНЫХ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Распространенность атопического дерматита (АД) у детей раннего возраста, значительно возросла за последнее десятилетие. Клинический дебют атопического дерматита чаще всего совпадает с началом формирования иммунологической толератности, а именно, со сроками начала введения прикорма в 4-6 месяцев согласно с Национальной программой оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019). В данный период еще более половины детей находятся на грудном вскармливании (51-53%), и врачи амбулаторного звена стандартно назначают матерям элиминационную диету. Важным является и то, что при наличииотягощенного семейного анамнеза в отношении аллергопатологии, большинство кормящих грудью женщин самостоятельно ограничивают набор потребляемых продуктов с момента рождения ребенка, руководствуясь собственными представлениями, советами близких, рекомендациями СМИ.

Целью нашего исследования было определение влияния ранней элиминационной диеты кормящих женщин на микроэлементный статус детей с дебютом АД в период формирования «окна возможностей».

Под наблюдением находилось 65 детей в возрасте 4-6 месяцев с начальными проявлениями АД, находящихся на грудном вскармливании на фоне элиминационной диеты матери (исключение из рациона коровьего молока, яиц, говядины, мяса кур, хлебобулочных изделий, красно-оранжевых овощей и фруктов и т.д.). Группой сравнения послужило 30 детей аналогичного возраста на грудном вскармливании с неотягощенным аллергоанамнезом, без проявлений АД, без применения элиминационной диеты кормящих матерей. Анализировали содержание эссенциальных макроэлементов (МЭ) в волосах с использованием методов атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной аргонной плазмой и масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргонной плазмой (лаборатория АНО «Центр биотической медицины», Москва). Содержание микроэлементов в волосах является отражением их уровня в организме на протяжении длительного периода (последние 2-3 месяца) времени.

Наиболее статистически значимым у детей с АД был дефицит цинка ($p < 0,001$). Цинк (Zn) – один из уникальных эссенциальных элементов, который конкурирует по своей значимости только с йодом, железом и магнием, 20% этого эссенциального МЭ содержится в коже. Оптимальным вариантом восполнения дефицита МЭ считают скорректированный рацион питания, что является достаточно проблематичным в данный возрастной период. Вторым по значимости, у детей с АД оказался дефицит меди и кальция (в равных пропорциях). Медь участвует в обмене липидов, входит в состав аминоксидазы соединительной ткани (лизилоксидазы), осуществляющей формирование поперечных сшивок коллагеновых и эластиновых волокон, а также активно участвует в иммунных процессах - при наличии воспаления активизирует антиоксидантные ферменты, которые защищают организм от образующегося избытка свободных радикалов. Кальций, в свою очередь, разносторонне влияет на состояние дермы и эпидермиса: при его недостатке замедляется синтез коллагена и кожа теряет упругость, дефицит кальция в организме приводит к нарушению тонуса капилляров, вследствие чего развиваются отеки, элемент регулирует образование кератиноцитов - клеток эпидермиса и, таким образом, отвечает за прочность кожи, а также МЭ участвует в выработке кожных липидов - при его нехватке защитный барьер разрушается, кожа быстро теряет влагу. В контрольной группе данные МЭ были либо в границах нормы, либо снижены незначительно.

Таким образом, у детей с ранним клиническим дебютом АД, находящихся на грудном вскармливании на фоне элиминационной диеты кормящей матери, выявляется значимый полидисэлементоз, коррекция которого возможна, в первую очередь, за счет коррекции рациона матери.

Сиротченко Т.А., Караманешта М.М.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА

К началу 2023 года общее число пациентов с сахарным диабетом (СД) в РФ составило 5 млн 168 тыс. человек, из них СД1 типа (инсулинзависимый) зарегистрирован у 335000 пациентов, СД 2 типа — у 4794000 пациентов, соответственно детей с СД выявлено 54809 человек, и у подавляющего большинства (95%) регистрируется СД 1 типа. Общая численность детей с СД 2 типа до 18 лет составила 697 человека. В Луганской Народной Республике количество детей, больных сахарным диабетом, постоянно растет, причем резкий прирост в последние три года наблюдается среди детей от семи месяцев до шести лет. В 2023 году в ЛНР количество случаев впервые выявленного сахарного диабета 1 типа (СД1) в когорте 5–9-летних детей практически совпало с количеством впервые выявленных случаев СД1 у подростков. На данный момент в ЛНР детей с СД 1 типа зарегистрировано 377 человек, 2 ребенка - с СД 2 типа.

СД 1 типа является многофакторным заболеванием, однако конкретные механизмы взаимодействия генетической предрасположенности, факторов окружающей среды, состояния иммунной системы, лежащие в основе СД 1, остаются неясными. Формирование СД 2 типа является результатом сочетания генетических факторов, факторов окружающей среды и индивидуальных особенностей обмена веществ. Так же, как у взрослых, рост заболеваемости СД 2 у детей ассоциирован с увеличением распространенности избыточного веса и ожирения. Но нельзя сбрасывать со счетов такие факторы как неправильное и нерациональное питание, малоподвижный образ жизни, отягощенный семейный анамнез, хронические заболевания, повышение уровня стресса, перенесенный COVID-19.

Основными клиническими признаками СД 1 типа остаются полиурия, полидипсия, потеря массы тела, повышение аппетита, длительное заживление ран, снижение тургора кожи, у девочек - вульвовагиниты (могут отсутствовать на доклинической стадии). Скорость прогрессирования от первых клинических проявлений до развития диабетического кетоацидоза различается у разных пациентов, от нескольких дней у детей первых лет жизни до нескольких месяцев у подростков. Детское ожирение — фактор риска развития диабета уже не только СД 2 типа, но и ускоряющий фактор развития СД 1 типа у детей, т. е. более ранняя манифестация. Из-за бессимптомного или малосимптомного течения заболевание не диагностировано примерно у такого же количества детей, какое официально зарегистрировано в Федеральном реестре СД.

СД 2 типа возникает у подростков, имеющих избыток массы тела или ту или иную степень ожирения, вплоть до морбидного, апное во сне. Возраст диагностики в большинстве случаев приходится на середину пубертатного периода (в среднем 13-14 лет) – стадия 3 и выше по Таннеру. Девочки болеют почти в 2 раза чаще, чем мальчики (1,7:1). Общим доминирующим признаком является инсулинорезистентность. СД 2 типа у подростков ассоциирован с другими симптомами «метаболического синдрома»: абдоминальным ожирением, артериальной гипертензией, дислипидемией, микроальбуминурией, acanthosis nigricans, неалкогольной жировой болезнью печени. Но на современном этапе до 20 % подростков с СД 2 типа имеют полиурию, полидипсию и потерю веса, 25 % девочек с СД 2 типа главной жалобой в дебюте имеют влагалищную инфекцию. Часть подростков с СД 2 типа в дебюте или в течение заболевания развивают кетоз или диабетический кетоацидоз (ДКА), механизм которого не до конца ясен. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожных покровов и слизистых, рвота, нарушение сознания вплоть до коматозного состояния.

Несмотря на сложность постановки первичного диагноза СД врач амбулаторного звена должен ориентироваться в особенностях течения данного заболевания. Своевременно установленный диагноз СД у ребенка предотвращает активное прогрессирование диабетического процесса, тяжелый исход болезни, а также даёт возможность назначения адекватного лечения на каждом этапе заболевания, предотвращая или удлиняя сроки развития тяжелых осложнений болезни и определяя дальнейший характер «жизни с диабетом».

Сиротченко Т.А., Решетило Н.В., Чумакова А.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ГБУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА БЕРЕМЕННЫХ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТОПАТИИ ПЛОДА

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, которая впервые выявляется в период беременности, в основном в ее втором триместре, без медицинских сведений о наличии сахарного диабета в анамнезе. Данное заболевание не в полной мере соответствует классическим клиническим критериям сахарного диабета, в 50–60 % случаев диагноз «гестационный диабет» врачи диагностируют с опозданием, и с каждым годом число беременных с данным осложнением беременности неуклонно растет и составляет соответственно 2.04-8.10%. Настороженность в отношении гестационного диабета в том, что даже при относительно бессимптомном течении увеличивается частота нежелательных исходов беременности, как для будущей матери, так и для плода, являясь фактором риска развития ожирения, сахарного диабета 1 и 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний у ребенка в будущем. У 20–50 % женщин, перенесших гестационный диабет, он неизбежно возникает при последующей беременности, а у 25–75 % через 10–15 лет после родов развивается манифестный сахарный диабет.

ГСД, как известно, зависит от целого ряда триггеров, сочетание которых может привести гипергликемии. К наиболее распространенным относят: ГСД при предыдущих беременностях; семейную предрасположенность; избыточную массу тела или ожирение; малоподвижный образ жизни; рождение ребенка весом более 4 кг во время предыдущих родов; возраст старше 35 лет; артериальную гипертензию и ряд других. Настороженность в отношении развития ГСД должна быть не только у акушерской службы, но и у педиатров первичного звена, которые должны внимательно изучать данные, характеризующие течение беременности и родов.

Целью нашего исследования было изучение значимых факторов риска развития ГСД у женщин, дети которых в периоде новорожденности оказались на лечении в ОРИТ.

Под наблюдением было 67 женщин с впервые выявленным ГСД (1 беременность, 1 роды) в возрасте 21-30 лет, родоразрешенные в период 2021-2023гг в условия перинатального центра ЛРКБ г.Луганска.. Планируемая беременность была только у 23,4 % женщин. Оценку факторов риска развития ГСД проводили путем анализа историй беременности, также оценивали уровень предгестационного ожирения (индекс массы тела (ИМТ) на начало I триместра беременности, кг/м²). Обработку данных производили стандартными статистическими методами.

По данным нашего исследования 46,5% женщин на начало I триместра беременности имели избыточную массу тела, а 24,3% - ожирение 1-2 степени. значимым фактором явилось то, что практически все беременные (86,9%) имели выраженные пищевые приоритеты в период беременности (избыточное потребление сладостей, выпечки, макаронных изделий, газированных сладких напитков). Прирост массы тела в течение беременности в 1,2-1,5 раза превышал стандартные показатели. Рекомендации врача относительно коррекции диеты не выполняли в полном объеме 24,5% беременных, а полностью игнорировали – 15,9%. Инсулинотерапия была своевременно рекомендована только 28,9% женщин. Необходимо отметить, что у каждой четвертой женщины регистрировалась угроза прерывания беременности (УПБ) в I триместре, у 20,1% данная угроза сохранялась и в III триместре беременности. Более трети женщин с УПБ получали препараты прогестерона в течение 12-16 недель. Многоводие регистрировалось у каждой третьей беременной женщины. Довольно распространенным осложнением беременности также была преэклампсия (34,2%). Роды у большинства беременных проводили путем кесарева сечения (80,2%) в связи с макросомией плода. По данным семейного анамнеза у 37,1% беременных были родственники с сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Таким образом, данная проблема является крайне актуальной и требует дальнейшего изучения для возможности ранней коррекции (диета, инсулинотерапия) нарушений течения беременности.

Скиба Т.А., Ярцева С.В., Победенная Г.П.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Метаболические нарушения при бронхиальной астме (БА) играют важную роль в формировании ремоделирования трахеобронхиального дерева и деструктивных изменениях во внутренних органах на фоне гипоксии. Такие изменения, наряду с возможными негативными последствиями проводимой терапии на состояние поджелудочной железы, могут обусловить сочетание БА с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Метаболические изменения при сочетании БА и СД 2-го типа нуждаются в изучении для своевременной коррекции.

Цель работы - изучить в крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха у больных БА, сочетанной с СД 2-го типа, показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, и в крови этих больных – суммарных метаболитов оксида азота.

Материалы и методы. Наблюдали 215 пациентов с персистирующей БА средней степени тяжести со среднетяжелым обострением в возрасте ($38,6 \pm 2,4$) лет, в т.ч. женщин было 127 (59,1%). мужчин – 88 (40,9%). Среди обследованных больных с БА было 64 - I группа, лиц с БА, сочетанной с СД 2 го типа, – 151 (II группа). У обследованных изучали систему перекисного окисления липидов (ПОЛ) – антиоксидантной защиты (АОЗ) по показателям в сыворотке крови: малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК), активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), количество суммарных метаболитов оксида азота (NOx). В конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) определяли общие оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность.

Результаты. У пациентов II группы выявлено повышение в крови концентрации продуктов ПОЛ: МДА в 2,6 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой и в 1,3 раза ($p < 0,05$) – по сравнению с показателем у больных I группы, ДК соответственно в 2,0 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой и в 1,2 раза ($p < 0,05$) – по сравнению с I группой. Активность ферментов АОЗ каталазы и СОД у больных II группы выявилась ниже, чем у пациентов I группы. В КВВВ пациентов II группы отмечено значительное повышение ООА и снижение ОАА. Концентрация NOx в сыворотке крови пациентов II группы была выше, чем в контрольной группе, в 1,6 раза ($p < 0,05$), но ниже, чем у больных I группы в 1,4 раза ($p < 0,05$). Направленность выявленных корреляционных связей между продуктами ПОЛ в сыворотке крови и КВВВ подтверждали системный характер метаболических изменений в организме пациентов с БА, а их сила у больных II группы в сравнении с I группой – негативное влияние коморбидного СД 2-го типа на более значительную выраженность этих метаболических изменений.

Выводы. Полученные изменения состояния ПОЛ и АОЗ в крови и КВВВ больных с БА, сочетанной с СД 2-го типа, а также суммарных метаболитов оксида азота могут быть охарактеризованы как системный метаболический стресс, обе составляющие которого: оксидативный и нитрозивный стрессы поддерживаются недостаточностью стресс-ограничивающих механизмов – низкой активностью ферментов АОЗ и возможным истощением продукции оксида азота, что должно найти отражение в средствах коррекции метаболических нарушений у больных с указанной коморбидностью.

Славуца О. А

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение. Актуальная настоящему времени военно-политическая ситуация на Донбассе подразумевает наличие дополнительных стрессовых факторов, непосредственно связанных с ведением боевых действий, предположительно усугубляющих воздействие повседневных стрессоров, к которым можно отнести совмещение учебы в медицинском университете с трудовой деятельностью, наряду с переходом к очной форме обучения после длительного периода применения дистанционных технологий. Для оценки влияния комбинированного стресса можно рассматривать такую психологическую характеристику, как нервно-психическое напряжение (НПН), возникающее в тяжёлых, непривычных условиях и сопровождающееся переживанием дискомфорта, чувством тревоги.

Цель работы. Изучение уровня нервно-психического напряжения студентов старших курсов медицинского университета в зависимости от трудоустройства помимо учебной деятельности.

Материалы и методы. Исследование особенностей психологического состояния студентов проводилось на базе Донецкого государственного медицинского университета. В нем приняли участие 39 студентов 4 и 5 курсов медицинских, педиатрического и стоматологического факультетов, среди которых 7 человек мужского пола (18%) и 32 человека женского пола (82%) в возрасте от 18 до 24 лет. В зависимости от наличия или отсутствия работы, помимо учебной деятельности, были сформированы группы исследования: I группа (не работают) – 29 человек (74%), II группа (работают) – 10 человек (26%). Все респонденты второй группы работают средним медицинским персоналом в лечебных учреждениях Донецкой Народной Республики. В исследовании применялись психодиагностический метод и метод математической обработки результатов.

Для определения уровня нервно-психического напряжения была использована методика «Оценканервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин, 1981). Социально-демографические характеристики изучались при помощи специально разработанного для целей исследования анкетного комплекса. Из общего числа студентов 22 человека отметили, что не получили какого-либо ущерба в результате боевых действий, 7 человек сообщили о повреждении жилья, 2 человека пережили гибель/ранение близкого человека, 2 человека непосредственно принимали участие в боевых действиях. Математическая обработка проводилась при помощи пакета статистического анализа «MedStat». Для сравнения двух независимых выборок использовали непараметрический критерий Манна-Уитни ($p \leq 0.01$).

Результаты и обсуждение. При анализе результатов исследования уровня было установлено, что общий уровень НПН по всей выборке составляет 40,9 балла, что соответствует первой степени нервно-психического напряжения. Уровень нервно-психического напряжения в I группе составил 40,8 балла, во II группе – 41,2 балла. Не было выявлено статистически достоверных различий между выделенными группами ($U_{кр} < U_{эмп}$), в том числе с учетом социально-демографических условий и наличия дополнительных стрессоров, связанных с боевыми действиями.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у работающих в лечебных учреждениях студентов и обучающихся без трудоустройства отмечается первая степень НПН без существенных статистических различий. Первая степень НПН характеризуется слабым нервно-психическим напряжением и определяется ощущением психического комфорта, устойчивой сохранностью характеристик психической деятельности, однако меньшей устойчивостью характеристик соматического состояния. Определение уровня НПН, разработка и внедрение современных методов лечения и профилактики данных состояний являются одним из направлений научно-практической деятельности лаборатории психического здоровья Донецкого государственного медицинского университета имени М. Горького.

Смирнова А.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОДНОСТОРОННИЙ ЭКЗОФТАЛЬМ

Взаимоотношения орбиты с окружающими, её анатомо-топографические особенности, отсутствие клапанов в венах орбиты, прямая связь артериальной системы орбиты с наружной и внутренней сонными артериями, замкнутость орбитальной полости объясняет частое появление экзофтальма при различных патологических процессах. Для дифференциальной диагностики одностороннего экзофтальма необходимо определить: истинный экзофтальм или ложный, генез локализацию процесса. Ложный экзофтальм чаще всего встречается у лиц врожденной асимметрией лицевого скелета и становится особенно заметен к 40-45 годам. Вторая причина- это монокулярная миопия от 4,0Д и выше, за счет удлинения переднезадней оси глаза. Третья причина- тиреотоксическая ретинопатия верхнего века, за счет расширения глазной щели симулируется картина ложного экзофтальма. Ложный экзофтальм не подлежит ни лечению ни динамическому наблюдению, ни обследованию.

Причины истинного одностороннего экзофтальма являются: опухоли орбиты, эндокринные расстройства, сосудистые заболевания, врожденные новообразования, острые воспалительные заболевания, хронические гранулематозные и не гранулематозные воспаления, паразитарные кисты, травматические поражения орбиты, врожденные пороки, грыжевые поражения орбиты, кистозные растяжения околоносовых пазух.

Истинный экзофтальм может быть: стационарным, перемежающимся, пульсирующим. Как правило экзофтальм возникает при опухолях орбиты. Все опухоли могут быть: инкапсулированными и инфильтративно-растущими. Клиническая картина при этом разная. Наиболее труден для диагностики осевой стационарный экзофтальм. Опухоль локализуется у вершины орбиты, нарушаются зрачковые реакции, может быть ЗДЗН с длительным сохранением зрения, либо первичная атрофия ЗН, изменение рефракции в сторону её ослабления. Перемежающийся экзофтальм возникает при варикозном расширении вен орбиты. Заболевание врожденное, может возникать с первым криком ребенка, иногда появляется на 2-3м десятилетия жизни, все зависит от плотности венозных стенок орбиты. В состоянии покоя, в горизонтальном положении экзофтальма нет. Он появляется при резком наклоне книзу, повышение внутриорбитального давления. Причина пульсирующего экзофтальма сосудистая патология в орбите и парорбитальная патология. Чаще всего каротидно-кавернозное соустье, при котором увеличивается верхняя глазничная вена за счет заброса в нее артериальной крови из каротидного синуса и вена, начинает пульсировать. При сосудистой патологии пульсация всегда синхронная пульсацией сонной или лучевой артерии. Пальпируют и придавливают сонную артерию, шум исчезает, отпускают- шум возобновляется. Офтальмолог направляет больного к хирургу, хирургу необходимо сделать ангиографию.

Таким образом наша задача как офтальмолога при одностороннем экзофтальме: установить причину, определить локализацию процесса, решить что делать с этим больным.

Смирнова А.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

Поражение глаз наиболее часто наблюдаются при ларвальных гельминтозах (токсокароз, дифиляриоз). Дирофиляриозы тканевые зоонозные гельминтозы, которые характеризуются трансмиссивной передачей, медленным развитием, длительным течением и очаговым распространением. Наблюдение последних лет свидетельствует о тенденции роста, заболеваемости и расширения территории. У человека чаще всего паразитирует *Dirofilaria repens*. Человек для него является случайным хозяином, поскольку в организме его обычно не происходит дозревания нематоды до половозрелой стадии, этот гельминт характеризуется медленным развитием и длительным хроническим течением. Заражается человек трансмиссивным путем через укусы кровососущих насекомых, источником заражения которых являются собаки, кошки, реже лисицы. Истинная заболеваемость людей не известна, так как регистрируются только те случаи, которые подтверждены изъятием гельминта. Почти 50% всех зарегистрированных случаев заболевания приходится на дирофиляриоз органа зрения. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте от 3 до 75 лет. Среди инвазированных, преобладали лица женского пола (74,6%) из всех 56 больных дирофиляриоз локализовался: в веках (30 больных 54%), конъюнктиве (16 больных 28%), склере (4 больных 6%), передней камере глаза (2 больных 4%), глазница (4 больных 8%). Жалобы больных на появление безболезненной или болезненной «опухоли» в подкожном или подслизистом слое век, сопровождается локальным жжением, зудом, гиперемией. Характерным симптомом является подвижность опухоли, может мигрировать на расстоянии до нескольких сантиметров. Иногда это подвижность сопровождается головной болью, тошнотой, слабостью, боли в месте локализации и при передвижении гельминта, с иррадиацией по ходу нервных стволов, чаще в области виска, уха. При обнаружении гельминта его сразу надо изъять. Учитывая, что в организме человека дирофилярии не достигают половой зрелости, специального лечения не требуется. Хирургическое удаление гельминта можно считать радикальным методом лечения.

Паразиты типа токсокароз- нематоды (круглые черви). Их основные хозяева собаки и кошки. Яйцо может попасть в организм человека с частицами земли на плохо вымытых овощах или после контакта с заразным животным. В кишечнике личинка начинает передвижение по организму промежуточного хозяина. Пройдя слизистую стенку кишечника личинка попадает в кровеносное русло, затем в левый желудочек сердца, а оттуда в капилляры и ткани, может осесть на многие месяцы и даже годы. Наш иммунитет способен бороться с паразитами. Основную роль играет клетка иммунной системы эозинофил. Глазным токсокарозом чаще болеют дети и подростки, чем взрослые. Обычно одна личинка находится в одном глазу. Оба глаза поражаются редко. Основное медикаментозное лечение кортикостероиды, глистные с-ва, лазерная фотокоагуляция при нахождении личинки в глазном яблоке.

Т.о. для улучшения диагностики паразитарных заболеваний глаз, связанных с гельминтозами, необходимо уделять большое внимание жалобам и анамнезу. Неспецифичность клинических симптомов и трудность диагностики диктует необходимость тщательного обследования, применение биомикроскопии, ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии.

Смирнова А.Ф., Антоненко А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Цель: Изучение изменений со стороны органа зрения при наиболее часто встречающихся врожденных заболеваниях черепа и головного мозга у детей.

В группе пациентов с микроцефалией дети были в возрасте от 3 до 12 месяцев. У всех детей в обоих глазах на глазном дне обнаружены хориоретинальные очаги больших размеров, поэтому они и их матери были обследованы на токсоплазмоз. Однако лишь у двух детей уровень специфических иммуноглобулинов М и G к токсоплазмозу был положительный. У 8 детей констатирована первичная атрофия зрительных нервов различной степени выраженности. Кроме того, у всех детей с микроцефалией имелись психо- неврологические нарушения.

Возраст детей краниостенозом варьировал от 9 месяцев до 13 лет. Постоянным офтальмологическим симптомом при данной патологии являлся экзофтальм различной степени выраженности, связанный с уменьшением объема орбит и в меньшей степени – с венозным застоем в глазнице. Резко выраженный экзофтальм приводил к ограничению подвижности глазных яблок, преимущественно в горизонтальном направлении и кверху. При этом сочетающееся с экзофтальмом косоглазие было обусловлено смещением горизонтальной оси глазных яблок книзу и наружу. У 9 детей на глазном дне были обнаружены застойные соски зрительных нервов на фоне высокого внутричерепного давления. Следует отметить, что в большинстве случаев дети впервые были обследованы в поздней стадии заболевания, когда застойные явления на глазном дне завершились вторичной атрофией зрительного нерва. У этих пациентов было обнаружено концентрическое сужение поля зрения, слепота на один глаз в сочетании с резким снижением зрения на другом глазу (крайне редко острота зрения достигала 0,5- 0,6). Обнаружение на глазном дне первичной атрофии зрительных нервов или застойных сосков зрительных нервов являлось показанием к консультации нейрохирурга, в ряде случаев – с последующим оперативным лечением для сохранения нередко уже остаточных зрительных функций.

С врожденной гидроцефалией пациенты были в возрасте 5 месяцев до 5 лет. Для детей с гидроцефалией было характерно изменение глазниц из-за смещения верхней стенки книзу в сочетании с экзофтальмом широко расставленными глазами. При этом взгляд ребенка вследствие особенностей строения глазницы был направлен вниз, верхнее веко не прикрывало всей склеры, в то время как нижнее зарывало 2/3 площади роговицы. На глазном дне у 10 из 20 детей с врожденной гидроцефалией были обнаружены застойные соски зрительных нервов, у 6 атрофия зрительных нервов.

Выводы: При врожденных уродствах и пороках развития черепа и головного мозга у детей всегда наблюдаются офтальмологические нарушения, знание которых позволяет правильно выставить диагноз, определить показания к нейрохирургическому вмешательству и сохранить зрение ребенку.

*Смирнова В.В., Рой К.В., Далбуз А.В., Андропова И.А.,
Билошанка В.А., Вечеровский В.А.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФЛУКТУАЦИОННОГО АНАЛИЗА И ИНТЕГРАЛЬНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ И МЭС ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Актуальность. Сегодня персонализированную медицину определяют как интегральную область здравоохранения, основанную на индивидуальном подходе (для каждого пациента) к анализу возникновения и течения заболевания, как объединение диагностики с лечением и собственно мониторинг терапии.

Цель: определение эффективности коэффициента флуктуационный анализа относительно тренда (DFA), коэффициента нейросетевого анализа (КНА) и интегрального количественного коэффициента $((d + q + b1)/(a + b2) - KFC1)$ ЭЭГ для персонализированной оценки функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ).

Материалы и методы. Исследовали 37 пациентов в возрасте от 21-го года до 72-х лет с диагнозом «тяжелая ЧМТ». Оценивали глубину коматозного состояния пациентов по шкале ком Глазго (ШКГ). ЭЭГ-исследования (компьютерный цифровой энцефалограф NINON KONDEN EEG-1200) проводили ежедневно. Изучали показатели вариабельности ритма сердца (BPC) (Ютас ЮМ 200).

Результаты. Исследуемые пациенты по исходу ретроспективно были разделены на 2 подгруппы, сопоставимые по полу и возрасту: 1-я (28 пациентов, 75,7% (60,8%-87,9%) – «выжившие», переведенные из отделения реанимации, 2-я (9 больных, 24,3% (12,1%-39,2%)) – «умершие» в сроке до 10-и суток после ЧМТ.

С помощью медицинской экспертной системы (МЭС), включающей данные ШКГ, кЭЭГ и BPC, рассчитывали DFA- коэффициент (усредненно и по фронтальным, темпоральным, центральным и окципитальным ЭЭГ-отведениям), коэффициент нейросетевого анализа (КНА) и KFC1 $((d + q + b1)/(a + b2)$ справа (R) и слева (L)) по данным абсолютной спектральной мощности в различных ЭЭГ диапазонах.

При первом обследовании уровни DFA- коэффициента усредненного (DFA_{ср}) не имели значимых различий (W-критерий Вилкоксона (W-W)=0,451, критерий Вилкоксона-Уитни-Манна (кВУМ)=0,6) в 1-й и 2-й подгруппах (ПГ): Me±ДИ95%=1,035(0,98-1,17) и Me±ДИ95%=1,125 (1,09-1,28), соответственно. Максимально рост (W-W и кВУМ p<0,05) DFA в 1-й ПГ был зафиксирован в лобных (Fp1, Fp2) и окципитальных (O1, O2) отведениях, на 20% и более. Максимальное увеличение (W-W и кВУМ p<0,001) DFA-коэффициента во 2-й ПГ было отмечено в отведениях: темпоральных (T3, T4) – более, чем на 35-38% - и фронтальных (Fp1, Fp2) - более, чем на 26-35%.

Исходные параметры на первом этапе исследования (первые сутки интенсивной терапии) во 2-й ПГ ИК 1 (Me±ДИ95%=15 (9,4-21,9) слева, 13 (10,5-18,5) справа) значимо превышали показатели в 1-й ПГ (ИК 1 =7,6 (7-10,9) слева, 7,1 (7,9-15,3) справа).

При первом обследовании у пациентов 1-й ПГ уровень КНА не превышал уровня 3,7 (Me ± 95%ДИ = 2,93 (1,1-3,7)), т.е. прогнозировал инвалидизацию больных. У пациентов 2-й ПГ он составил Me ± 95%ДИ = 1,1 (0,9-2,0), что мы расценивали как высокий уровень вероятности летального исхода или формирования вегетативного состояния.

На первые сутки интенсивной терапии (ИТ) выявлены сильные прямые корреляционные связи (КС) (коэффициент Пирсона, показатель ранговой корреляции Спирмена) между дан-

ными показателями в подгруппе «выживших» и падение КС до слабых (прямых или обратных) в подгруппе «умерших».

Выводы. DFA_{ср}, КНА и KFC1 можно использовать для оценки эффективности интенсивной терапии ЧМТ. Сильные прямые КС между данными показателями, вероятно, являются предиктором эффективной ИТ и признаком благоприятного прогноза. Постепенное увеличение DFA до значений не более 1,4 является признаком эффективности терапии. Резкий рост DFA, максимально в темпоральных отделах коры, до значений более 1,5 уже на 2-е сутки – предикторы неблагоприятного течения ЧМТ и неэффективной терапии. Исследование продолжается.

Смирнова К.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВНЕЗАПНО И ГРОЗНО: ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ

Злокачественная гипертермия (ЗГ) - наследственное заболевание, передающееся по аутосомно-доминантному типу. Средняя частота встречаемости составляет 1 случай на 60 000 общих анестезий с использованием Сукцинилхолина и 1 : 200 000 без его использования. Признаки ЗГ могут возникать как во время анестезии с использованием триггерных агентов, так и через несколько часов после ее окончания (провоцируется ингаляционными анестетиками и Сукцинилхолином). У любого пациента может развиться ЗГ, даже если предыдущая общая анестезия протекала без осложнений. Это обстоятельство вынуждает специалистов врачей-анестезиологов-реаниматологов искать новые пути лечения, а, главное, предупреждения этого грозного состояния, могущего повлечь за собой летальный исход в 60-80% случаев.

Цели: изучение свойств средств, применяемых для ингаляционной анестезии и злокачественной гипертермии, как тяжелого осложнения при применении ингаляционных анестетиков; способов ее диагностики и лечения.

Материалы и методы: изучены литературные источники отечественных и зарубежных авторов, Клинические протоколы по специальности «Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия», рекомендованные и утвержденные МЗ России. Выводы сделаны самостоятельно.

Результаты и обсуждение. Установлено, что наиболее распространенными препаратами для ингаляционной анестезии, в настоящее время, являются следующие препараты: Галотан, Изофлюран, Десфлюран, Севофлюран, закись азота (чаще, как газ-носитель). Из этого ряда препаратами, отвечающими требованиям «идеальный ингаляционный анестетик» по критериям – достаточная сила, низкая растворимость в крови и тканях, устойчивость к деградации и отсутствие повреждающего действия на органы и ткани, отсутствие предрасположенности к судорогам, отсутствие раздражение дыхательных путей, отсутствие повреждающего действия на сердечно-сосудистую систему, считаются препараты Изофлюран и Севофлюран. Однако, именно они, по данным литературных источников, являются триггерами для развития ЗГ самостоятельно, либо в сочетании с Сукцинилхолином. Это же свойство присуще и Галотану, однако, из-за его гепатотоксических, кардиотоксических и прочих нежелательных эффектов, он почти не употребляется в РФ. Учитывая внезапность и агрессивность развития ЗГ, врач должен иметь четкое представление о тактике лечения и диагностики. Из открытых источников литературы выяснено, что единственным специфическим препаратом для лечения ЗГ является препарат Дантролен (2,5 мг/кг массы тела). Наряду с Клиническими Протоколами лечения ЗГ, рекомендованными МЗ РФ, Ионов С.Н., Долбня А.А., и соавт. (2022 г.) считают целесообразным применение Бикарбоната 1-2 мэкв/кг в/в на этапе коррекции метаболического ацидоза. Это является принципиальным отличием их собственной тактики лечения ЗГ. Определено, так же, что кофеин-галотановый контрактильный тест – золотой стандарт диагностики предрасположенности к ЗГ (Заболоцких И.Б. и др., 2019). В случае положительного результата теста, пациенту необходимо проведение анестезии по особому протоколу; при этом установлено, что профилактическое применение Дантролена перед анестезией не имеет клинического эффекта.

Выводы: наиболее редкое и тяжелое осложнение анестезии – злокачественная гипертермия должно подразумеваться при каждом проведении анестезии в силу непредсказуемости. При диагностике, лечении и профилактике следует пользоваться Клиническими Протоколами, рекомендованными МЗ России, и модифицированными методиками Ионова С.Н., Долбни А.А., и др., 2022 г.

Смирнова П.Н., Колесников А.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АУТОФАГИЯ И ГИБЕЛЬ КЛЕТОК: ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сепсис – это тяжелое и опасное для жизни состояние, вызванное системной воспалительной реакцией в ответ на инфекцию. Каскады воспалительных процессов и чрезмерно активированные или подавленные иммунные реакции способствуют развитию тяжелой органной дисфункции и как следствие – смерти. Одним из способов борьбы организма с развившимся состоянием является аутофагия.

Аутофагия – клеточный процесс, при котором сама клетка перерабатывает собственные компоненты, белки и органеллы. Деградации и переработке подвергаются поврежденные органеллы, неправильно свернутые белки и прочий «клеточный мусор». В первую очередь аутофагия является защитной реакцией клеток на стрессовый фактор, в частности на воспаление.

Аутофагия может быть селективной, то есть направленной на переработку конкретных компонентов клетки, и неселективной.

Основными мишенями селективной аутофагии являются митохондрии, которые повреждаются при септическом процессе. Благодаря этому, предотвращается накопление поврежденных и нефункционирующих органелл, а также происходит синтез макромолекул, которые повторно могут использоваться клеткой в качестве энергетического субстрата (аминокислоты, жирные кислоты, сахара). Все эти вещества могут запасаться в везикулах, а элементы митохондрий – в митовезикулах. При массивном повреждении митохондрий из этих везикул по системе туннельных нанотрубок поступают целые компоненты органеллы, тем самым восстанавливая поврежденные.

Кроме аутофагической гибели клеток можно выделить следующие: апоптоз, который является запрограммированной гибелью клеток, некроз, являющийся непрограммируемым, и другие (некроптоз, ферроптоз, пироптоз). При развитии сепсиса усиливаются и данные процессы. Из погибающих клеток высвобождаются различные медиаторы воспаления, синтезируются провоспалительные цитокины, DAMPs и проч. В ответ на это усиливаются процессы аутофагии, тем самым сохраняя как можно большее количество клеток и клеточных элементов и снижая степень повреждения тканей.

Однако процесс аутофагии несовершенен и требует соблюдения баланса. Отклонение в сторону избытка или недостатка может усугубить воспалительный процесс, повреждение тканей, провоцируя быстрое прогрессирование органной недостаточности при сепсисе. В связи с этим механизм уравнивания между физиологической и патологической аутофагической гибелью клеток является одним из ключевых вопросов исследований.

Таким образом, процесс аутофагии является важным и во многом определяющим компонентом в течении воспалительных реакций, в том числе таких как сепсис. Аутофагическая гибель клеток способна модулировать воспаление, повышая выживаемость клеток, а, следовательно, менять исход заболевания. В настоящее время изучаются механизмы регуляции данного процесса медикаментозно, однако как соблюсти золотую середину, не навредив, еще предстоит выяснить.

Совпель О.В., Шумило И.О., Малик А.В.

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, Донецк

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЁМ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО СВАРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ

Аннотация. В статье рассмотрены результаты исследования эффективности использования высокочастотного электрохирургического сварного соединения тканей при лечении рака вульвы. Цель исследования заключалась в выявлении и анализе ранних и поздних хирургических осложнений у пациентов после применения данного метода. Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных архивного материала 117 пациентов Республиканского онкологического центра им. Г.В. Бондаря за период с 2002 по 2019 гг. Пациенты были разделены на две группы: первая группа включала пациентов с первичным раком вульвы, вторая группа – пациентов с раком вульвы, ассоциированным со склерозирующим лихеном. Каждая группа была дополнительно разделена на подгруппы в зависимости от применяемого метода хирургического лечения: традиционный хирургический шов (ТХШ) и высокочастотное электрохирургическое сварное соединение тканей (ВЭСТ). Результаты. Анализ данных показал, что использование ВЭСТ значительно сокращает продолжительность операции, снижает объем кровопотери и уменьшает частоту послеоперационных осложнений, что подтверждает высокую эффективность данного метода в современной хирургической практике.

Согачева А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА КОЖУ: ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Актуальность исследования. Кожа является одним из самых важных органов человека, выполняя защитные функции и обеспечивая барьер между организмом и окружающей средой. Основным механизмом защиты человеческого организма от солнца является выработка меланина, который накапливается в клетке-мишени, между ядром и поверхностью, обращенной к свету, защищая ДНК от повреждения светом. Одним из факторов, оказывающих значительное влияние на состояние кожи, является ультрафиолетовое излучение. Несмотря на положительное воздействие, например, синтез витамина D, длительное и неконтролируемое воздействие УФ-лучей может привести к повреждению клеток кожи и её преждевременному старению, известному как фотостарение, а также и иммуносупрессии, которые связаны с повышенным риском прогрессирования канцерогенеза и развития рака кожи.

Цель исследования. Оценить влияние ультрафиолетового излучения на кожу и определить меры профилактики негативного воздействия

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные изучению влияния ультрафиолетового излучения на кожу человека и методики снижения его негативного действия.

Результаты и обсуждения. Ультрафиолетовое излучение делится на три типа: UV-A (длинноволновые лучи), UV-B (средневолновые лучи) и UV-C (коротковолновые лучи), в зависимости от длины волны. Наиболее опасным для кожи является UV-A излучение, которое проникает в глубокие слои кожи и вызывает фотостарение. Одежда и стекло не препятствуют его негативному действию на человека, что увеличивает риск повреждения кожи даже в закрытых помещениях. Исследования показали, что UV-A излучение проникает глубже в кожу, достигая дермы, и вызывает разрушение коллагеновых и эластиновых волокон. Это приводит к потере эластичности кожи и образованию глубоких морщин. UV-B излучение, с более короткими волнами, в основном повреждает эпидермис и является причиной солнечных ожогов. Также ультрафиолетовое излучение вызывает мутации в клетках кожи, что может привести к развитию неопластических процессов, а также ускоряет процессы старения кожи. В ходе процесса фотостарения происходит не только существенное изменение состава внеклеточных матриц, но и существенное нарушение функционирования иммунной системы за счет подавления реакции и индукции состояния иммунотолерантности. Эти расстройства могут вызывать развитие предраковых состояний и рака кожи, которые являются обычным явлением у людей, чрезмерно и хронически подвергающихся воздействию ультрафиолетового излучения. Соблюдение мер профилактики, таких как использование солнцезащитных средств, ношение защитной одежды и избегание посещения соляриев, позволяет значительно снизить риск развития кожных заболеваний. Включение антиоксидантов, таких как витамин С и витамин Е, в составе косметических средств помогает уменьшить повреждение кожи, вызванное ультрафиолетовым излучением. Антиоксиданты нейтрализуют свободные радикалы, которые образуются в результате воздействия солнечных лучей и приводят к окислительному стрессу в клетках кожи.

Выводы. Ультрафиолетовое излучение оказывает значительное негативное влияние на кожу, вызывая фотостарение, мутации клеток и повышает риск развития рака кожи. Важно осознавать, что UV-A лучи проникают в глубокие слои кожи и повреждают коллагеновые и эластиновые волокна, что приводит к ухудшению состояния кожи. Применение мер профилактики может существенно снизить риск кожных заболеваний и защитить кожу от вредного воздействия солнечных лучей.

Соколов Д.С.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Смоленск

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОНКОБОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ, В СИСТЕМЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Цель исследования – оценить состояние (объем лимфедемы и качество жизни) женщин, перенесших мастэктомию по Маддену, при повышении общей физической активности за счет применения средств ЛФК.

В исследовании участвовали 30 женщин. Средний возраст ($M \pm \sigma$): $55,7 \pm 5,8$ лет; давность эктомии: $43 \pm 19,3$ мес.; объем лимфедемы: $333,9 \pm 64,6$ мл; качество жизни (SF-36): физический компонент здоровья – $48,0 \pm 15,5$, психологический компонент здоровья – $44,9 \pm 17,4$ балла.

В результате беседы было установлено, что женщины вели малоподвижный образ жизни и избыточно падали конечность со стороны вмешательства. Лечебная гимнастика и компрессионный трикотаж применялись не регулярно, бессистемно.

Исходя из рекомендаций ВОЗ по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни (должная активность для рассматриваемой возрастной категории должна составлять 150-300 минут в неделю), были разработаны рекомендации, повышающие недельную целенаправленную физическую активность до 254 минут (ориентировочно). Использовались сеансы лечебной гимнастики по 40 минут 4 раза в неделю (дистанционный контроль с помощью средств видеосвязи), физкультурные паузы (суммарно около 14 минут в день), сеансы лимфодренажного самомассажа. Лечебная гимнастика включала общеукрепляющие упражнения (аэробные динамического характера) и специальные для верхних конечностей (изометрические, изотонические с нарастающей амплитудой, в облегченных условиях (с опорой на стену и интактную конечность) для мелких, средних, крупных мышечных групп, в компрессионном трикотаже (степень компрессии I (A)). Курс занятий составлял 2 месяца.

В конце эксперимента объем лимфедемы: $227,9 \pm 51,2$ мл (t-критерий Стьюдента = 14,5); качество жизни (SF-36): физический компонент здоровья – $78,6 \pm 9,2$ (критерий Вилкоксона = 6), психологический компонент здоровья – $78,8 \pm 10,7$ балла (критерий Вилкоксона = 3). Изменения в физическом состоянии и качестве жизни достоверны на уровне значимости $\alpha = 0,05$. Связь с пациентками поддерживается более полутора лет, на фоне продолжения активности нежелательных явлений со стороны лимфедемы и рецидива злокачественного новообразования не отмечалось, переносимость физической нагрузки удовлетворительная, в процессе занятия ухудшений самочувствия не наблюдалось.

Выводы:

1. Женщины, перенесшие мастэктомию по Маддену, нуждаются в повышении физической активности, так как имеют предрасположенность к малоподвижному образу жизни;
2. Предложенный вариант повышения физической активности не привел к отклонениям в состоянии здоровья и, как представляется автору, может быть использован для самостоятельного применения лицами данной категории;
3. Рационально организованная физическая активность достоверно уменьшает объем лимфедемы и повышает качество жизни (физический и психологический компоненты здоровья);
4. Сфера адаптивной физической культуры должна уделять больше внимания разработке гармоничных и разнообразных режимов и средств для повышения физической активности пациенток, перенесших мастэктомию.

Соловьёва И.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ОКСИДАНТНО-Антиоксидантной системы и процессов перекисного окисления липидов организма при остром иммобилизационном стрессе в условиях эксперимента на фоне введения мезенхимальных стволовых клеток

Цель данного исследования - изучить динамику содержания малонового диальдегида (МДА), ферментов антиоксидантной системы в плазме крови - каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), - при остром иммобилизационном стрессе, а также изменение этих показателей после введения мезенхимальных стволовых клеток.

Материал и методы исследования. Эксперимент был проведен на 150 самцах белых лабораторных крыс массой 200–250 грамм. В качестве остро действующего стрессора использовали 24-часовую иммобилизацию животных в индивидуальных иммобилизационных камерах. Забор клеток костного мозга проводили промыванием полости бедренной кости лабораторных крыс. Полученные клетки помещали в среду ИГЛА-МЕМ, обогащенную L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками. Культивировали в течение 14 дней при 37°C со сменой среды 1 раз в неделю. Жизнеспособность и количество клеток оценивали по тесту с трипановым синим. Выделили 3 группы животных: интактную, контрольную (животные с 24-часовой иммобилизацией, но без инъекции мезенхимальных стволовых клеток) и экспериментальную (животным через 1 час после действия стрессора в латеральную хвостовую вену ввели по 5 миллионов мезенхимальных стволовых клеток). Животных экспериментальной и контрольной групп декапитировали под эфирным наркозом на 1, 2, 3, 7 и 14 сутки эксперимента. Для исследования производили забор крови. О состоянии процессов перекисного окисления липидов судили по содержанию в плазме крови МДА, а также активности ферментов СОД и каталазы.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что уровень МДА, как в контрольной, так и в экспериментальной группе умеренно повысился по сравнению с группой интактных животных. На 2-е сутки после 24-часовой иммобилизации отмечалось резкое повышение уровня МДА в плазме крови животных контрольной группы (в 3,68 раз по сравнению с интактной) и экспериментальной группы (в 2,91 раз по сравнению с интактной). В последующие сутки уровень МДА в плазме крови животных как контрольной, так и экспериментальной групп постепенно снижался, практически достигая нормальных значений на 14-е сутки исследования. Также отмечается снижение активности каталазы плазмы крови на протяжении всего эксперимента в контрольной группе с минимальным уровнем на 2 – 3 сутки после иммобилизации. Начиная с 3-х суток уровень каталазы в контрольной группе постепенно повышался, однако к 14 суткам так и не достигал показателей плазмы животных интактной группы. Уровень СОД в плазме крови животных как в контрольной, так и в экспериментальной группе умеренно повысился на 1 – 3 сутки эксперимента по сравнению с интактными животными.

Заключение. Ишемия тканей при остром иммобилизационном стрессе сопровождается активацией процессов перекисного окисления липидов и угнетением антиоксидантной системы.

Установлено умеренное повышение уровня СОД плазмы крови животных контрольной и экспериментальной групп. Повышение уровня СОД плазмы крови косвенно указывает на понижение активности СОД в тканях организма в условиях стресса.

Содержание МДА, каталазы и СОД в плазме крови зависит от длительности постиммобилизационного периода и существенно изменяется после введения мезенхимальных стволовых клеток.

Соловьёва И.В., Пилавов А.М., Рябков В.С., Труфанова М.С.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» МЗ РФ, Луганск

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ В ДЕФЕКТ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ ГИДРОКСИЛАПАТИТНОГО МАТЕРИАЛА ОК-015 НА ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ДЕНТИНА ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ

Цель данного исследования – установить динамику изменений химического состава дентина верхних моляров у белых крыс после имплантации в дефект большеберцовых костей гидроксилapatитного материала ОК-015.

Материал и методы исследования. Эксперимент был проведен на 90 белых крысах-самцах с массой 190–225 г, распределенных на: 1-я группа – контрольные животные, во 2-й группе крысам наносили дефект большеберцовых костей, в 3-й группе в дефект имплантировали блоки биогенного гидроксилapatита диаметром 2,0 мм (материал ОК-015). По истечении сроков эксперимента (7, 15, 30, 60, 90 и 180 дней) крыс забивали путем де-капитации под эфирным наркозом. Верхние моляры очищали от эмали и исследовали их состав весовым методом. Также определяли содержание натрия, калия, фтора, меди, железа, цинка, марганца и кальция на атомно-абсорбционном фотометре типа «Сатурн»-2 и содержание фосфора колориметрически по Бригсу.

Результаты и их обсуждение. Во 2-й группе содержание органических веществ в дентине верхних моляров было меньше значений 1-й группы с 30 по 90 сутки после операции на 5,93%, 6,55% и 4,00%, а содержание минеральных веществ с 15 по 90 сутки – на 5,12%, 5,36%, 3,04% и 2,69%. В золе дентина верхних моляров содержание кальция к 60 суткам было меньше значений 1-й группы на 3,87%, содержание фтора с 15 по 90 сутки – на 5,77%, 5,06%, 7,00% и 7,08%, а содержание фосфора к 60 и 90 суткам превышало их на 4,70% и 4,88%. В результате соотношение кальций/фосфор в золе дентина было меньше значений 1-й группы с 30 по 90 сутки эксперимента на 6,37%, 8,21% и 7,38%. В то же время, содержание цинка с 7 по 90 сутки было меньше значений 1-й группы на 5,53%, 7,54%, 5,49%, 11,86% и 13,39%, содержание марганца с 15 по 60 сутки – на 9,87%, 8,69% и 8,84%, содержание меди к 15, 60 и 90 суткам – на 9,01%, 9,92% и 6,14%, а содержание железа к 30 суткам – на 10,34%.

У животных 3-й группы содержание воды в дентине верхних моляров было больше значений 2-й группы к 7 и 15 суткам эксперимента на 22,17% и 7,79%. При этом содержание минеральных веществ в дентине верхних моляров к 7 и 15 суткам эксперимента было меньше значений 2-й группы на 2,72% и 1,57%, а содержание органических веществ к 7 суткам – на 2,55%. Соотношение кальций/фосфор к 15 и 30 суткам после операции было меньше значений 2-й группы на 3,63% и 4,65%, а содержание меди к 30 суткам – на 6,04%. Также, содержание магния к 15 и 30 суткам после операции превышало значения 2-й группы на 6,96% и 10,62%, а содержание натрия и калия к 30 суткам – на 6,25% и 13,54%. Однако содержание воды в дентине верхних моляров с 30 по 90 сутки было уже меньше значений 2-й группы на 4,73%, 7,09% и 21,92%, а содержание органических веществ к 60 суткам и содержание минеральных веществ к 90 суткам превышало их на 6,06% и 2,67%. Также, к 60 и 90 суткам после операции в золе дентина верхних моляров соотношение кальций/фосфор, содержание меди и цинка были больше значений 2-й группы на 4,00% и 3,27%, на 5,22% и 5,57%, и на 10,91% и 13,04%, а содержание фтора к 90 суткам – на 6,35%.

Заключение. Нанесение дефекта большеберцовых костей сопровождается дисбалансом дисбалансом химического состава дентина верхних моляров с максимальными проявлениями к 60-90 суткам и постепенным сглаживанием выявленных отклонений в дальнейшем. Имплантация в дефект большеберцовых костей материала ОК-015 через 7, 15 и 30 суток после операции сопровождается усугублением нарушений химического состава дентина верхних моляров в сравнении с группой, в которой дефект не заполнялся. С 60 суток после операции восстановление химического состава дентина верхних моляров происходит быстрее, и через 60 и 90 суток исследуемые показатели минерального, макро- и микроэлементного состава дентина статистически значимо превышают аналогичные в группе с незаполненным дефектом.

Соннов В.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Здоровье детей можно охарактеризовать с помощью критериев, одними из которых являются показатели заболеваемости и инвалидности. В 2014 - 2024 годах на фоне негативных социальных событий, связанных с военным конфликтом на территории Луганской Народной Республики, произошли определенные изменения здоровья детского населения.

Цель работы – выявить общие и структурные особенности распространенности, заболеваемости и инвалидности детей Луганской Народной Республики за 2016 – 2023 годы.

Материалы и методы. Были использованы материалы государственного комитета статистики Луганской Народной Республики, которые разработаны на основании общепринятых методов статистического анализа.

Результаты. Установлено, что уровень распространенности заболеваний детского населения в 2023 году составил 1746,2‰ при соответствующем показателе 1308,1‰ в 2016 году и увеличился в 1,3 раза. Уровень первичной заболеваемости вырос в 1,15 раза при показателях 1455,6‰ и 1266,4 ‰ соответственно. В структуре распространенности ведущие места в 2023 году заняли заболевания органов дыхания, органов пищеварения и зрения при аналогичной структуре в 2016 году. В структуре первичной заболеваемости без структурных изменений за изучаемый период ведущие места заняли болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни органов пищеварения, а также кожи и подкожной клетчатки. В структуре заболеваемости детей первого года жизни в 2023 году ведущими заболеваниями были болезни органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, нервной системы и врожденные аномалии. В структуре заболеваемости подростков ведущие места заняли болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, глаз и органов пищеварения. В 2023 году увеличилось количество детей, состоящих на диспансерном учете, и составило 23,3% от их общей численности при аналогичном показателе в 2022 году 19,2%.

Уровень общей инвалидности детей вырос в 2023 году в 1,2 раза по сравнению с 2016 годом и составил 18,2‰ и 15,6‰ соответственно. В структуре общей инвалидности ведущие места заняли врожденные аномалии, болезни нервной системы, расстройства психики и поведения и болезни эндокринной системы.

Выводы. Уровень распространенности, заболеваемости и инвалидности детей в Луганской Народной Республике за 2016 – 2023 годы имеет тенденцию к росту без каких – либо структурных изменений. Увеличилось количество детей с хроническими заболеваниями, находящимися на диспансерном учете, которые нуждаются в оказании специализированной медицинской помощи. Совершенствование медико-генетической помощи населению, планирования семьи, а также улучшение качества первичной и специализированной медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации является резервом для улучшения здоровья детей и подростков в Луганской Народной Республике.

Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю.

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

СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ

Аутоиммунные энцефалиты (АИЭ) развиваются вследствие неинфекционного иммуноопосредованного воспаления паренхимы мозга с частым вовлечением коркового или глубокого серого вещества с поражением или без поражения белого вещества головного мозга, мозговых оболочек или спинного мозга. Клиническая картина АИЭ не имеет четко выраженного синдрома, при этом спектр клинических проявлений достаточно широк и неврологическая симптоматика очень изменчива и неспецифична.

Типичным вариантом АИЭ является лимбический энцефалит, однако возможны и мультифокальное или более локальное поражение вещества различных частей головного мозга, а также вовлечение мозговых оболочек или спинного мозга. В связи с этим возможны развитие коркового/подкоркового, стриарного, диэнцефального, стволового, мозжечкового энцефалит, менингоэнцефалита или энцефаломиелиита.

К наиболее частым клиническим проявлениям АИЭ относятся расстройства психики и поведения (60-85%), когнитивных (69-91%) и вегетативных (29-76%) функций, двигательные нарушения (32-75%) и эпилептические приступы (50-83%). Диагностические критерии возможного АИЭ обращают внимание на подострое начало и быстрое прогрессирование указанной симптоматики (менее чем за 3 месяца), наличие плеоцитоза в ликворе (обычно – невысокого, десятки клеток, меньше, чем при инфекционных энцефалитах; редко – 200-900 клеток) и патологические изменения в медиальных отделах височных долей или – мультифокальное поражение серого и/или белого вещества головного мозга при магнитно-резонансной томографии (МРТ). Для подтверждения диагноза необходимо патоморфологическое или серологическое доказательство аутоиммунного процесса, четко ассоциированного с энцефалитом.

В настоящее время в мире для коммерческого тестирования доступны 40 нейрональных аутоантител, в России – около 20, в связи с чем возможно диагностирование и серонегативного АИЭ. В части случаев АИЭ патологические изменения на МРТ не выявляются, что характерно для синдрома ригидного человека с его различными фенотипами – классического варианта клинической картины, клиники прогрессирующего энцефаломиелиита с синдромом ригидности и миоклонуса и с паранеопластической картиной, а также МРТ головного мозга может быть нормальной в острой стадии NMDAR-энцефалита ($\geq 50\%$ случаев) и LGI1-энцефалита (25% случаев).

Клиническую диагностику АИЭ может затруднять изолированная представленность психопатологической галлюцинаторно-бредовой и эмоционально-аффективной симптоматики, что может имитировать дебют идиопатического психического расстройства и требует определенной настороженности и повышенного внимания к данным анамнеза и оценке неврологического статуса. При оценке таких «стертых» форм АИЭ необходимо обращать внимание на особенности клинической симптоматики, нехарактерные для стереотипного развития психического расстройства: острое или подострое развитие симптомов, продромальный период в виде «гриппоподобного» состояния, отсутствие психотических эпизодов в анамнезе, поздний возраст их начала, кататония, грубые нарушения памяти, дискинезии, гипонатриемия, волнообразное течение, отсутствие ответа на проводимую терапию нейролептиками или побочные эффекты такого лечения в виде злокачественного нейролептического синдрома.

Описана возможность развития перекрывающихся синдромов АИЭ и других аутоиммунных расстройств, включая демиелинизирующие заболевания – рассеянный склероз, расстройства спектра оптиконеуромиелиита или заболевания, ассоциированные с антителами к миелин-олигодендроцитарному гликопротеину, что требует более длительного наблюдения за перенесшими АИЭ из-за риска рецидива аутоиммунных заболеваний.

Сотник Ю.А., Гридасов В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА, ВЫЗВАННОГО *ESCHERICHIA COLI* O111

Escherichia coli O111 - энтеропатогенная эшерихия, представитель условно-патогенной флоры, которая может инициировать заболевание по энтеритическому типу у детей и, как правило, у взрослых заболеваний не вызывает. В случаях развития заболевания у взрослых наиболее частым клиническим вариантом является классический гастроэнтерит.

Мы исследовали течение заболевания у мужчины 35 лет, который находился на лечении в инфекционном отделении ЦГКБ №1 г. Донецка в октябре 2024 года. Anamnesis morbi: заболел остро, когда в течение суток появились следующие симптомы: слабость, вялость, пиретическая лихорадка с ознобом, жидкий стул с примесью крови до 6 раз в сутки, спастические абдоминалгии. В течение недели клинически status quo. На 7 сутки заболевания состояние пациента на фоне гиперпиретической лихорадки усугубилось потерей сознания. После исключения хирургической патологии пациент госпитализирован в инфекционное отделение с жалобами на выраженную общую слабость, жидкий, обильный стул с примесью крови, гиперпиретическую лихорадку. В anamnesis vitae - вирусный гепатит В (более 6 лет). Anamnesis epidemiologica позволил предположить водный путь реализации фекально-орального механизма передачи инфекции, а конкретно – употребление дождевой воды. Status praesens: состояние тяжелое, лихорадка до 39,1°C, сознание ясное, неврологической и менингеальной симптоматики нет, однако пациент вял, адинамичен, кожные покровы бледные, аускультативно: приглушенность тонов сердца и систолический шум на верхушке, пальпаторно: чувствительность мезогастрального этажа, урчание толстой кишки и уплотнение сигмовидного отдела, хирургической симптоматики не выявлено. На основании анамнестических и клинических данных выставлен предварительный диагноз «Дизентерия?», сформирован план обследования: ОАК (лейкоцитоз - 13,4 со сдвигом формулы влево), ОАМ (без изменений), Б/хАК (АЛТ - 62,2), копрограмма (7-10 эритроцитов в поле зрения), бактериологический посев кала на кишечную группу (*Escherichia coli* O111, чувствительность: меропенем, левомицетин, гентамицин, амикацин, устойчивость: цефоперазон, цефтриаксон). При получении результатов произведена смена диагноза на «Эшерихиоз, вызванный *Escherichia coli* O111, средней тяжести». Назначена комплексная терапия: цiproфлоксацин, трисоль, раствор Рингера, глюкоза, регидрон, омепразол, дексаметазон, анальгин, димедрол, панкреатин, бифидум-бактерин, смекта.

В течение первых 3 суток госпитализации сохранялась доминация интоксикации и энтероколита: пациента беспокоили лихорадка и жидкий, обильный стул с примесью крови, спастические боли в животе. Начиная с 4 суток пребывания в отделении состояние пациента стало улучшаться: уменьшились пиковые значения лихорадки, сократилась частота актов дефекации, купировались абдоминалгии. В связи с убедительной положительной динамикой и отсутствием осложнений пациент был выписан с выздоровлением на 22-й день болезни.

Особенностями данного клинического случая явились нетипичный клинический вариант течения с колитическим компонентом, а также тяжесть течения эшерихиозной инфекции, вызванной энтеропатогенной *Escherichia coli* O111.

Соцкая Я.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА НА ФОНЕ ПОВТОРНЫХ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Введение. В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). НАСГ формируется на фоне предварительного стеатоза печени, при воздействии на организм патогенных агентов, ролью которых могут играть повторные случаи острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), поскольку при этих заболеваниях закономерно активируется перекисное окисление липидов и повышается концентрация провоспалительных цитокинов в крови больных.

Целью работы было изучение особенностей клинического течения НАСГ на фоне повторных эпизодов ОРВИ и оценка функционального состояния печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 106 больных с диагнозом НАСГ, у которых был зарегистрирован очередной случай ОРВИ, лечившихся в инфекционном стационаре и в периоде диспансерного надзора или в условиях дневного гастроэнтерологического отделения, в которые больные поступали для детального изучения функционального состояния гепатобилиарной системы. Наблюдались 49 (46,2%) мужчин и 57 (53,8%) женщин. Из исследования были исключены больные вирусным гепатитом В и С и пациенты, которые злоупотребляли алкоголем и были на осмотре у врача-нарколога. Изучалась продолжительность заболевания печени, частота развития повторных случаев ОРВИ. Для выявления этиологии ОРВИ проведено ПЦР исследование. Изучали сонографические показатели со стороны гепатобилиарной системы (ГБС) методом ультразвукового исследования органов брюшной полости. Функциональное состояние печени изучали путем повторного биохимического обследования: билирубин (свободный и связанный), аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспаратаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), тимоловой пробы.

Полученные результаты и их обсуждение. В период очередного эпизода ОРВИ у больных с фоновой хронической патологией ГБС в виде НАСГ помимо субъективной симптоматики, связанной с наличием синдрома инфекционного токсикоза (общая слабость, головная боль, озноб, миалгия, снижение аппетита и т.д.), местного воспалительного процесса в ротоглотке (боль в горле), отмечается также тяжесть в правом подреберье и эпигастрии, метеоризм, горечь во рту. Объективно клиническая симптоматика характеризовалась сочетанием клинической симптоматики, характерной для общетоксического синдрома (гиперемия лица, тахикардия) и поражения ГБС (субиктеричность и голубизну склер, субъективность кожи, наличие телеангиоэктазий на коже туловища, пальмарной эритемы, чувствительность края печени при пальпации), что свидетельствует об обострении патологического процесса в ГБС. При проведении биохимического обследования установлены гипербилирубинемия (17,9%), повышение прямого билирубина (34,0%), увеличение активности АлАТ (35,8%) и АсАТ (38,7%), активности экскреторных ферментов – ЩФ (41,5 %) и ГГТП (38,7%), тимоловой пробы (37,7%). При проведении общепринятого лечения ОРВИ у больных НАСГ после завершения очередного случая ОРВИ у больных отмечаются жалобы на общую слабость (30,2%), недомогание (28,3%), снижение аппетита (26,4%) и трудоспособности (23,6%), тяжесть в правом подреберье (34,4%), тяжесть в эпигастрии (14,2%), метеоризм (23,6%), запора (18,9%) или чередование запоров и поносов (11,3%), заложенность горла (17,3%), горечь во рту (17,0%), металлический привкус во рту (7,5%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у части больных после ОРВИ усиливается обострение НАСГ, сохраняются нарушения функциональных проб печени и позволяют подтвердить роль ОРВИ в качестве «второго толчка» у больных с НАСГ и необходимость коррекции метаболических процессов в печени в ходе медицинской реабилитации пациентов.

Соцкая Я.А., Гриднев В.И.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНИЛОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Введение. Согласно литературным источникам Российской Федерации, наблюдается нарастание сочетанных заболеваний гастроэнтерологического и гепатологического профиля на территории Донбасса, чему способствует высокий уровень загрязнения окружающей среды ксенобиотиками, специальная военная операция, активные миграционные процессы и множественные посттравматические стрессовые расстройства. Комплексное воздействие этих факторов провоцирует формирование хронических персистирующих гепатитов (ХПГ), которые нередко сочетается с синдромом раздраженного кишечника (СРК), патогенез которого тесно связан с нарушениями психосоматического баланса и нарушениями метаболического гомеостаза.

Авторами для лечения ХПГ сочетанного с СРК применялись отечественные лекарственных средств естественного происхождения, а именно: препарата с действующим веществом янтарной кислоты (ЯК), инозина (И), никотинамида (Н) и рибофлавина (Р) в сочетании с препаратом содержащим расторопши экстракт сухой (РЭС), бифидобактерии бифидум (ББ) и лактобактерии ферментум (ЛФ). При лечении пациентов с ХПГ, сочетанным с СРК, ранее данная комбинация препаратов не применялась.

Целью работы выявить точки приложения предложенной авторами терапии на показатели адениловой системы у пациентов с ХПГ, сочетанным с СРК.

Материалы и методы исследования. Первая группа обследованных включала 42 пациента, которые дополнительно к общепринятому лечению получала препараты предложенными авторами. Вторая группа из 40 пациентов получала только общепринятое лечение. Обе группы были рандомизированы между собою по полу, возрасту, длительности заболевания, характеру и выраженности хронической патологии печени. Критериями исключения стали вирусные и алкогольные гепатиты, аутоиммунные и воспалительные заболевания печени и кишечника, острые кишечные инфекции. Для реализации цели работы авторами анализировались показатели адениловой системы, а именно аденозинтрифосфат (АТФ), аденозиндифосфат (АДФ) и аденозинмонофосфат (АМФ) в гомогенате эритроцитов периферической крови методом тонкослойной хроматографии.

Полученные результаты и их обсуждение. Полученные авторами данные свидетельствуют о нарушениях со стороны адениловой системы, которые прежде всего характеризуются понижением содержания в крови основного макроэргического соединения – АТФ. Умеренный рост содержания АДФ и АМФ можно считать следствием усиленной утилизации клеточными элементами АТФ при недостаточной скорости ресинтеза этого основного макроэргического соединения. При повторном осуществлении биохимического обследования после завершения курса лечения, при лечении больных ХПГ на фоне СРК с помощью общепринятых средств имеет место улучшение показателей адениловой системы, однако после завершения курса лечения уровень АТФ в крови, характеризующий энергообеспечение органов и тканей, остается на уровне, достоверно ниже нормы. На фоне лечения предложенными авторами препаратами установлено наличие тенденции к улучшению показателей адениловой системы, а именно повышение содержания наиболее важного макроэргического соединения - АТФ в крови и уменьшение уровня других макроэргических соединений – АДФ и АМФ.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности и перспективности применения предложенным авторами препаратов в терапии ХПГ на фоне СРК, которые способствуют восстановлению состояния адениловой системы, что способствует повышению эффективности лечения этих пациентов.

Сочилин А.В., Гиллер Д.И., Гончарук М.С., Власенко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДЕКАНА В РАБОТЕ СО СТУДЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА УНИВЕРСИТЕТА НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Введение. Заместитель декана в условиях перехода на российские стандарты должен выстраивать эффективное взаимодействие учащихся в соответствии с новыми требованиями, учитывая их потребности и интересы. Взаимодействие со студентами может потребовать дополнительных усилий. В свою очередь заместитель декана должен быть готов к этому и уметь находить общий язык с учащимися.

Основное:

Одной из задач является адаптация учащихся к новым требованиям и нормам, предъявляемым новыми стандартами образования. Для успешной адаптации учащихся заместитель декана должен создавать условия, способствующие их обучению и развитию.

Оказывать поддержку учащимся в процессе перехода на новые стандарты. Это может включать в себя консультации, помощь в освоении новых материалов и поддержку в преодолении возникающих трудностей. Поддержка учащихся помогает им успешно адаптироваться к новым требованиям и достигать своих образовательных целей.

Находить способы мотивировать учащихся к обучению и достижению успехов. Мотивированные учащиеся более успешны в обучении и лучше адаптируются к новым требованиям.

В процессе перехода на новые стандарты могут возникать конфликты между учащимися и преподавателями. Заместитель декана должен уметь разрешать эти конфликты и находить компромиссы. Разрешение конфликтов способствует созданию благоприятной образовательной среды и успешной адаптации учащихся к новым требованиям.

Работа заместителя декана требует гибкости и умения находить компромиссы. Это помогает ему успешно решать возникающие проблемы и обеспечивать успешную адаптацию учащихся к новым требованиям. Гибкость и умение находить компромиссы позволяют заместителю декана эффективно взаимодействовать с учащимися и создавать условия для их успешного обучения. Своевременно выявлять возникающие трудности и вносить поправки в работу с учащимися. Контролировать реализацию перехода на новые стандарты и вносить необходимые корректировки в учебный процесс.

Переход на новые стандарты может вызывать психологическое давление у студентов. Заместитель декана должен быть готов оказать им психологическую поддержку, которая помогает учащимся справиться с возникающими трудностями и успешно адаптироваться к новым требованиям.

Важную роль занимает проведение организационно-воспитательных мероприятий, направленных на повышение образовательной деятельности студентов и уровня дисциплины. Повышенное внимание уделяется демобилизованным студентам, для улучшения условий адаптации к обучению в условиях мирной жизни.

Заместитель декана обязан своевременно проходить повышение квалификации по педагогике, изучать актуальные научные работы по психологии и применять их в своей профессиональной деятельности.

Выводы. Заместитель декана играет ключевую роль в обеспечении успешного перехода студентов на новые образовательные стандарты, что обусловлено большим вкладом в рабочий процесс.

Сочилин А.В., Садеков Д.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ВЫБРОСОВ ГОРЯЩИХ УГОЛЬНЫХ ОТВАЛОВ НА СОДЕРЖАНИЕ МЕТАЛЛОВ В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ

Одними из наиболее опасных загрязнителей являются металлы. Это связано с их значительной распространённостью, устойчивостью во внешней среде, выраженными кумулятивными свойствами и воздействием практически на все системы организма.

Цель исследования. Определить возможные уровни накопления металлов в биологических средах (моча, волосы), под действием продуктов горения угольного террикона.

Материал и методы. Оценка состояния окружающей среды проводилась по количественному содержанию взвешенных веществ в выбросах горящего террикона. Пробы отбирались на расстоянии 500 -1000 м (1 зона - район размещения породного отвала) и 1000 - 2000 м (2 зона - центр г. С). Обследовано 203 ребёнка в возрасте 3-10 лет, которые посещают детские учреждения, расположенные на расстоянии 500 - 1000 м от породного отвала (I группа - 60 детей) и в центре г. Свердловска (С) ЛНР (II группа - 51 ребёнок). Контрольная группа (92 ребёнка) - это дети, проживающие в населённом пункте, где отсутствовали источники загрязнения атмосферного воздуха. Количество металлов в волосах и моче исследовалось с применением методов атомно-абсорбционной спектрофотометрии.

Результаты и их обсуждение. Проведённые исследования показали, что количество металлов в воздушном бассейне превышало ПДК, как в первой зоне в 1,6-2,6 раза, так и во второй в 1,2-1,9 раза. В целом следует отметить, что уровни загрязнения металлами воздушного бассейна, как в санитарно-защитной зоне горящего террикона, так и по г. С. существенно не отличались между собой. Установлено, что по мере приближения к террикону в 1,2-1,4 раза возросло содержание в волосах детей кадмия, цинка, и более чем в 2 раза увеличились концентрации меди, свинца и никеля. При сравнении состава тяжёлых металлов в волосах детей изучаемых групп с группой контроля определялось достоверное увеличение в I группе: кадмия в 4,3 раза, никеля в 8,1 раза, цинка в 2,2 раза, меди в 2,4 раза, свинца в 2,5 раза. Уровень указанных металлов в волосах детей II группы в сравнении с контролем был также достоверно выше: кадмия в 3,1 раза, никеля в 3 раза, цинка в 1,9 раз, меди в 2,8 раза и свинца 1,2 раза. Анализ полученных результатов содержания тяжёлых металлов в моче детей свидетельствует, что их концентрации в изучаемых группах определяется в основном в пределах рекомендуемых физиологических пределов. В сравнении с контролем отмечено увеличение содержания в I группе кадмия в 1,2 раза, никеля - в 2,7 раза, свинца - в 2,4 раза и цинка - в 1,7 раза. Содержание металлов в моче обследованных детей II группы так же достоверно отличались от соответствующих показателей контрольной группы, превышая их в 1,4, в 2,0, в 2,2, в 1,5 раза соответственно.

Выводы. Таким образом, процесс горения пород угольного отвала обуславливает загрязнение атмосферного воздуха металлами. Концентрация металлов (кадмия и цинка) в волосах детей I группы, в 4,3-2,2 раза превышала контроль. Различия между показателями I и II группы по свинцу и никелю составляли 2,0_ и 2,7 раза соответственно. В моче детей I группы, проживающих в районе горящего террикона, концентрации свинца и никеля превышали контроль в 2,4 и 2,7 раза. Аналогичная зависимость выявлена у детей II группы.

Спицина С.С.

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

РОЛЬ АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Введение. Атеросклероз, эндотелиальная дисфункция, гипертензия, ожирение, инсулино-резистентность и диабет являются компонентами метаболического синдрома, который лежит в основе большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Определенная роль в развитии метаболического синдрома принадлежит гормонам, синтезируемым жировой тканью, которая теперь рассматривается как эндокринный орган. Изучение новых маркеров и медиаторов, связанных с метаболическим синдромом, может привести к профилактике или раннему выявлению и лечению метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний, и, как следствие, снижению заболеваемости и смертности.

Цель. Изучить и обобщить данные о роли адипокинов (апелина, резистина, висфатина) в развитии метаболического синдрома.

Материалы и методы. Были проанализированы данные PubMed Central, eLIBRARY, Google Scholar.

Результаты. За последние десятилетия копятся данные исследований, основанных на определении плазменных концентраций апеллина, резистина и висфатина у пациентов с кардиоваскулярной патологией и ожирением.

Апелин-13 считается наиболее активной формой этого адипокина для сердечно-сосудистой системы, где он проявляет положительный инотропный и вазодилатирующий эффекты за счет увеличения продукции оксида азота. Таким образом, апеллин играет важную роль в регуляции артериального давления, может оказывать влияние на некоторые иммунных клеток и обладает проангиогенными свойствами. При метаболическом синдроме апеллин оказывает благоприятный эффект на инсулиночувствительность, связанный с влиянием как на метаболизм глюкозы, так на липидный обмен. Связанные с ним антидиабетические и антиатеросклеротические эффекты позволяют предположить, что апеллин может быть перспективной целью в изучении и лечении метаболических заболеваний.

Резистин – это гормон, вырабатываемый адипоцитами, связанный с ожирением и сахарным диабетом 2 типа. Его название обусловлено тем, что он увеличивает резистентность к инсулину, хотя были высказаны некоторые сомнения относительно важности этого эффекта. Предполагается, что резистин является молекулярным фактором, связывающим ожирение и СД [Ren Y., 2022]. Также сообщается, что резистин играет важную роль в воспалении, либо напрямую, либо через различные цитокины, такие как интерлейкин 6, фактор некроза опухоли α , которые могут регулировать экспрессию гена резистина. Резистин снижает экспрессию эндотелиальной синтазы оксида азота в эндотелиальных клетках коронарных артерий человека и стимулирует миграцию гладких клеток сосудов, тем самым вызывая патологические изменения в сосудах.

Висфатин – гормон, чья концентрация в плазме напрямую связана с развитием сахарного диабета 2 типа. Данный биомаркер экспрессируется главным образом висцеральной жировой тканью. Висфатин участвует в регуляции клеточной пролиферации, метаболизме глюкозы и липидов. Уровни висфатина связаны с инсулинорезистентностью, что может свидетельствовать о его роли в развитии кардиометаболического риска.

Выводы. Таким образом, апеллин и висфатин могут оказывать благоприятные эффекты при диабете, а резистин проявляет противоположное действие, что может привести к сосудистым поражениям, таким как атеросклероз. В целом, данная тема относительно новая и еще плохо изучена, требует проведения дополнительных экспериментальных исследований.

Стадник А.Д., Никонова Е.М., Шатохина Я.П.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) остаются одной из наиболее распространенных и серьезных угроз общественному здоровью. Особую значимость данная проблема приобретает в педиатрической практике, что обусловлено ее лидирующей позицией в структуре заболеваемости инфекционной патологии детского возраста, а также высокой вероятностью развития угрожающих для жизни состояний и сохраняющейся летальностью. Принципы интенсивной терапии ОРИ были существенно пересмотрены за последнее десятилетие, однако единого подхода к проведению респираторной терапии в комплексном лечении их тяжелых форм у детей нет.

Целью исследования являлось предоставить собственный опыт проведения респираторной терапии в комплексном лечении тяжелых форм ОРИ у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 104 историй болезни детей в возрасте от 4 месяцев до 8 лет, которые за период с 2021 по октябрь 2024 гг. поступили в отделение интенсивной терапии ГБУЗ ЛНР «Луганская детская городская больница №1» с тяжелой формой ОРИ. Дыхательная недостаточность у детей с ОРИ была обусловлена обструктивным ларинготрахеитом у 34,6% (n=36), бронхитом у 53,8% (n=56) и внегоспитальной пневмонией у 11,6% (n=12).

Результаты исследования. При поступлении детей с вышеуказанной формой ОРИ применяли в их лечении стандартизованную схему терапии, которая включала в себя оксигенотерапию, парентеральное введение глюкокортикоидов и муколитиков, назначение антибактериальных и противовирусных препаратов, респираторную и инфузионную терапию. Всем пациентам проводили ингаляции медикаментозных препаратов при помощи небулайзера.

У детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом в качестве препарата первой линии применяли адреналин. На одну ингаляцию использовали 0,5 мл 0,1% раствора адреналина, который разводили в 3 мл 0,9% раствора NaCl, не зависимо от возраста и физических параметров ребенка. Проводились ингаляции каждые 4-6 часов на фоне проведения оксигенотерапии. Осуществляемую респираторную терапию усиливали использованием ингаляций пульмикортом каждые 6 часов согласно возрасту ребенка и его официальной инструкции по применению.

Детям с бронхитом и внегоспитальной пневмонией на фоне ОРИ в качестве респираторной терапии использовали чередование ингаляций беродуала и пульмикорта каждые 6 часов согласно возрасту ребенка и его официальной инструкции по применению на фоне проведения оксигенотерапии. При необходимости вышеуказанную методику дополняли ультразвуковыми ингаляциями флуимуцила 2-4 раза в сутки.

Эффективность применяемых подходов к респираторной терапии тяжелых форм ОРИ у детей позволила избежать прогрессирования острой дыхательной недостаточности, кроме этого – снизить потребность в использовании внутривенных глюкокортикостероидов, а также сократить сроки пребывания таких больных в отделении интенсивной терапии. Летальность отсутствовала.

Вывод. Описанный опыт использования респираторной терапии в лечении тяжелых форм ОРИ позволяет успешно и эффективно сочетать его в комплексе интенсивной терапии у детей различного возраста.

Стадник К.В., Степаненко Г.В., Плехотников Н.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ ЖЕСТКОЙ ВОДЫ

Человеческий организм очень чувствительно реагирует на эндо- и экзогенные воздействия. При этом одной из первых отвечает именно эндокринная система, которая совместно с нервной и иммунной синхронизирует соматические и висцеральные функции, координирует и модулирует механизмы адаптации организма. Однако реакция центральных и периферических звеньев может быть неоднозначной в тех или иных неблагоприятных условиях. Немаловажным алиментарным фактором, с которым человек сталкивается ежедневно, это вода. Качество воды зачастую не соответствует установленным нормативным требованиям. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемиологическом и радиационном плане, безвредной по составу и иметь благоприятные органолептические и гидрохимические показатели. Некачественное содержание воды, употребляемой внутрь и при использовании в гигиенических целях, может привести к неблагоприятному влиянию на здоровье человека, а именно, к заболеваниям органов кровообращения, пищеварения, эндокринной системы, мочевыводящих путей. Жесткость воды обусловлена наличием в ней солей щелочноземельных металлов, в основном кальция и магния. Вода с большим содержанием таких солей называется жесткой. Причины образования жесткой воды обусловлены вымыванием солей из пластов горных пород: известняка, гипса, доломита, которые залегают на пути водного потока. На Донбассе проблема качества воды является нерешенной, соответственно выявление морфологических изменений гипофизарно-надпочечниковой системы в условиях длительного употребления жесткой воды является актуальной научной задачей для исследования.

При употреблении жесткой воды на протяжении месяца в аденогипофизе крыс зафиксировано статистически значимое снижение общей численности клеток, площади, занимаемой хромофобами и площади их ядер, повышение площади ацидофилов и площади их ядер. В ацидофилах происходит сдвиг ядерно-цитоплазматического отношения в сторону увеличения. При дальнейшем употреблении жесткой воды на протяжении двух и трех месяцев к концу эксперимента обнаружено уменьшение как количества, так и размеров всех видов аденоцитов и их ядер. Ядерно-цитоплазматическое отношение снижается в сравнении с контролем до 15,34% ($p < 0,05$). В корковом веществе надпочечных желез через месяц применения жесткой воды отмечается сужение всех зон и размытость границ между ними. Кортикостероциты клубочковой и пучковой зон статистически значимо уменьшаются в размерах. Корково-мозговой индекс снижается на 5,45% ($p < 0,05$). В дальнейшем изменения не сглаживаются, а нарастают прямо пропорционально длительности воздействия питьевого фактора. На основании полученных результатов можно предположить, что при приеме жесткой воды в течение месяца происходит активация клеток аденогипофиза вследствие угнетения клеток коркового вещества надпочечных желез по принципу положительного механизма обратной связи. В ответ на уменьшение продукции глюкокортикоидов надпочечными железами происходит усиление выработки адренокортикотропного гормона гипофизом. А при увеличении длительности воздействия неблагоприятного фактора появляется резистентность клеток и нарушается механизм взаимодействия между центральным и периферическим звеном эндокринной системы.

Полученные данные могут стать морфологическим субстратом для клинических исследований. В наших дальнейших работах в зависимости от длительности употребления некачественной воды, мы прогнозируем основные направления развития компенсаторно-приспособительных реакций в органах эндокринной системы, что позволит снизить риск развития эндокринных нарушений, прогнозировать возможные осложнения и процессы восстановления организма в целом. Это поможет повысить работоспособность и снизить уровень инвалидности в структуре общей заболеваемости в России, обосновать направленность санитарно-гигиенических мероприятий по улучшению здоровья населения, что будет способствовать снижению в государстве экономических затрат.

Старченко Т.П., Колодкина В.И., Лапина Н.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕНИЕМ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА

Цель исследования – определение возможности сокращения сроков предортопедической подготовки полости рта к протезированию у пациентов со снижением высоты нижнего отдела лица.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 14 пациентов в возрасте от 46 до 63 лет (7 мужчин и 7 женщин) с двусторонними дефектами зубного ряда нижней челюсти (1 класс по классификации Кеннеди) и снижением высоты нижнего отдела лица. У 6 пациентов степень снижения составляла 2-3 мм (контрольная группа), у 8 пациентов – 4-5 мм (основная группа).

С целью восстановления высоты нижнего отдела лица перед изготовлением частичных съемных пластиночных протезов всем пациентам была произведена перестройка миотатического рефлекса. Перестройка миотатического рефлекса производилась по методике Рубинова с помощью базисной пластинки на верхнюю челюсть с накусочной площадкой во фронтальном отделе.

С точки зрения пациентов одним из нежелательных факторов является достаточно длительный период подготовки полости рта к протезированию. Применяемая традиционно методика предполагает поэтапную перестройку миотатического рефлекса при снижении высоты нижнего отдела лица свыше 4 мм. Эту методику применили у 3-х пациентов со снижением высоты до 4-5 мм (1 подгруппа основной группы). Модифицировав эту методику, мы применили (информируя пациентов о возможных проявлениях дискомфорта и при его возникновении переходе на традиционный метод) одномоментное повышение высоты нижнего отдела лица у 5 пациентов основной группы (2 подгруппа основной группы). Предортопедическую подготовку проводили под обязательным рентгенологическим контролем височно-нижнечелюстных суставов.

Результаты исследования. Перестройка миотатического рефлекса у пациентов со снижением высоты нижнего отдела лица до 2-3 мм (в пределах разницы между высотой относительного физиологического покоя и высотой прикуса) у всех 6 пациентов продолжалась от 4 до 6 недель. Одномоментное повышение высоты нижнего отдела лица у пациентов 2 подгруппы основной группы заняло 6-7 недель, в то время как традиционная методика в 1 подгруппе основной группы по времени занимала период до 10 недель. Чувство естественного дискомфорта от присутствия инородного тела в виде базисной пластинки в течение первых 3-4 дней испытывали все 100% пациентов. При этом лишь 1 пациент при применении модифицированной методики в течение 1-й недели пользования пластинкой предъявлял жалобы на чувство чрезмерного дискомфорта со стороны мышечной системы.

Обсуждение. С целью сокращения сроков предортопедической подготовки полости рта согласно полученным нами результатам выявлено, что традиционно применяемая методика перестройки миотатического рефлекса у пациентов со снижением высоты прикуса на 2-3 мм занимает 4-6 недель. Это согласуется с литературными данными. Методика одномоментного повышения высоты прикуса у пациентов со снижением на 4-5 мм заняла период 6-7 недель, при этом в 80% наблюдений не наблюдалось чрезмерного дискомфорта со стороны мышечной системы. Традиционный метод занимал около 10 недель.

Выводы. При снижении высоты нижнего отдела лица до 4-5 мм и перестройке миотатического рефлекса возможно применение методики одномоментного повышения высоты нижнего отдела лица, что на 30-40% ускоряет период подготовки полости рта к протезированию.

Старченко Т.П., Лапина Н.В., Колодкина В.И.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

САЛИВОДИАГНОСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Вопросом, не теряющим своей актуальности для теоретической и практической стоматологии, является изучение взаимосвязи жевательного аппарата с патологией желудочно-кишечного тракта.

Потеря зубов нарушает физиологию акта еды, снижает эффективность жевания. Акт жевания включает сложные рефлекторные, секреторные и двигательные реакции, приводящие к возникновению функциональных изменений деятельности желудочно-кишечного тракта, вследствие чего нарушается общий обмен, белковый, водный, газообмен и вегетативные процессы. Поскольку слюна является биологической средой полости рта, закономерной возможностью является нарушение качественного и количественного ее состава.

Саливадиагностика – достаточно простой в применении и информативный неинвазивный метод исследования секреторной функции слюнных желез.

Целью настоящей работы является изучение отдаленных результатов влияния протезирования дефектов зубных рядов различными по материалам и технологиям изготовления несъемными зубными протезами на секреторную функцию слюнных желез.

Материал и методы исследования. Обследовано 54 человека, с неосложненной формой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии в возрасте от 30 до 63 лет (средний возраст 43,8± 0,42 года), которым 5 лет назад были изготовлены несъемные конструкции зубных протезов.

Контрольную группу составили 14 человек с интактными зубными рядами. Так же проводили сравнение параметров слюнной секреции с данными до протезирования.

В каждой порции свежеполученной слюны измеряли объем, концентрацию водородных ионов (рН), активность α -амилазы (активность α -амилазы определяли методом Caraway (1961) со стойким крахмальным субстратом); белка (концентрацию белка определяли методом Lowry, основанном на реакции восстановления реактива Фолина медными производными белка с образованием окрашенных продуктов реакции); бикарбонатов (концентрацию бикарбонатов слюны определяли методом обратного титрования в нашей модификации (рац. предложение № 1040); хлоридов (концентрацию хлоридов в слюне определяли унифицированным меркуметрическим методом. В основе метода лежит титрование биологической жидкости раствором азотнокислой ртути. Рассчитывали выработку каждого ингредиента за единицу времени (т.е. произведение объема на концентрацию).

Заключение. Сравнение полученных результатов отдаленных наблюдений с ранее проведенными динамическими наблюдениями степени и сроков адаптации параметров слюнной секреции (как чистого секрета правой околоушной слюнной железы, так и смешанной ротовой жидкости) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволяют сказать, что в ряду сплавов металлов, применяемых для изготовления зубных протезов данной категории больных, зубные протезы из благородных и полублагородных сплавов являются оптимальными. Так же можно применять цельнолитые и паянно-штампованные зубные протезы с нитрид-титановым покрытием. Изготовление зубных протезов из нержавеющей стали у данного контингента больных в ряде случаев угнетает слюнную секрецию, что неблагоприятно сказывается на проводимой терапии язвенной болезни.

Стасенко А.С., Масенко В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТРИПТАНОВ В ТЕРАПИИ ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

Мигрень является хроническим нейроваскулярным заболеванием с наследственной предрасположенностью. Основное звено патогенеза — развитие периваскулярного нейрогенного воспаления сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО). Показано, что для пациентов с М характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга и тригемино-васкулярной системы [Сергеев А.В. 2010; Табеева Г.Р., 2011]. Гемиплегическая форма мигрени (МКГБ-3 — 1.2.3, МКБ-11 — 8A80.10). Аура представлена временным параличом и/или расстройствами поверхностной чувствительности (гипестезия) на одной стороне тела. [А.В.Амелин, 2023] ГМ встречается сравнительно редко. Опубликованы литературные данные о 100—200 семьях с СГМ и приблизительно о 200 пациентах со спорадической ее формой. [А.В.Амелин :2023, Г.Р.Табеева., 2010]

Суматриптан является селективным агонистом 5-HT₁-рецепторов и, в отличие от других дериватов триптамина, не взаимодействует с 5-HT₂ — 5-HT₇-типами рецепторов, и более того, внутри класса 5-HT₁-он активен в отношении только 1-B/1D-подтипов рецепторов. Суматриптан сужает расширенные интракраниальные сосуды так же, как серотонин, при этом он не сужает кровеносные сосуды нижних конечностей, кишечника и сердца, и это связано с тем, что последние содержат преимущественно 5-HT₂-рецепторы. Его клиническую эффективность связывают не только со способностью сужать расширенные краниальные сосуды, но и/или блокировать высвобождение кальцитонин-ген-родственного пептида (КГРП) и субстанции P (SP) из тригеминальных окончаний в стенках церебральных сосудов. Блокада высвобождения КГРП и SP из тригемино-васкулярных афферентов должна предотвращать активацию вазодилатации и блокировать развитие сосудистой боли. Экспериментальные исследования подтвердили участие в этих эффектах 5-HT₁ B-рецепторов гладкомышечных элементов, которые обуславливают вазоконстрикторное действие, и пресинаптических 5-HT₁ D-рецепторов и, возможно, 5-HT₁ F-рецепторов тригемино-васкулярных афферентов, которые блокируют развитие нейрогенного воспаления. [Г.Р.Табеева.2010.]

С патофизиологической точки зрения раннее применение триптана до развития центральной сенситизации и аллодинии обеспечивает более полный обезболивающий эффект и меньшую вероятность рецидива боли в данном приступе мигрени. [Burstein R. 2004]

В исследовании 2005-2024 года было отобрано 429612 пациентов, средний возраст, которых составил 60 лет. Испытуемые принимали триптаны в течение 84 дней. По окончании исследования, у 11 пациентов был диагностирован инфаркт миокарда, у 18 — ишемический инсульт, а у 35 пациентов зарегистрированы ишемический инсульт и инсульт неясной этиологии. Доказано, что риск ишемического инсульта и инфаркта возрастает примерно в 3 раза по сравнению с отсутствием терапии триптаном. Перед назначением необходимо оценить сердечно-сосудистый риск. [Rev Prescrire 2024]

Пациенты с гемиплегической мигренью были исключены из клинических испытаний триптанов в связи с потенциальной опасностью развития ишемических цереброваскулярных осложнений. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) требует, чтобы на этикетке препаратов этой группы указывалось противопоказание к их применению у пациентов с гемиплегической мигренью. Для проведения ретроспективного анализа отобрали пациентов с признаками ГМ, получавших экстренную терапию триптанами в четырех специализированных центрах по лечению головной боли, была проведена оценка частоты развития ишемических сосудистых осложнений. При анализе учитывались следующие симптомы: головокружение, дизартрия, диплопия, гемиплегия/гемипарез, птоз, слабость, спутанность сознания, изменение уровня сознания, атаксия и афазия. В ходе проведенного исследования не было зафиксировано ни одного случая инсульта или инфаркта миокарда ни в одной из групп испытуемых. Среди пациентов, принимавших

триптан, у пяти участников наблюдались побочные эффекты, к которым относятся расстройства со стороны пищеварительной системы, кожная сыпь, дистония шеи, ночные кошмары и приливы. [Mathew PG.2016]

Более безопасным лечением ГМ, является профилактическое лечение. К препаратам профилактического профиля относятся: антидепрессанты — амитриптилин (50—100 мг) и венлафаксин (75—150 мг); напроксен (500—1000 мг); бисопролол (5—10 мг). Эффективным считают превентивное лечение при сокращении числа дней с цефалгией на 50% и более в месяц [Burstein R.2004;Diener HC., 2001;Ferrari MD., 2001]

Вывод: В инструкциях по применению триптанов указано, что их использование противопоказано при ГМ. Проведенный анализ литературных источников показал, что триптаны обладают рядом побочных эффектов, однако, они не представляют угрозы для жизни. Следовательно, их применение в терапии возможно, но прежде необходимо оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний и соблюдать интервал между приемами.

Статинова Е.А, Антонова Л.Н, Сохина В.С, Криушенко Е.С., Побокин Д.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ РЕМИТИРУЮЩЕМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Актуальность темы: Рассеянный склероз (РС) - наиболее часто встречающееся мультифакториальное, демиелинизирующее заболевание нервной системы (НС), поражающее преимущественно лиц молодого возраста и характеризующееся образованием множественных очагов демиелинизации в центральной нервной системе, неуклонно прогрессирующей неврологической симптоматики и достаточно быстро наступающей инвалидизацией.

Цель исследования: Изучить особенности неврологических и когнитивных нарушений у пациентов с ремитирующим типом течения РС.

Материалы и методы: Проведен анализ литературных источников (с 2019 по 2022 годы), синтез и обобщение по теме исследования.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного анализа [Zhang J, Cortese R, De Stefano N, Giorgio A. Structural and Functional Connectivity Substrates of Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. Front Neurol. 2021] выделяется значение очагового поражения субтенториальных структур головного мозга в развитии, не только клинической картины заболевания, но и атрофических изменений головного мозга. Это объясняется тем, что при относительно меньшем объеме пораженной ткани за счет высокой плотности нервных волокон в данной области происходит значительное нарушение функций, ведущее к неврологическим осложнениям и усилению атрофических изменений. Нарушения передачи импульсов по травмированным афферентным путям способствуют развитию атрофических изменений головного мозга. Важную часть в этом процессе играет повреждение неспецифических тонизирующих структур ретикулярной формации, обуславливающее нарушения функциональности. Кроме локализации очагов для развития заболевания немаловажен их общий объем и активность (склонность к накоплению контрастных веществ), что напрямую коррелирует со снижением когнитивных функций у пациентов. Психологические тесты подтверждают связь между размером и динамикой очагов с когнитивными нарушениями, включая случаи так называемых «немых» активных очагов, которые могут оставаться невидимыми на первоначальных этапах обследования. Это подчеркивает необходимость применения дополнительных диагностических методов и разработку целевой терапевтической стратегии для своевременного вмешательства в патологический процесс.

Вывод: Исследование подчеркивает ключевую роль субтенториального локального повреждения структур головного мозга, определяющего как клинические проявления рассеянного склероза, так и динамику атрофических изменений головного мозга. Уровень когнитивных нарушений у пациентов с рецидивирующим рассеянным склерозом коррелирует с размером зон поражения, характеризующихся демиелинизацией в мозговой ткани. Присутствие контрастированных участков в белом веществе мозга является причиной ухудшения когнитивного статуса, причем тяжесть этих нарушений напрямую определяется объемом таких зон поражения даже во время клинической ремиссии заболевания.

Статинова Е.А., Будагова Л.Ф., Максименко О.Л., Бубликова А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Цель. Оценить нейрокогнитивный статус в динамике у пациентов с боевой черепно-мозговой травмой

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в неврологическом отделении №2 ГБУ «РКБ им. М.И. Калинина» с января 2023 г. по октябрь 2024 г. находились 97 пациентов, участников боевых действий, которые во время несения службы получили боевую черепно-мозговую травму (ЧМТ) легкой (54,6%) и средней (45,4%) степени тяжести. Средний возраст пациентов составил $35,1 \pm 15,4$ лет. Анализ нейропсихологического статуса пациентов с ЧМТ проводили при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), батареи тестов на лобную дисфункцию (FAB), методики «Таблицы Шульте».

Результаты. У пациентов с легкой боевой ЧМТ при оценке нейрокогнитивного статуса выявлены преддементные когнитивные нарушения и нарушения легкой степени выраженности, что соответствует $26,5 \pm 2,3$ баллам по шкале MMSE, $25,32 \pm 3,31$ баллам по шкале MoCA, $14,1 \pm 1,0$ баллам согласно батареи тестов на лобную дисфункцию FAB; по результатам методики «Таблицы Шульте» среднее время выполнения заданий составило $108,7 \pm 18,1$ сек. и показатель вработываемости был равен 1,00 усл.ед. В то же время у пациентов с боевой ЧМТ средней степени тяжести при нейрокогнитивном обследовании получены следующие результаты: когнитивный дефицит легкой и средней степени выраженности $-23,1 \pm 1,7$ баллов по шкале MMSE; $22,8 \pm 5,9$ баллов по шкале MoCA; $13,2 \pm 2,5$ баллов при выполнении батареи тестов FAB; задания методики «Таблиц Шульте» были выполнены за $138,7 \pm 12,1$ сек. и показатель вработываемости был равен 1,00 усл.ед., при этом больше времени было потрачено на пятую таблицу, что позволяет констатировать у пациентов трудность в долгой концентрации на конкретной задаче.

Заключение. У всех пациентов с боевой ЧМТ выявлены нейрокогнитивные нарушения. При легкой ЧМТ имели место преддементные нарушения и легкий когнитивный дефицит с недостаточной концентрацией внимания, при ЧМТ средней степени тяжести - легкий и средний когнитивный дефицит, быстрая истощаемость и недостаточная концентрацией внимания, что объясняет необходимость включать нейроцитопротекторы в комплексную терапию боевой ЧМТ.

Статинова Е.А., Кобляков А.Г., Шевченко В.В., Бубликова А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА БИКЕРСТАФФА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Актуальность. Энцефалит Бикерстаффа является редким аутоиммунным заболеванием, распространенность которого в мире достоверно не известна. По данным редких литературных источников данное заболевание встречается примерно в 2 случаях на миллион населения, что и обуславливает актуальность данной темы.

Цель исследования. Рассмотреть клинический случай пациента, находящегося на лечении с диагнозом энцефалитом Бикерстаффа.

Материалы и методы. Нами проанализированы данные исследований и история болезни пациентки, находящейся на лечении в неврологическом отделении ГБУ ДНР РКБ им. М.И.Калинина.

Результаты и обсуждение. Пациентка 30 лет была госпитализирована в неврологическое отделение №1 ГБУ ДНР РКБ им. М.И.Калинина с жалобами на двоение в глазах, косоглазие, шаткость при ходьбе, онемение левой половины лица и конечностей, а также гнусавость голоса. Из анамнеза заболевания известно, что ухудшение состояния началось с появления тошноты и рвоты с последующим повышением температуры тела до фебрильных цифр. Данные симптомы пациентка связывала с пищевым отравлением, из-за чего лечилась самостоятельно. Спустя несколько дней к жалобам присоединилось онемение левой половины лица и конечностей. На догоспитальном этапе было выполнено МРТ головного мозга (0,2 Тл). Выводы МРТ: очаговые изменения в продолговатом мозге, мосту, левой ножке мозжечка, спинном мозге на уровне С1, С2 – могут иметь воспалительный генез – стволовой энцефалит? Демиелинизирующий процесс? Пациентка находилась на лечении в т/о №1 ГБУ «ГКБ №5 г.Макеевка», в связи с ухудшением состояния была консультирована по линии РЦЭМП и МК с предварительным диагнозом: Острый стволовой энцефалит? с глазодвигательными нарушениями, выраженным вестибулоатактическим синдромом, легким бульбарным синдромом?

По линии экстренной медицинской помощи переведена в 1 н/о ГБУ ДНР РКБ им. М.И.Калинина. Состояние пациентки при поступлении оценивалось как средней степени тяжести. Была назначена пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг №3, Провиджен 0,4г на кг массы (35г), сеансы плазмафереза, метаболическая, антиоксидантная и антибактериальная терапия.

Несмотря на проводимую терапию состояние пациентки прогрессивно ухудшалось: вырос бульбарный синдром, глазодвигательные нарушения: двусторонний птоз, межъядерный офтальмопарез, диплопия во все стороны, тетрапарез, сохранялся субфебрилитет несмотря на проводимую антибактериальную терапию. Пациентка была переведена в ОРИТ №1 для дальнейшего лечения.

Для коррекции лечения, а также уточнения диагноза проведена ТМК ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА. На основании представленной медицинской документации у пациентки наиболее вероятен диагноз стволовой энцефалит (нельзя исключить энцефалит Бикерстаффа), фульминантное течение. Отек головного мозга. Тактика терапии выбрана правильно: плазмообмен, иммуноглобулин в/в, терапия, направленная на купирование отека мозга.

Выводы: Энцефалит Бикерстаффа требует углубленного изучения ввиду своей низкой распространенности и сложности диагностики. На основе представленного клинического случая можно сделать выводы о том, что его диагностика затруднена за счет стремительного прогрессирования клинической картины. Важно учитывать возможность фульминантного течения заболевания, что требует более интенсивного и внимательного подхода к терапии и наблюдению за пациентом.

Статинова Е.А., Сагиров В.И., Сохина В.С., Масенко В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РИТУКСИМАБ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ ГРАВИС

Актуальность. Миастения гравис (МГ) – аутоиммунное хроническое прогрессирующее заболевание, которое характеризуется образованием аутоантител к рецепторам ацетилхолина постсинаптической мембраны поперечнополосатой мышечной ткани и проявляется слабостью и патологической утомляемостью.

Цель исследования. Проанализировать источники отечественной и зарубежной литературы для изучения эффективности применения ритуксимаба в лечении миастении гравис.

Материалы и методы. Были проанализированы статьи, посвященные использованию ритуксимаба при миастении гравис: «Опыт успешного применения ритуксимаба у больных с резистентной формой миастении» - Медицинский альманах, «Российский опыт успешного применения ритуксимаба при рефрактерных формах миастении гравис» - Нервно-мышечные болезни, «Опыт применения ритуксимаба в неврологической практике» - Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова 2021 .

Результаты и обсуждение. При лечении МГ стандартными подходами в лечении являются антихолинэстеразные препараты, глюкокортикостероиды, цитостатические препараты, препараты калия, внутривенное введение человеческого иммуноглобулина класса G и плазмаферез, однако у 15-20% пациентов данные виды терапии являются малоэффективными. В литературе рассматривался вопрос применения ритуксимаба у пациентов МГ с рефрактерной формой заболевания. Препарат активно применяется в гематологии и онкологии, однако нашел своё применение и в неврологии, где применяется «off-label» в лечении таких заболеваний как рассеянный склероз, заболевания спектра оптиконеуромиелита, аутоиммунный энцефалит, МГ и других. Ритуксимаб - химерное анти-CD20 + -моноклональное антитело, которое вызывает лизис В-клеток в крови и лимфоидной ткани, что значительно уменьшает число антител к рецепторам ацетилхолина при МГ, а также при других аутоиммунных заболеваниях. Пациентам с рефрактерной формой заболевания, у которых по классификациям QMGS была тяжелая степень заболевания (по MGFA IV-V степень) использовался ритуксимаб в дозе 500-1000 мг 2-4 введения из расчета 375/м² поверхности тела, после чего состояние пациентов улучшалось, и они имели легкую или среднюю степень тяжести по QMGS (MGFA I-III соответственно) с последующим назначением поддерживающих доз антихолинэстеразных препаратов, глюкокортикостероидов и препаратов калия.

Выводы: Проанализировав литературу в которой описывался опыт применения препарата можно сделать вывод, что ритуксимаб показал свою эффективность в лечении рефрактерной формы миастении гравис, тем самым позволил достигнуть более длительной ремиссии.

Статинова Е.А., Сайко Д.Ю., Сохина В.С., Исаенко П.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГИПОКСИТЕРАПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК

Актуальность. Гипокситерапия, как метод лечения, приобретает все большее значение в лечении и реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Данный подход основан на контролируемом недостатке кислорода, что способствует активации адаптационных механизмов организма и улучшению функционирования нейронов. Современная гипокситерапия поможет существенно снизить выраженность неврологического дефицита у пациентов с ОНМК и ускорить процесс восстановления после инсульта.

Цель исследования. Проанализировать источники отечественной и зарубежной литературы для изучения гипокситерапии, как метода лечения больных с ОНМК.

Материалы и методы. В данной работе были использованы научные исследования, изданные в период с 2022 по 2024 гг. и опубликованные в источниках баз данных: PubMed, Web of Science, Google Scholar (skaler) на тему: применение гипокситерапии в лечении больных с ОНМК.

Результаты и обсуждение: По результатам проведенных исследований процедуры гипокситерапии направлены на стимулирование ангиогенеза и нейрогенеза, что в свою очередь может привести к улучшению функциональных результатов у пациентов.

В рамках комплексного подхода к лечению инсульта гипокситерапия демонстрирует многообещающие результаты. Как дополнительный метод реабилитации, он может быть применен в сочетании с традиционными методами лечения, такими как: медикаментозное лечение и физиотерапия.

Нормобарическая и гипербарическая оксигенотерапия представляют собой важные методы лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Нормобарическая оксигенотерапия осуществляется при нормальном атмосферном давлении и позволяет увеличить концентрацию кислорода в крови, что способствует улучшению метаболических процессов в тканях, уменьшению гипоксии и снижению неврологического дефицита. Современные исследования показывают, что адекватное обеспечение кислородом тканей головного мозга может существенно сократить область поврежденной ткани и ускорить восстановление функций головного мозга. В то же время, гипербарическая оксигенотерапия предполагает проведение процедур в специализированных барокамерах при повышенном атмосферном давлении. Этот метод обеспечивает более высокую передачу кислорода в ткани, что особенно эффективно в остром периоде инсульта, когда критически важно минимизировать последствия ишемии. Исследования подтверждают, что гипербарическая терапия может значительно улучшить результаты лечения, способствуя нейропротекции и восстановлению неврологического дефицита.

Комбинированное использование этих методов может создать синергетический эффект, ускоряя восстановление функциональных нарушений и повышая качество жизни пациентов.

Выводы: Таким образом, включение гипокситерапии в комплексное лечение пациентов с ОНМК открывает новые горизонты в вопросе нейрореабилитации и может способствовать более успешным исходам проведенной терапии. Все эти аспекты делают гипокситерапию важным дополнением к подходу в лечении пациентов с ОНМК, однако, несмотря на многообещающие результаты исследований, по-прежнему остается важным учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и проводить дополнительные исследования для определения оптимальных протоколов лечения.

Стафинова Е.А., Сайко Д.Ю., Фоминова Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ШЕЙНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Боль в шейном отделе позвоночника (ШОП) и голове является важной проблемой современной медицины. Болевой синдром и рефлекторные мышечно-тонические симптомы в ШОП значительно снижают качество жизни и ограничивают жизнедеятельность пациентов. Остеохондроз диагностируется у 43% населения в возрасте 25-40 лет и 92% пожилых людей. Частота цервикогенной головной боли составляет от 0,4% до 2,5%, а хронической головной боли – 15-20%. Женщины болеют в 4 раза чаще мужчин.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 107 пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, которые лечились в I неврологическом отделении Республиканской клинической больницы им. М. Калинина за 10 лет. Женщин было 68 (63,6%), мужчин – 39 (36,4%) в возрасте от 37 до 74 лет. Для диагностики пациентов с головной болью при шейном остеохондрозе применяли методы: клиничко-лабораторные, рентгенографию шейного отдела позвоночника, компьютерную или магнитно-резонансную томографию (МРТ), электроэнцефалографию, исследование глазного дна. Привлекали для консультации окулиста, врача-ортопеда и др. для уточнения диагноза и исключения других причин головной боли.

Результаты. Основной причиной головной боли, головокружения и слабости явилась патологическая извитость позвоночной артерии с нарушением кровоснабжения головного мозга. У пациентов выявлены 6 причин патологического изменения позвоночной артерии и корешков спинного мозга на шейном уровне: 1) грыжа межпозвоночного диска; 2) протрузия межпозвоночных дисков; 3) смещение межпозвоночного диска; 4) спазм мышц шеи; 5) остеофиты на позвонках; 6) подвывих шейных позвонков.

Магнитно-резонансная томография при шейном остеохондрозе проведена у 89 чел. и позволила оценить состояние шейных позвонков, межпозвоночных дисков, мягких тканей, спинного мозга, нервов и сосудов, даже на ранних стадиях развития патологического процесса. При МРТ чётко видны истончение и смещение межпозвоночных дисков, уплотнённые образования, появление грыж и протрузий межпозвоночных дисков, гипертрофия связок, деформация дугоотростчатых сочленений, дегенеративно-дистрофические изменения и смещения в позвонках.

Для лечения головной боли при остеохондрозе ШОП применяли методы: медикаментозный (обезболивающие препараты, миорелаксанты, сосудорасширяющие средства, противовоспалительные нестероидные препараты, неселективные ингибиторы ЦОГ-2), физиотерапию (магнитотерапию, электрофорез, парафинотерапию, массаж, иглоукальвание). После курса лечения в 82,6% случаев головные боли не беспокоили, качество жизни улучшилось.

Выводы. Для комплексного лечения головной боли при остеохондрозе ШОП необходимы длительность, системность и этапность. Использование мультидисциплинарного подхода к лечению в большинстве случаев приводит к редуцированию болевого синдрома и улучшению качества жизни пациентов.

Стафинова Е.А., Шевченко В.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Актуальность. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в мире и РФ среди населения варьирует от 8 до 38,8%. Среди уточненных жалоб в типичный симптомокомплекс ГЭРБ входят: изжога, отрыжка, регургитация, одинофагия, дисфагия, некардиальная боль в грудной клетке по ходу пищевода и атипичные симптомы: кардиальные, легочные, оториноларингологические и стоматологические проявления. Внепищеводные симптомы встречаются почти у четверти пациентов с ГЭРБ. Среди пациентов ГЭРБ широко распространены и неврологические нарушения: дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС), нейрокогнитивные и невропсихические нарушения, коррекция которых обычно не проводится в связи с отсутствием адаптированных схем диагностики и лечения ГЭРБ. Работы, которые посвящены анализу распространенности неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ, позволяют подобрать адекватную медикаментозную терапию, что приобретает высокую значимость.

Цели и задачи. Проанализировать эффективность медикаментозной терапии вегетативной дисфункции у пациентов с ГЭРБ на 30 сутки от начала лечения.

Материалы и методы. В когортном лонгитудинальном исследовании приняли участие 40 пациентов, которые не отличались между собой по возрастным группам и средневозрастным показателям $41,9 \pm 9,9$ лет из них 23 (58% \pm 8) женщины и 17 (42% \pm 8) мужчин, с нарушениями ВНС различной степени выраженности. Пациенты с дисфункцией ВНС были разделены в произвольном порядке на группу исследования (ГИ) – 30 пациентов, которые получали в дополнение к базисной терапии ГЭРБ Беллатаминал 1 таб. 3 раза в день per os в течение 1 месяца, и группу контроля (ГК) – 10 пациентов, которые получали только базисную терапию ГЭРБ. Эффект терапии оценивался на 30 сутки при помощи вегетативного индекса Кердо (ВИК).

Результаты и обсуждение. В ГИ среди 30 пациентов по данным ВИК статистически значимо чаще у 21 (70% \pm 8) пациента, из них 11 женщин и 10 мужчин, выявлялось превалирование симпатического отдела ВНС ($p < 0,05$); у 1 (3% \pm 3) женщины выявлялись признаки выраженной симпатикотонии; среди 6 (20% \pm 7) пациентов, из них 4 женщины и 2 мужчин, превалировала парасимпатикотония; признаки выраженной парасимпатикотонии выявлялись у 2 (7% \pm 5) пациентов, из них у 1 женщины и 1 мужчины. В ГК у 6 пациентов, из них у 3 женщин и 3 мужчин, имелись признаки симпатикотонии; у 1 пациентки была выявлена выраженная симпатикотония; 2 женщины имели признаки превалирования парасимпатического отдела ВНС; у 1 мужчины установлены признаки выраженной парасимпатикотонии.

При повторном исследовании на 30 сутки в ГИ значимо чаще выявлялась нормотония среди 25 (63% \pm 8) больных, из них у 14 женщин и 11 мужчин ($p < 0,05$). Признаки симпатикотонии выявлены значимо реже среди 3 (3% \pm 3) пациентов ($p < 0,01$), из них статистически значимо меньше женщин – 2 человека ($p < 0,05$) и мужчин – 1 пациент ($p < 0,05$); признаки превалирования парасимпатического отдела ВНС выявлялось у 2 (7% \pm 5) пациентов, из них у 1 женщины и 1 мужчины. Признаков выраженной симпатикотонии и выраженной парасимпатикотонии на 30 сутки в группе исследования выявлено не было. По критерию Вилкоксона установлено изменение показателя ВИК в конце исследования ($p = 0,041$).

В ГК на 30 сутки нормотония выявлялась у 2 пациентов, из которых 1 женщина и 1 мужчина; у 5 пациентов, из них 3 женщины и 2 мужчин, сохранялись признаки симпатикотонии; признаков выраженной симпатикотонии не определялось; признаки парасимпатикотонии выявлялись у 2 пациентов, из них у 1 женщины и 1 мужчины; проявления выраженной парасимпатикотонии определялись у 1 женщины.

Выводы. Терапия, направленная на коррекцию вегето-сосудистой дистонии значительно стабилизирует показатели дисфункции вегетативной нервной системы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что влияет на эффект терапии.

Стаценко Е.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ТОЛУОЛА, А ТАКЖЕ ПРИ ВВЕДЕНИИ ТИОТРИАЗОЛИНА И ЭХИНАЦЕИ

На сегодняшний день проблема влияния факторов химической этиологии на организм человека стоит как нельзя остро и ввиду этого вызывает огромный научный интерес у исследователей. В достаточно длинном перечне таких веществ далеко не последнее место занимает влияние эпоксидных смол, одним из основных летучих компонентов которых является толуол. Спектр применения эпоксидных смол весьма широк: они могут входить в состав клейкой ленты, чернил, красок, приборов из виниловой пластмассы, оправ для очков и т.д.

Целью исследования было изучение органомерических показателей гладкой мускулатуры тонкой кишки половозрелых крыс-самцов при хроническом ингаляционном воздействии толуола, а также при воздействии толуола на фоне применения тиотриазолина и экстракта эхинацеи пурпурной.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 72 белых беспородных половозрелых лабораторных крысах-самцах с исходной массой 210 г.

Животные были разделены на 3 группы, в каждой группе по 4 серии: контрольная и 3 подопытных (по 6 особей в каждой серии). Каждая группа животных соответствовала сроку участия животного в эксперименте (1 группа - 1 день, 2 группа - 7 день, 3 группа - 15 день). Животные подвергались хроническому ингаляционному воздействию толуола в течении 60 дней в концентрации 10 ПДК с применением корректоров (тиотриазолин и эхинацея) у определенной части животных. Тиотриазолин вводился внутривентриально из расчета 117 мг/кг массы тела. Эхинацея вводилась внутривентриально из расчета 50 мл/кг массы тела. Забой происходил на 1, 7, 15 сутки после прекращения ингаляционного воздействия толуола. Для исследования брали участок тонкой кишки длиной 1.5-2 см. Животных выводили из эксперимента через 1, 7, 15 дней путём декапитации под эфирным наркозом. Изучали следующие органомерические показатели: диаметр просвета и толщина мышечного слоя тонкой кишки.

Результаты исследования. В результате воздействия толуола на организм подопытных животных происходило уменьшение просвета кишки с 1 по 15 сутки на 5,6%, 7,2%, 4,3% и толщины мышечного слоя с 1 по 15 сутки на 5,7%, 7,6%, 4,5%. При введении тиотриазолина происходило увеличение просвета кишки с 1 по 15 сутки на 3,2%, 4,1%, 3,3% и толщины мышечного слоя на 3,4%, 4,2%, и 3,4 % и эхинацеи пурпурной изменение просвета кишки с 1 по 15 сутки были больше контрольных значений на 2,1 %, 2,5%, 2,3% и толщины мышечного слоя на 2,3%, 2,7% и 2,4% соответственно с 1 по 15 сутки.

Заключение. Полученные результаты показали следующее:

1. Гладкая мышечная ткань весьма чувствительна к ингаляционному воздействию производственного аллергена толуола.

2. Ингаляционное воздействие толуола в дозировке 10 ПДК на организм половозрелых подопытных животных приводит к уменьшению диаметра просвета и толщины стенки тонкой кишки по сравнению с интактными животными.

3. Применение тиотриазолина и экстракта эхинацеи пурпурной в дозе 117 мг/кг массы тела и 50 мл/кг массы тела соответственно на фоне хронического ингаляционного воздействия толуола на организм подопытных животных в значительной степени сглаживает изменения органомерических показателей гладкой мускулатуры, приближая их к контрольным значениям.

*Степанова А.А., Лесовик Ю.А., Варламова О.Н., Гурина О.П.,
Блинов А.Е., Дементьева Е.А.*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

ЦИТОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА ЛИМФОЦИТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА

Актуальность: Ключевыми факторами в этиопатогенезе атопического дерматита у детей являются генетическая предрасположенность, отрицательные экологические факторы, заболевания матери в период беременности. Данные исследований демонстрируют, что избыточная продукция медиаторов воспаления при развитии аллергических реакций может являться причиной изменений в субпопуляционном составе лимфоцитов, приводящих к нарушению иммунологического статуса у пациентов с атопией.

Цель: оценить особенности субпопуляционного состава лимфоцитов при атопическом дерматите у детей первого года жизни.

Материалы и методы: Обследованы 37 пациентов в возрасте от 2 до 12 месяцев с диагнозом атопический дерматит. Рассмотрены две группы пациентов: первая группа – дети в возрасте 2-6 месяцев (22 пациента), вторая группа – дети в возрасте 7-12 месяцев (15 детей). Иммунофенотипирование лимфоцитов проводилось методом проточной цитофлуориметрии по безотмывочной технологии, клетки окрашивались трехцветными комбинациями конъюгированных с флуоресцентными красителями FITC/PE/PC5 моноклональных антител.

Результаты: В первой группе пациентов в 68,2% случаев установлено развитие абсолютной Т-лимфопении за счет снижения абсолютного количества Т-хелперов (59,1% пациентов с абсолютной Т-лимфопенией), цитотоксических Т-лимфоцитов (36,4% пациентов), CD25+ Т-клеток (10% пациентов), относительного и абсолютного уровня активированных Т-клеток с маркерами активации HLA-DR (63,6% и 86,4% детей, соответственно). У 27,3% детей в первой группе понижен иммунорегуляторный индекс (ИРИ), у 18,2% обследованных – ИРИ повышен. У 22,7% пациентов первой группы выявлен относительный В-лимфоцитоз.

Во второй группе пациентов диагностирована абсолютная В- (40,1% детей) и Т-лимфопения (32% случаев), выявлено снижение абсолютного уровня Т-хелперов у 11% обследованных, Т-цитотоксических лимфоцитов – у 40,3%, активированных CD3+HLA-DR+ - у 60,4%. ИРИ снижен у 39,8% пациентов второй группы, повышен – в 60,2% случаев.

У пациентов обеих групп обнаружено снижение относительного и абсолютного количества активированных NK-лимфоцитов: в первой группе – у 72,7% и 59% пациентов, соответственно; во второй группе – у 81,3% и 70,4%, соответственно. В обеих группах зафиксировано понижение относительного уровня защищающих слизистые оболочки –Т-лимфоцитов: у 59,1% детей первой группы, у 82,5% пациентов второй группы.

Выводы: Результаты исследования демонстрируют наличие полиморфной дисфункции дифференцировки лимфоцитов при атопическом дерматите у детей первого года жизни. Выявленные особенности изменений субпопуляционного состава лимфоцитов обуславливают повышенную вероятность присоединения сопутствующих инфекционных процессов. Своевременная оценка изменений дифференцировки лимфоцитов позволит провести патогенетически обоснованную иммунокоррекцию для снижения риска возникновения сопутствующей патологии, повышения эффективности базисной терапии атопического дерматита у детей и оптимизации прогноза заболевания.

Степанова А.А., Соколова К.Д., Гурина О.П., Варламова О.Н., Блинов А.Е.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Актуальность: Классификация атопического дерматита, отражающая клинически значимую возрастную динамику процесса, включает младенческую (с 1 мес. до 1г.11мес.), детскую (2-11 лет) и подростковую форму (старше 12 лет). Исследования демонстрируют, что при длительном течении атопического аллергического процесса, сохраняющаяся избыточная продукция медиаторов воспаления может являться причиной динамических изменений дифференцировки лимфоцитов, приводящих к нарушениям иммунологического статуса и имеющим характерные особенности в различные возрастные периоды заболевания.

Цель: изучить особенности лимфоцитарной дифференцировки при детской и подростковой форме атопического дерматита.

Материалы и методы: Обследованы 36 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет с диагнозом атопический дерматит. Рассмотрены две группы пациентов: первая группа – дети в возрасте 6-11 лет (17 детей), вторая группа – дети в возрасте 12-17 лет (19 детей). Иммунофенотипирование лимфоцитов проведено методом проточной цитофлуориметрии по безотмывочной технологии, клетки окрашивались трехцветными комбинациями моноклональных антител, конъюгированных с флуоресцентными красителями FITC/PE/PC5.

Результаты: У пациентов первой группы выявлена Т-лимфопения за счёт снижения абсолютной и относительной концентрации активированных Т-клеток с маркерами активации HLA-DR (23,5% и 47% детей, соответственно), относительного уровня CD25+ Т-клеток (11,8% пациентов). У 18% пациентов первой группы выявлен абсолютный В-лимфоцитоз. У 35,3% детей в первой группе установлено понижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ), у 17,8% пациентов зафиксировано повышение ИРИ.

В группе пациентов 12-17 лет диагностирован абсолютный В-лимфоцитоз (36,8% детей) и относительный Т-лимфоцитоз (26,4% случаев) с повышением относительного уровня Т-хелперов CD3+,CD4+ (12,2% больных), абсолютного и относительного уровня CD25+ Т-клеток (15,8% и 10,5% пациентов, соответственно), но при этом у 21,1% пациентов зафиксировано снижение относительной концентрации CD25+ Т-клеток. Установлено снижение абсолютного и относительного уровня CD3-CD(16+56)+ NK-лимфоцитов у 26,8% и 57,4% обследованных, соответственно. У 21,6% пациентов второй группы снижен ИРИ.

В обеих группах пациентов выявлено снижение относительного и абсолютного количества CD8+ NK-лимфоцитов: в первой группе – у 23,5% и 11,8% пациентов, соответственно; во второй группе – у 53% и 32,1%, соответственно. В обеих группах зафиксировано повышение абсолютного уровня защищающих слизистые оболочки –Т-лимфоцитов: у 64,7% детей первой группы, у 31,8% пациентов второй группы, однако, относительный уровень $\gamma\delta$ -Т-лимфоцитов повышен у пациентов первой группы (17% детей) и понижен во второй группе больных (42%).

Выводы: Данные исследования показывают присутствие полиморфной дисфункции лимфоцитарной дифференцировки при атопическом дерматите у детей 6-17 лет. Выявленные особенности изменений субпопуляционного состава лимфоцитов демонстрируют отличия в иммунологическом статусе пациентов с атопическим дерматитом в различные возрастные периоды заболевания. Для оптимизации базисной терапии и прогноза атопического дерматита, снижения риска сопутствующих заболеваний, показано проведение диагностики изменений лимфоцитарной дифференцировки в динамике, что позволит провести детальную иммунокоррекцию, учитывающую характерные иммунологические особенности актуальной возрастной формы атопического дерматита.

Степанова М.Г., Мехова Г.А., Мехова Л.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ

Актуальность. Пищевое поведение является важной составляющей здоровья и благополучия человека. Оно включает в себя привычки питания, выбор продуктов, частоту приема пищи и другие аспекты, влияющие на состояние организма. В условиях обучения в высшем учебном заведении студенты адаптируются к новым реалиям и сталкиваются со значительными изменениями в образе жизни. На плечи первокурсников ложатся повышенные умственные нагрузки, новые формы социального взаимодействия, необходимость самостоятельно организовывать свою жизнь, что, несомненно, влияет на их модели пищевого поведения и здоровье. Среди наиболее значимых факторов, формирующих пищевые паттерны и оказывающих воздействие на психоэмоциональный фон, успеваемость и качество жизни в целом, являются режим дня, социальная активность, доступность здоровой пищи, финансовые ограничения.

Целью исследования явилось изучение пищевого поведения студентов первокурсников в процессе адаптации к студенческой жизни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 56 студентов первого курса ДонГМУ им. М. Горького в возрасте от 17 до 19 лет. Для определения особенностей пищевого поведения студентов использовался метод анкетного опроса, включающий вопросы о режиме, рационе питания и взаимосвязи этих показателей со здоровьем респондентов.

Результаты и их обсуждение. Рациональное питание играет ключевую роль в поддержании здоровья и высокой трудоспособности. По результатам опроса 94,3% студентов имеют понятие о рациональном питании. Однако возможность соблюдения сбалансированного питания в реальных условиях студенческой жизни отметили только 59% респондентов. Анализ полученных результатов показал, что многие студенты (41,7%), перейдя в режим учебного года, начинают питаться нерегулярно и однообразно, отдавая предпочтение быстрым перекусам, фастфуду и полуфабрикатам, оправдывая это нехваткой времени и расстоянием до ближайших точек общепита. Студенты часто выбирают продукты питания исходя из их доступности, привлекательности и цены, а не из их питательной ценности. У 96,5% студентов происходит сдвиг рациона питания в сторону более жирной и углеводсодержащей пищи, наряду с уменьшением потребления молочных продуктов, свежих фруктов и овощей. Нерациональный выбор продуктов обуславливает снижение поступления белков, витаминов и минералов в организм. Только 18% студентов принимают витамины дополнительно, как добавку к пищевому рациону. Сознательно пропускают завтрак или обед, чтобы сэкономить время для учебы или общения 24,6% респондентов. Высокий темп жизни и большие умственные нагрузки создают состояние напряжения и стресса у 74,7% респондентов. Недостаток энергии в конце дня, усталость, снижение концентрации внимания и ухудшение восприятия информации вследствие несоблюдения режима питания отметили 67,2% респондентов. Чтобы себя взбодрить в течение дня 41,3% студентов употребляют кофе, 42,3% зеленый или черный чай и 16,4% энергетики. Склонны заедать свои переживания сладостями и высококалорийной пищей 53,3% юношей и девушек, вследствие чего, согласно полученным данным, 16,7% студентов имеют лишний вес и проблемы с пищеварением. Тем не менее, абсолютно все студенты уверены, что особенности питания оказывают влияние на их самочувствие и 88,2% считают, что ежедневный рацион, является залогом здоровья и активной жизни.

Выводы. Адаптация к учебному процессу и пищевое поведение студентов взаимосвязанные и взаимовлияющие друг на друга процессы, определяющие успешность в обучении, физическом здоровье, активном социальном поведении. Студенты первокурсники нуждаются в коррекции модели пищевого поведения.

Страйстарь Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Введение. Актуальность изучения ЛОР-болезней у взрослых и детей в настоящее время остается высокой, поскольку количество людей, страдающих различными заболеваниями уха, горла и носа, продолжает увеличиваться. Это обстоятельство имеет высокое медико-социальное значение, так как влияет на ряд показателей, отражающих уровень качества жизни.

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний ЛОР-органов, выявить основные направления по профилактике увеличения заболеваемости.

Материалы и методы. Проведен сбор и анализ данных литературных источников, посвященных распространенности заболеваний ЛОР-органов как в мире, так и на территории Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с актуальными данными литературы, наиболее распространенными заболеваниями оториноларингологического профиля являются средний отит, нейросенсорная тугоухость, аллергический ринит, риносинусит, а также злокачественные новообразования ЛОР-органов. Средний отит встречается во всех группах населения, им ежегодно заболевают 10,85% населения планеты, однако большинство случаев приходится на детей дошкольного возраста, преимущественно в странах с низким и средним уровнями дохода. Известно, что осложнениями среднего отита могут быть снижение слуха вплоть до глухоты, переход заболевания в хроническую форму, парез лицевого нерва, мастоидит, анtrit, петрозит и поражение оболочек головного мозга (менингит, менингоэнцефалит). На нейросенсорную тугоухость приходится более половины случаев тугоухости. От данной патологии страдают около 5% населения планеты (430 млн. человек). У 13 млн. человек в России нейросенсорная тугоухость привела к потере слуха. По статистике заболеваемость аллергическим ринитом в мире варьирует от 5% до 52% и имеет тенденцию к увеличению. Наибольшая распространенность регистрируется в развитых странах. Данная нозология является одним из самых распространенных хронических педиатрических заболеваний. Также было установлено, что мужчины болеют аллергическим ринитом на 6% чаще, чем женщины. Заболеваемость риносинуситом в США составляет 12,3%, 10,9% в Европе и 13% в Китае. Отмечается, что данное заболевание чаще встречается среди жителей сельской местности, чем среди жителей города. В России риносинуситом страдают от 5% до 15% населения. Число злокачественных новообразований ЛОР-органов непрерывно растет. Наиболее часто встречается рак гортани, он занимает первое место среди новообразований ЛОР-органов и 5-7% от всех злокачественных новообразований. В 96% случаев данное заболевание встречается у лиц мужского пола, а средний возраст умерших составляет 64,5 года, что, вероятно, связано с распространенностью табакокурения среди мужчин.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ литературы подтвердил значительную медико-социальную важность заболеваний ЛОР-органов и необходимость постоянного мониторинга их распространенности. Это, в свою очередь, может сыграть ключевую роль в планировании лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, а также в совершенствовании материально-технической базы медицинских учреждений.

Стрельская Е.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

НЕОБХОДИМОСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ

Введение: Сахарный диабет является одним из социально-значимых заболеваний, возлагающих бремя на отечественную систему здравоохранения. Актуальность данной проблемы с годами только возрастает, что обуславливает принятие все новых комплексов мер по борьбе как с самим заболеванием, так и с его последствиями. Однако на настоящий момент оптимального решения не существует.

Цель исследования: провести обзор отечественной и зарубежной литературы, отражающий опыт междисциплинарного взаимодействия медицинской и социальной служб в вопросах оказания помощи пациентам с сахарным диабетом.

Материалы и методы: использованы данные отечественной и зарубежной научной литературы. **Методы исследования:** монографический, аналитический.

Результаты: Комплекс медико-социальных услуг подразумевает организованное пациентоориентированное обслуживание определенных контингентов населения с целью решения их медико-социальных проблем, улучшения состояния здоровья, профилактики осложнений и повышения качества жизни. Так, для пациентов с сахарным диабетом крайне важны информированность о своем заболевании, своевременные явки с целью диспансерного наблюдения, доступность смежных специалистов, получение социального обеспечения. Кроме того, осложнения сахарного диабета приводят к тяжелейшим инвалидизирующим последствиям: нефропатии, инсультам, ампутациям, слепоте. В этом случае объем необходимой социальной помощи значительно расширяется, но возможность достичь высокого уровня качества жизни для пациентов навсегда утрачивается. Известно, что медико-социальная помощь более востребована среди лиц старше трудоспособного возраста, что связано с наличием сопутствующих заболеваний и потребностью в уходе. При этом среди лиц 65 лет и старше доля тех, кому доступен долговременный уход в учреждениях социальной службы и на койках длительного ухода в системе здравоохранения, составляет порядка 2,5%, что в пять раз меньше потребности. Такая ситуация объясняется с одной стороны дефицитом профильных коек и кадров, а с другой отсутствием координационного контакта между медицинской и социальной сферами, который может позволить оптимизировать оказание помощи в условиях ограниченных ресурсов. В структуре медико-социальной помощи, оказываемой на дому средними медицинскими специалистами, около 70% составляют услуги медицинской помощи и почти 30% - услуги, не входящие в их должностные обязанности. Напротив, социальные работники не обладают достаточными знаниями и навыками, чтобы помочь пациенту в медицинских вопросах. Таким образом, доступность и своевременность получаемой медицинской и социальной помощи снижается, что приводит к падению качества жизни граждан.

Заключение: Многими авторами признается недостаток организованного взаимодействия между социальной и медицинской системами. Подчеркивается необходимость внедрения систем координации и преемственности между организациями, оказывающими медицинскую и социальную помощь на государственном уровне.

Стрельцова А.А., Гудкова А.Я.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1739843 ГЕНА БЕЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКА 7 (HSPB7) С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ≥45 ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ 15-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является универсальной моделью хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Полиморфный вариант rs1739843 гена белка теплового шока 7 (HSPB7) – новый генетический маркер клинического течения ХСН.

Цель – изучить взаимосвязь полиморфного варианта rs1739843 гена белка HSPB7 с особенностями клинического течения у пациентов с ГКМП в возрасте ≥45 лет.

Материалы и методы. В исследование (2008-2023 гг.) включено 152 пациента в возрасте ≥45 лет с подтвержденным диагнозом ГКМП. Группу контроля составили 192 практически здоровых человека. Дизайн исследования включал в себя определение вариантов клинического течения ГКМП с применением методического подхода, предложенного Rowin EJ и соавторами в 2017 г. В основе модели, разработанной Rowin EJ. и соавторами (2017 г.), – выделение клинических вариантов ГКМП по признаку наличия 3 синдромов развития заболевания и их комбинаций: 1 синдром: проведенная профилактика внезапной сердечной смерти (ВСС)/ пациенты, умершие внезапно вследствие аритмических причин; 2 синдром: декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) до III-IV функционального класса (ФК); 3 синдром: развитие фибрилляции предсердий (ФП). С учетом отсутствия/наличия синдромов развития и их возможных сочетаний, было выделено 8 клинических вариантов развития ГКМП. Полиморфный вариант rs1739843 гена HSPB7 был идентифицирован методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени».

Результаты. Проведен анализ генотипов и аллелей гена полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 у пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет и контрольной группе. Генотип ТТ полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 в группе ГКМП в возрасте ≥ 45 лет был выявлен в 18,4% случаев, а в группе контроля – в 4,2% случаев ($p < 0,001$). Распределение аллелей С : Т полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 у пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет составило 52,96 : 47,04 % и значимо отличалось от группы контроля – 88,02 : 11,98 % (ОШ = 0,153, 95 % ДИ = 0,105 - 0,224, $p < 0,001$). Генотип СС полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 выявлен в 80,2% случаев в контрольной группе, в сравнении с 29,6% - в группе ГКМП в возрасте ≥ 45 лет ($p < 0,001$). Также были проанализированы ассоциации распределения генотипов и аллелей полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 с особенностями клинического течения у пациентов ГКМП в возрасте ≥ 45 лет. У участников исследования в возрасте ≥ 45 лет с генотипом ТТ полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 риск появления пятого клинического варианта течения ГКМП (ХСН + ФП) после поправки на пол, возраст и значение ФВ ЛЖ, был в 9,8 раз выше, по сравнению с пациентами с СС генотипом данного полиморфного варианта ($p < 0,010$).

Заключение. У больных ГКМП в возрасте ≥45 лет была выявлена значимо большая частота встречаемости генотипа ТТ и аллеля Т полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7, по сравнению с контрольной группой. Таким образом, полиморфный вариант rs1739843 в интронной области гена HSPB7 может быть рассмотрен как молекулярно-генетический предиктор ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ у пациентов с ГКМП. У пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет и генотипом ТТ полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 риск развития ХСН в сочетании с ФП был в 9,8 раз выше, чем для пациентов этой возрастной группы с генотипами СС и СТ данного полиморфного варианта, независимо от пола, возраста и конечной ФВ ЛЖ.

Стрельцова А.А., Гудкова А.Я.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ RS2305619 И RS3816527 ГЕНА ПЕНТРАКСИНА-3 (РТХ3) С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ≥45 ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ 15-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Пентраксин-3 (РТХ3) относится к длинным пентраксинам из суперсемейства острофазовых белков. Будучи маркером воспаления, РТХ3 является долгосрочным независимым предиктором прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель – изучить взаимосвязь полиморфных вариантов rs2305619 и rs3816527 гена РТХ3 с особенностями клинического течения у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в возрасте ≥45 лет.

Материалы и методы. В исследование (2008-2023 гг.) включено 154 пациента в возрасте ≥45 лет (62 года [53,75;69,0]), (55,2% - женщины, 44,8% - мужчины) с подтвержденным диагнозом ГКМП. На момент начала исследования, большинство из пациентов имели ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≥50% на уровне II функционального класса (ФК) на фоне проводимой оптимальной терапии (в т.ч. бета-адреноблокаторами в адекватных дозах). Дизайн исследования включал в себя оценку параметров эхокардиографии, особенностей клинического течения, а также наличие сопутствующих заболеваний. Полиморфные варианты rs2305619 и rs3816527 гена РТХ3 были идентифицированы методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени».

Результаты. В возрастной группе ≥ 45 лет, аллель G полиморфного варианта rs2305619 гена РТХ3 определялся достоверно чаще у пациентов с ГКМП и ХСН с умеренно сниженной и сниженной ФВ ЛЖ <49%, по сравнению с сохраненной ФВ ЛЖ (≥50%) (A:G, ОШ = 0,425, 95 % ДИ = 0,218-0,828, p<0,010). Аллель A полиморфного варианта rs3816527 гена РТХ3 также определялся достоверно чаще у пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет и ХСН с умеренно сниженной и сниженной ФВ ЛЖ (<49%), по сравнению с сохраненной ФВ ЛЖ (≥50%) (A:C, ОШ = 3,497, 95 % ДИ = 1,574-7,769, p<0,001). Были выявлены значимые отличия в распределении генотипов полиморфных вариантов rs2305619 и rs3816527 гена РТХ3 с типом ХСН у пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет. Показано, что генотип GG полиморфного варианта rs2305619 и генотип AA полиморфного варианта rs3816527 гена РТХ3 встречались значительно чаще при наличии ХСН со умеренно сниженной и сниженной ФВ (p<0,033 и p<0,004, соответственно). У пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет и наличием сахарного диабета (СД), тип 2 значительно преобладали генотипы AG и GG, по сравнению с генотипом AA полиморфного варианта rs2305619 гена РТХ3 (p<0,031). Так наличие генотипа GG данного полиморфного варианта у пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет связано почти с 6-кратным увеличением риска СД, тип 2, независимо от пола и возраста (p<0,031).

Заключение. У пациентов с ГКМП в возрасте ≥ 45 лет аллель G, генотип GG полиморфного варианта rs2305619, а также аллель A, генотип AA полиморфного варианта rs3816527 гена РТХ3 ассоциированы снижением ФВ ЛЖ <49%, независимо от пола и возраста, и могут потенциально рассматриваться в качестве маркера прогрессирования ХСН при ГКМП в старшей возрастной группе. Наличие генотипа GG полиморфного варианта rs2305619 гена РТХ3 у пациентов с ГКМП ≥ 45 лет связаны с увеличением риска СД, тип 2.

Стрельченко Ю.И., Давлеева М.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА БАЛАНС ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Цель. Оценить влияние фотодинамической терапии на баланс про- и противовоспалительных цитокинов, определить особенности иммунной регуляции у пациентов Донецкого региона в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. Материалом послужили 120 медицинских карточек стоматологического отделения Университетской клиники ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России за 2010-2019 гг. Содержание в крови VEGF, IL-1-beta, TNF-alfa, IL-4 определяли с использованием иммуноферментных тест-систем: VEGF-ИФА-БЕСТ, Интерлейкин 1 бета-ИФА-БЕСТ, альфа-ФНО-ИФА-БЕСТ, Интерлейкин 4-ИФА-БЕСТ (АО «Вектор-Бест» Россия). Интенсивность окраски продуктов иммуноферментных реакций количественно измеряли на планшетном ридере «Multiscan EX» Thermo Electron Corp. (Финляндия) при длине волны 450 нм.

Результаты исследования и обсуждение. Получено статистически значимое ($p < 0,05$) модулирующее воздействие фотодинамической терапии на баланс соотношения про- и противовоспалительных цитокинов: концентрация провоспалительного IL-1-beta была на 40,3 % ниже; TNF-alfa на 20,7 % ниже; противовоспалительного цитокина IL-4 на 41 % выше; VEGF на 87 % выше, чем при традиционных методах лечения. Динамика снижения провоспалительных и повышения противовоспалительных цитокинов логично отставала от реакции неспецифического звена иммунитета, и у пациентов Донецкого региона периода локального военного конфликта была статистически значимо ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов основной и контрольной групп. Эти факты говорят о дисбалансе соотношения про- и противовоспалительных цитокинов, а соответственно и условий для нормальной регенерации раневого процесса у такого контингента пациентов.

Динамика изменений цитокинов, фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа, лизоцима и секреторного IgA коррелировала с показателями оксидантно-антиоксидантной системы. Коэффициенты корреляции между этими показателями варьировали от средней степени ($r = 0,68$) до сильной ($r = 0,82$); $p < 0,05$. Однако, у пациентов Донецкого региона периода локального военного конфликта коэффициенты корреляции были по степени ниже, чем у пациентов основной и группы контроля от слабой ($r = 0,44$) до средней степени ($r = 0,74$); $p < 0,05$. Таким образом, у данного контингента пациентов нарушены нейрогуморальные взаимоотношения и процессы прямых и обратных связей иммунной регуляции репаративных процессов.

Выводы. Фотодинамическая терапия оказывает статистически значимое ($p < 0,05$) модулирующее воздействие на баланс цитокинов, снижая уровни провоспалительных и увеличивая концентрации противовоспалительных цитокинов, что способствует репарации тканей. Выявлены особенности иммунных процессов у пациентов Донецкого региона периода локального военного конфликта, проявляющиеся в виде снижения интенсивности иммунного ответа, дисбаланса уровня цитокинов, показателей оксидантно-антиоксидантной системы, фагоцитарной активности (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число), уровнем лизоцима и секреторного IgA. Нарушения нейрогуморальной регуляции иммунных процессов у данных пациентов требуют дальнейшего изучения дополнительных терапевтических подходов.

Стрельченко Ю.И., Жиляев Р.А., Зубрилова Е.Г., Прокопенко Е.В., Вердиян А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель. Изучить изменения показателей костного метаболизма у пациентов с переломами костей таза в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. Материалом послужили 211 историй болезни пациентов с повреждениями костей таза, с наличием ДСТ и без, находившихся на лечении в травматологических отделениях ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии» и Центральной городской больницы № 17 г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики с 2016 года по 2021 год и 40 пациентов контрольной и группы сравнения.

Определение в сыворотке крови электролитов (магния, фосфора, кальция), общего белка и его фракций, глюкозы, оксипролина и гидроксивитамина Д; активностей ферментов: щелочной и кислой фосфатаз (ЩФ-азы и КФ-азы), креатининфосфокиназы (КФК), проводили с помощью готовых наборов жидких реагентов. Содержание веществ и активность ферментов измеряли с помощью спектрофотометра SPECORD®-200, флуориметра Jenway 6200, микропланшетного фотометра LabSystems 352 Multiska MS.

Результаты исследования и обсуждение. Полученные результаты подтверждают негативное влияние стабильного перелома костей таза с развитием травматического шока лёгкой степени тяжести на регуляцию активности остеобластов и остеокластов, воспаление, ремоделирование и восстановление костной ткани. Статистически значимо снижался уровень ионизированного кальция на 33,5 %; $p < 0,001$; общего магния на 11,2 % и сывороточного фосфора на 15,5 %; $p < 0,001$. Возрастала активность щелочной фосфатазы, статистически значимо на 14 % и снижалась активность её костного изофермента на 12,6%; $p < 0,01$. Снижался уровень гидроксивитамина Д на 11,4%; $p < 0,01$.

Наличие ДСТ у пациентов со стабильными переломами и шоком лёгкой степени тяжести статистически значимо отягощает нарушения костного метаболизма большей степени, по сравнению с группой пациентов без ДСТ. Статистически значимо обнаружена разница между исследуемыми группами по общему кальцию на 18%; $p < 0,001$; ионизированному кальцию на 13 %; $p < 0,01$; костному изоферменту щелочной фосфатазы на 12,7%; $p < 0,01$; оксипролину на 26%; $p < 0,001$ и гидроксивитамину Д на 11,1%; $p < 0,01$.

Полученные результаты подтверждают негативное влияние нестабильного перелома костей таза с развитием травматического шока лёгкой степени тяжести на костный метаболизм. Статистически значимо повышался уровень общего кальция на 21%; $p < 0,001$; снижался уровень ионизированного кальция на 36,6 %; $p < 0,001$; общего магния на 21,2 % и сывороточного фосфора на 12,6 %; $p < 0,001$. Возрастала активность щелочной фосфатазы, статистически значимо на 22 % и снижалась активность её костного изофермента на 31%; $p < 0,01$. Повышался уровень оксипролина на 89%; $p < 0,001$ и снижался уровень гидроксивитамина Д на 41,8%; $p < 0,001$.

Наличие ДСТ у пациентов с нестабильными переломами и шоком лёгкой степени тяжести в большей степени отражалось на показателях костного метаболизма, по сравнению с группой пациентов без ДСТ. Статистически значимо была обнаружена разница между исследуемыми группами по общему кальцию на 9%; $p < 0,05$; ионизированному кальцию на 7,5 %; $p < 0,05$; общему магнию на 7,3%; $p < 0,05$; сывороточному фосфору на 12,4%; $p < 0,01$; костному изоферменту щелочной фосфатазы на 15,3%; $p < 0,01$; оксипролину на 7%; $p < 0,05$ и гидроксивитамину Д на 24%; $p < 0,01$.

Выводы. Таким образом наличие ДСТ статистически значимо отягощает нарушения костного метаболизма независимо от характера перелома.

Стрельченко Ю.И., Костямин Ю.Д., Прокопенко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАРАКРИННЫЕ ЭФФЕКТЫ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Цель. Изучить механизмы паракринных эффектов аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в улучшении кровоснабжения, метаболизма и структурной целостности миокарда у пациентов с хронической ишемией.

Материалы и методы. Материалом послужили истории болезни 64 пациентов, находившихся на стационарном лечении в сосудистом, рентгенохирургическом и комбустиологическом отделениях ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака» МЗ РФ и отделениях кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница имени М. И. Калинина» за период с 2005 г. по 2020 г. с митральной недостаточностью 2-3 степени и симптомными стенозами венечных артерий сердца. Содержание в крови VEGF-A, FGF, PDGF-BB, TGF-1beta, IL-4 и IL-10 определяли с помощью иммуноферментных тест-систем: VEGF-ИФА-БЕСТ, Интерлейкин 4-ИФА-БЕСТ, Интерлейкин 10-ИФА-БЕСТ (АО «Вектор-Бест» Россия), ELISA Kit «Human PDGF-BB Quantikine ELISA Kit» (R&D Systems; США), «Bender MedSystems», Австрия.

Результаты исследования и обсуждение. Эффективность трансплантации аутоМСК в течение 3-6 месяцев обусловлена их выраженным паракринным эффектом. Попадая в зону ишемии, они продуцируют и стимулируют факторы роста (повышение VEGF-A на 46 %, PDGF-BB на 83 %, FGF на 142 %; $p < 0,001$), противовоспалительные цитокины (IL-4, IL-10 и TGF-1beta), которые через активацию сигнальных путей активируют неоангиогенез и адаптируют метаболизм миокарда под условия ишемии, способствуют выживанию поврежденных кардиомиоцитов, активируют пролиферацию и защищают от апоптоза, стимулируют регенерацию миокарда. Неоваскуляризация в ишемизированных участках миокарда повышает кровоснабжение и кислородное обеспечение тканей миокарда. Улучшению метаболизма в кардиомиоцитах способствует активация сигнальных путей, улучшающих утилизацию глюкозы и жирных кислот, восстановление энергетического баланса. Антиаритмогенный эффект аутоМСК обусловлен изменением экспрессии ионных каналов и стабилизации мембранного потенциала кардиомиоцитов, уменьшением количества аритмогенных субстратов - зон фиброза.

АутоМСК различными путями предотвращают патологическое ремоделирование миокарда. АутоМСК подавляют фиброзный процесс, ингибируя активацию фибробластов и миофибробластов, что снижает синтез коллагена и других компонентов внеклеточного матрикса. Ингибирование воспалительного ответа путем секреции противовоспалительных цитокинов (повышение IL-4 на 868 % и IL-10 на 1096 %, $p < 0,001$, TGF-1beta на 27,5 %; $p < 0,001$) также снижает развитие фиброза, ведет к уменьшению повреждений сосудистой стенки и стабилизации атеросклеротических бляшек.

Внутривенное введение клеток на раннем сроке наблюдения статистически значимо ($p < 0,05$) также эффективно, как и трансэндомиокардиальный способ введения, однако утрачивает свою эффективность к шести месяцам в связи с недостаточным хоуминг-эффектом аутоМСК. Ложные инъекции дают реактивный сдвиг концентрации факторов роста, который статистически значимо ($p < 0,05$) менее эффективный, чем введение клеток, и быстро нивелируется в динамике и статистически значимо не вызывают изменения уровня противовоспалительных цитокинов ($p > 0,05$). На фоне медикаментозной терапии не происходит статистически значимых изменений концентрации факторов роста и противовоспалительных цитокинов ($p > 0,05$).

Выводы. Трансплантация аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (аутоМСК) оказывает выраженный терапевтический эффект при ишемической болезни сердца и митральной недостаточности 2-3 степени за счет их паракринного действия, включающего стимуляцию факторов роста (VEGF-A, PDGF-BB, FGF) и секрецию противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10, TGF-1 β).

Сулима А.Н., Ефремова Н.В.

Медицинский институт имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПОВЫШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ СИНДРОМЕ АШЕРМАНА

Синдром Ашермана (АС), как вариант патологии полости матки, имеет тенденцию к распространению, встречаясь в общей популяции от 3 до 13% случаев. В виду масштабного технического прогресса в акушерско-гинекологической помощи для визуализации патологии эндометрия увеличивается объем гинекологических операций, в том числе эндоскопических, что влечет за собой рост репродуктивных потерь из-за отсутствия наступления беременности у пациенток репродуктивного возраста. Масштаб представленной проблемы обсуждается на федеральном уровне согласно Указу Президента Российской Федерации от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи», и целью решения данного вопроса является повышение демографических показателей в Российской Федерации путем повышения детородной функции у пациенток репродуктивного возраста.

Цель исследования: анализ и обобщение литературных данных о современных представлениях и способах повышения репродуктивного потенциала у пациенток репродуктивного возраста с внутриматочными синехиями (ВМС).

Материалы и методы. В период с января по ноябрь 2024 г. выполнен обзор отечественных и зарубежных публикаций по представленной проблеме, индексируемых в таких наукометрических базах, как eLibrary, PubMed, КиберЛенинка.

Результаты и обсуждение. Акушеры-гинекологи, несмотря на давнее начало изучения АС, продолжают сталкиваться с ограничением возможностей лечения таких пациентов. Золотым стандартом диагностики и лечения ВМС является гистероскопия. Однако в случае тяжелых форм АС снижается эффективность данного метода из-за широкого распространения рецидивирования формирования спаек полости матки в 23-63% случаев. Согласно данным Jensen P. A. и Stromme W. B. существует базовая теория формирования ВМС, в основе которой лежит травматизация базального слоя эндометрия после выскабливаний полости матки. По результатам исследования Hooker A. B. у 19,1% женщин определяются синехии полости матки после проведения малых гинекологических операций.

Согласно отечественным и зарубежным протоколам, на современном этапе для предотвращения формирования внутриматочного спаечного процесса предлагается введение противоспаечных барьеров на основе гиалуроновой кислоты и карбоксиметилцеллюлозы ввиду хорошей гистосовместимости, своевременной биодеградации и всасываемости. Механизмом действия этой группы препаратов является хорошая адсорбционная активность на равновом дефекте в критическую фазу заживления, что значительно снижает макрофагальную активность, является препятствующим элементом адгезии фибробластов и тромбоцитов, запускает репарацию поврежденных тканей. В одном из исследований обращает внимание подтвержденная высокая эффективность данного геля у 300 пациенток на основании снижением рецидивирования АС после выскабливания полости матки. На основании этого оптимальным методом выбора лечения данных пациенток считается введение противоспаечных барьеров после внутриматочных вмешательств.

Выводы. Использование противоспаечных барьеров на основе гиалуроновой кислоты и карбоксиметилцеллюлозы, как способа повышения репродуктивного потенциала у женщин с внутриматочными синехиями, является оптимальным и наиболее перспективным методом лечения у данной категории пациенток.

Султанова Н.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) — хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое проявляется: повторными эпизодами свистящих хрипов, одышкой, эпизодами кашля (особенно по ночам или ранним утром), приступами удушья, которые, как правило, бывают связаны с воздействием аллергенов или неспецифических триггерных факторов (курение, холодный воздух, ОРВИ, физическая нагрузка, резкие запахи); обратимой обструкцией дыхательных путей, гиперреактивностью дыхательных путей. Количество заболеваний в 2024 году на 100000 населения составляет 1100 случаев (от 0 до 14 лет) и 1150 (от 15 до 18 лет)

Цель. Восстановление нормальной или близкой к нормальной функции легких. Полное отсутствие или минимальные проявления побочных эффектов лечения. Цели лечения одинаковы для всех пациентов, вне зависимости от тяжести заболевания. Необходимым условием для достижения контроля за БА является адекватная базисная терапия и гипоаллергенные мероприятия.

Материалы и методы. Элиминация аллергенов; Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) Анти IgE – терапия моноклональными антителами к IgE (омализумаб – ксолар). Сокращение фармакотерапии до минимальной дозы, позволяющей контролировать симптомы. Постоянное образование пациентов в отношении специфической и фармакологической терапии. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) – первая линия, терапия для контроля над астмой любой степени тяжести в виде монотерапии или в комбинации (А) Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) эффективны для облегчения симптомов и улучшения легочной функции, а также для профилактики обострений при легкой и среднетяжелой астме (А). Длительно действующие β_2 -агонисты (ДДБА) назначаются только в комбинации с ИГКС. Анти-IgE-терапия – тяжелая IgE опосредованная БА, рефрактерная к фармакотерапии (омализумаб)

Результаты.

1. Улучшение контроля симптомов: Внедрение ингаляционных кортикостероидов и комбинированных ингаляторов позволяет эффективно контролировать воспаление и симптомы.
2. Снижение частоты обострений: Профилактическое лечение и мониторинг состояния помогают уменьшить количество обострений и их тяжесть.
3. Увеличение времени ремиссии: Долгосрочная терапия способствует достижению длительных периодов ремиссии, улучшая качество жизни.
4. Новые терапевтические подходы: Использование биологических препаратов и лейкотриеновых антагонистов открывает новые возможности для лечения тяжелых форм астмы.
5. Образовательные программы: Обучение пациентов и их семей помогает лучше понимать заболевание и управлять им.
6. Исследования и клинические испытания: Постоянные исследования способствуют разработке новых методов лечения и профилактики.
7. Улучшение качества жизни: Современные методы лечения позволяют детям с астмой вести активный и полноценный образ жизни.

Современная медицина достигла значительных успехов в лечении бронхиальной астмы у детей, что позволяет многим из них жить полноценной жизнью, минимизируя влияние заболевания на их здоровье и качество жизни.

Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАННОЙ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Наиболее частыми проявлениями фоновой патологии в детском возрасте являются гипотрофия и железодефицитная анемия (ЖДА), причем особенно неблагоприятно и в тоже время часто встречается их сочетание. Следует также отметить, что оба патологических состояния взаимно усугубляют друг друга. Недостаточное поступление в организм ребенка отдельных витаминов или нарушение их усвоения ведет к развитию патологических процессов в виде клинических специфических гипо- и авитаминозных состояний. Следует также учитывать критические периоды, когда физиологично увеличивается потребность детского организма в витаминах.

Одним из компонентов современных витаминных препаратов является лизин. L-лизина гидрохлорид – аминокислота, необходимая для синтеза протеинов, основную роль играет в формировании мышечной ткани, необходим для усвоения и распределения кальция в организме, участвует в процессах формирования неспецифического иммунитета. Лизин не синтезируется в организме человека и поэтому получение лизина извне является необходимым, но так как потребность детей, особенно в период активного роста, в лизине повышается, то необходим прием витаминного препарата, содержащего эту аминокислоту.

В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение эффективности включения лизин-содержащего витаминного комплекса (ЛСВК) в комплексную терапию анемии, протекающей на фоне гипотрофии у детей раннего возраста.

Под нашим наблюдением находились 65 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с ЖДА I-II степени тяжести, сочетанной с гипотрофией. Все обследованные дети были распределены на две репрезентативные группы. I группа была представлена 35 детьми, которые в комплексной терапии ЖДА получали ЛСВК; во II группу были включены 30 детей, которые находились на базисной терапии ЖДА. Сравнительная оценка эффективности терапии проводилась с учетом результатов клинических, лабораторных и антропометрических методов. Определялась динамика показателей гемограммы, показателей феррокинетики.

До начала лечения у детей обеих групп констатированы признаки анемии и сидеропении. В анамнезе наиболее часто отмечались указания на алиментарный характер анемии (80 % и 83,3 % в I и II группах соответственно), на неблагоприятное течение перинатального периода (65,7 % и 70 %), экстрагенитальную патологию матери (42,9 % и 40 %). Лабораторные показатели гемограммы, депо железа были снижены.

Оценка эффективности лечения в динамике каждые 2 недели и по ее окончании через 3 месяца показала, что у детей I группы как показатели гемограммы и депо железа, так и антропометрические параметры были достоверно выше. Через 2 недели после начала терапии у 29 детей (82,9 %) I группы и у 19 детей II группы (63,3 %) прослежены значительное улучшение самочувствия и исчезновение большинства признаков анемии, тем не менее при анализе гемограммы выявлено, что в I группе нормализация гемоглобина состоялась в 77,1 % случаев, в II – лишь 46,6 %. Кроме того, ретикулоцитарный криз в I группе отмечен в 82,8 % пациентов, тогда как во II группе – лишь у 56,7 % детей. На 4 неделе лечения в I группе в 100 % случаев отмечена нормализация уровня гемоглобина, тогда как во II группе у 16,7 % детей уровень гемоглобина оставался за границей нормы. Динамика антропометрических данных отличалась еще более значительно. В I группе улучшение констатировано в 88,6 % случаев, тогда как во II группе только у 36,7 %.

Таким образом, включение ЛСВК в лечение детей с ЖДА на фоне гипотрофии позволяет не только добиться выраженной положительной динамики показателей гемограммы, транспортных и тканевых депо железа, но и способствует коррекции сопутствующей гипотрофии у детей раннего возраста.

Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СИДЕРОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РЕАЛИЗАЦИИ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Анемии широко распространены в детской популяции, причем по данным различных источников, от 70 до 90 % всех анемий приходится на железодефицитную анемию (ЖДА). По данным ВОЗ, более 2 млрд. человек на планете имеют дефицит железа (ДЖ) и 3,6 млрд. – имеют латентный дефицит железа (ЛДЖ). Частота ЖДА у школьников пубертатного возраста колеблется от 3,2 до 41,2%. По мнению экспертов ВОЗ, если распространенность ЖДА превышает 40%, проблема перестает быть медицинской и требует принятия решения на государственном уровне.

Артериальная гипотензия у детей чаще носит вторичный характер. ДЖ при этом являются весомым фактором формирования вторичной артериальной гипотензии (ВАГ). Адаптация к ДЖ, его компенсация осуществляется за счет взаимосвязи центрального и периферического кровообращения, реализуясь на уровне микроциркуляторного русла. Повышенная потребность тканей в кислороде, которая возникает при ДЖ, компенсируется расширением венул, что приводит к уменьшению венозного возврата и непосредственно сказывается на работе сердца. ДЖ способствует развитию метаболических нарушений в миокарде, реализуемому на разных уровнях, нарушению периферического кровообращения (снижению периферического сопротивления и венозного тонуса, а также уменьшению функциональных резервов артериол), что в свою очередь приводит к нарушению микроциркуляции при уже существующем нарушении процессов тканевого дыхания в связи с дефицитом железосодержащих ферментов, дефицитом миоглобина. При длительном течении ЖДА у пациентов постепенно нарастают явления миокардиодистрофии и симпатикотонии в вегетативной регуляции сердечной деятельности. Уменьшение фракции выброса левого желудочка при этом компенсируется увеличением ЧСС. Таким образом, на фоне ДЖ снижение АД сопровождается тахикардией, что вызывает сложности медикаментозной коррекции.

Целью нашего исследования было изучение влияния ДЖ на АД у девочек-подростков.

Под нашим наблюдением находилось 408 девочек-подростков с ДЖ на разных стадиях, группу сравнения составили 30 девочек без признаков ДЖ. Статус запасов железа у детей оценивался по критериям, предложенным ВОЗ. При наличии ЖДА проводилось ее лечение. Девочки с доклиническими стадиями ДЖ препарат железа получали в профилактической дозе в течение 2 месяцев. Расчет показателей, статистическая обработка данных проводились стандартными средствами Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.

При обследовании основной группы выявлены тахикардия, гипотония, приглушенность тонов сердца, частота наблюдения которых достоверно возрастала со степенью ЖДА. Наиболее характерным признаком была гипотония, которая в прямой зависимости коррелировала с тяжестью ДЖ. Так, при предлатентном ДЖ ее уровень был $25,0 \pm 12,5$ %, при латентном – $35,3 \pm 5,3$ %, ЖДА I степени – $41,0 \pm 3,0$ %, II – $56,7 \pm 9,0$ % и III – $73,7 \pm 10,1$ %. Характерно, что после ферротерапии удельный вес гипотонии значительно уменьшился, что дополнительно указывает на ее вторичный характер.

Таким образом, артериальную гипотензию у девочек-подростков с ДЖ следует рассматривать как ВАГ, что требует коррекции основного заболевания. Рост удельного веса ВАГ уже на доклинических стадиях ДЖ свидетельствует о наличии негативного влияния гипосидероза тканей на регуляцию АД. Анемическая гипоксия, которая развивается на поздних стадиях ДЖ, усугубляет гипосидероз тканей, усиливая кардиальную дисфункцию. Учитывая высокую распространенность ДЖ в подростковой популяции, а также значительную частоту ВАГ, целесообразным является внедрение программ первичной и вторичной профилактики ЖДС у детей и подростков.

Супрун О.Е., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Евтушенко А.А., Ефременко В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИКИ

Актуальность. Среди всех заболеваний эндокринной системы сахарный диабет (СД) 2 типа имеет наибольшую распространенность, риск развития сосудистых осложнений и влияние на прогноз. Однако, среди широкого спектра осложнений СД, функциональные изменения со стороны кишечника представлены и изучены недостаточно.

Цель исследования: изучить клинико-anamnestические особенности больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в сочетании с СД 2 типа в сравнении с лицами с СРК без диабета.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 107 больных (42 (39,3%) мужчины и 65 (60,7%) женщин в среднем возрасте $48,9 \pm 9,4$ лет с СД 2 типа и наличием клинических проявлений СРК, кроме того – 52 больных с СРК без диабета (21 (40,4%) мужчина и 31 (59,6%) женщина, средний возраст – $43,7 \pm 6,8$ лет в качестве контрольной группы. У всех больных оценивали жалобы и анамнез, проводили стандартное объективное и лабораторное обследование в соответствии с современными рекомендациями. Степень выраженности клинических проявлений СРК оценивали по опроснику GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), проводили опрос на наличие психоэмоционального стресса, перенесенную гастроинтестинальную инфекцию и COVID-19. У ряда больных выполнялась фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), фиброколоноскопия (ФКС) с последующим морфологическим исследованием биоптатов, определялись наличие антител к глиадину и тканевой транскляптаминазе. Для обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Среди больных с СД 2 типа СРК с диареей (СРК-Д) был представлен в 45,8% случаев, лица с СРК с запорами (СРК-З) составили 33,6%, 12,2 % приходилось на долю смешанной (СРК-М), и 8,4% на недифференцированную (СРК-Н) форму СРК. В сравнении с группой больных с СРК без диабета, лица с СД 2 типа чаще имели варианты СРК-Д и СРК-М при отсутствии значимых различий в данных гистологических биоптатов слизистой оболочки толстого кишечника. У пациентов с СД и СРК, в сравнении с группой пациентов без СД и СРК, была значимо выше частота гастроинтестинальных проявлений, которые ассоциировались с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом, хроническим стрессом, тревожностью, перенесенной инфекцией COVID-19. Также обнаружено увеличение доли СРК-Д, СРК-М и СРК-Н у пациентов с предшествующей острой гастроинтестинальной инфекцией, приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков.

Выводы. Результаты исследования позволяют констатировать наличие у больных с СД 2 типа и СРК ряд значимых клинико-anamnestических особенностей, отличающих их от лиц с СРК без диабета, что следует учитывать при выборе у них оптимальной лечебной тактики.

Сцецевич Д.Д., Базилевич В.Д., Баронис А.О.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕЙПА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Введение. В современном мире вейпы стали популярными среди молодежи как способ справиться со стрессом, вызванным учебными нагрузками и социальным давлением. Подростки воспринимают курение вейпа как модное занятие, которое помогает снизить тревожность и позволяет «влиться» в компанию. Они считают их безвредными. Однако использование электронных сигарет может создать негативный круг: временное облегчение стресса усиливает зависимость и приводит к новым проблемам. Цель изучить влияние стресса на использование вейпа среди молодых людей. **Задачи.** Проанализировать литературу о вейпинге и его воздействии на организм человека, на физическое и психическое здоровье подростков.

Материалы и методы. Опрошено 150 студентов, проживающих в г. Донецке. Применен метод расчёта относительных величин с оценкой их достоверности. Проведено анкетирование, по каким причинам молодые люди выбирают вейп как борьбу со стрессом.

Результаты. Стресс может изменять уровень нейротрансмиттеров в мозге, что может способствовать более высокой восприимчивости к зависимостям. Использование никотина и других веществ может временно облегчать чувствительность к стрессу, но в долгосрочной перспективе это может привести к ухудшению психического здоровья. Подростки и молодые люди часто влекутся к вейпингу под влиянием сверстников. Стрессовые ситуации, такие как экзамены, переход в новую школу или социальные проблемы, активные боевые действия могут усиливать эту социальную тенденцию. В условиях стрессового окружения некоторые молодые люди могут не думать о последствиях для здоровья, связанных с вейпингом. Это, в свою очередь, может увеличить их риск зависимости и других долгосрочных последствий: вейп негативно влияет на психическое здоровье человека, увеличивает риск развитие депрессии и тревожности. У людей, использующих электронные сигареты, также могут возникать проблемы с зависимостью и отказом от них. Следует упомянуть о последствиях вейпа. В настоящее время известна болезнь EVALI, или «болезнь вейперов», которая диагностируется исходя из симптомов курящих людей. Обнаружить какие-то изменения в легких на ранних стадиях не удастся, ведь электронные сигареты «зашли на рынок» России относительно недавно. Результаты анкетирования показали 35% подростков употребляют вейп редко, 18% часто, 47% не употребляют.

Вейпингующие предъявляют жалобы на кашель 59%, на одышку 48%, учащенное сердцебиение 51%, тошноту 62%, головокружение 58%, быструю утомляемость 47%.

Все опрошенные указали на стрессовые ситуации как причину курения вейпинга, 12%-отсутствие неприятного запаха после курения традиционных сигарет; 19%-удобство и портативность, ЭС компактны, легки в использовании и не требуют зажигалки или спичек, 33%- безопасный вариант, 15%- широкий выбор вкусов и ароматов, 10%-доступность приобретения, 10%-модно, пример друзей, любопытство. Анализ заболеваемости подростков, употребляющих вейп, показал увеличение респираторных заболеваний в 2 раза, нарушение пищеварения у 26%, раздражительность у 39%, постоянный кашель у 15%, тошнота у 69%, головокружение у 17%. Среди опрошенных 76% не знают принцип работы и вред вейпов. 69% не имеют понятия о составе курительных смесей и какие заболевания они могут вызвать.

Выводы. В заключение хочется сказать, влияние стресса на использование вейпа подростками и молодыми людьми является важной темой, которая затрагивает здоровье и благополучие молодежи. Это создает цикл: вейпинг может временно снижать уровень стресса, но в то же время усиливает зависимость и может привести к долгосрочным негативным последствиям для здоровья. Программы, направленные на повышение осведомленности о рисках, могут помочь уменьшить использование вейпа в стрессовых ситуациях. Эффективные стратегии управления стрессом, такие как осознанность, физическая активность и поддержка со стороны друзей и семьи, могут помочь молодым людям справляться со стрессом без обращения к вейпу.

Сысоева Н.Л., Бордюгова Е.В., Завгородняя А.В., Конов В.Г., Усенко Н.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» МЗ РФ, Донецк

ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВОЛЬФ-ПАРКИНСОНА-УАЙТА (WPW)

Для диагностики синдрома WPW необходимо документально подтвердить наличие суправентрикулярной тахикардии (СВТ). Проба с физической нагрузкой (ФН) является одним из физиологических и достоверных способов усиления симпатических влияний на сердце. Пациентам с феноменом WPW показана проба с ФН.

Цель работы: показать значение пробы с физической нагрузкой в диагностике синдрома Вольф-Паркинсона-Уайта на клиническом примере.

Материалы и методы: клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, тредмил-тест, анализ истории развития и болезни пациента.

Результаты и обсуждение. Подросток, 17 лет, при поступлении в стационар предъявлял жалобы на приступы учащённого сердцебиения продолжительностью до 30 минут, возникающие при физических нагрузках или волнении, сопровождающиеся головокружением, чувством страха, слабостью, проходящие самостоятельно. Находится под наблюдением кардиолога в течение 2 лет в связи с выявленным на электрокардиограмме (ЭКГ) феноменом WPW при оформлении в спортивную секцию. Тогда же выполнено суточное мониторирование ЭКГ. На протяжении всего исследования регистрировался феномен WPW. Суправентрикулярные эктопические возбуждения не зафиксированы. Выполненная физическая нагрузка не привела к ишемическим изменениям ЭКГ и нарушениям ритма. На эхокардиограмме (Эхо-КГ) обнаружен прогиб передней створки митрального клапана 2 мм, минимальная митральная регургитация, дополнительная поперечная трабекула в среднем отделе левого желудочка. На стандартных ЭКГ в течение 2 лет: ритм синусовый, регулярный с ЧСС 69-70 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, феномен WPW, тип А. В анамнезе жизни частые респираторные инфекции, ветряная оспа. В 5 лет перенес ожог кипятком I-II степени верхних конечностей, спины, передней грудной и брюшной стенок, лица (S 15 %). В аллергоанамнезе анафилактическая реакция на грецкий орех. В объективном статусе множественные признаки дисплазии соединительной ткани. В отделении на стандартных ЭКГ синусовый ритм, синусовая брадикардия, ЧСС 55 уд в мин, электрическая ось сердца резко отклонена влево. RR – 1,08 PQ – 0,10 с, QRS – 0,14 с (за счет дельта волны), QT – 0,44 с, QTc – 0,470 с, α -85. Феномен WPW, тип А.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ регистрировался синусовый ритм с феноменом WPW, на всем протяжении. При проведении тредмил-теста индуцирован пароксизм суправентрикулярной тахикардии с максимальной ЧСС 242 удара в минуту. Приступ протекал гемодинамически стабильно. Подросток переведен в клиноположение. Оказана неотложная помощь: вагусные пробы (без эффекта), прием корвалола 30 капель (без эффекта), приём анаприлина 40 мг сублингвально однократно. Через 12 минут от начала приступа пароксизм купировался с восстановлением синусового ритма с ЧСС 45-63 удара в минуту с феноменом WPW. В отделении проводился подбор антиаритмической терапии (анаприлин) с титрованием дозы. При повторном проведении нагрузочного тестирования пароксизм не индуцирован. Подросток обучен вагусным пробам, убежден в необходимости регулярного приёма антиаритмической терапии. Нуждается в проведении радиочастотной катетерной абляции дополнительных проводящих путей сердца.

Заключение. Проба с физической нагрузкой позволила быстро получить результат, доказать наличие приступов суправентрикулярной тахикардии, документировать связь субъективной симптоматики с изменениями на ЭКГ, а в сравнении с суточным мониторированием – регулировать уровень выполняемой нагрузки под врачебным контролем и возможность оказать экстренную помощь.

Сычёва Д.Р., Гаврилюк Л.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ

Актуальность. Туберкулёз является хроническим инфекционным заболеванием, с формированием гранулематозного типа тканевой реакции. Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией туберкулёз - одно из наиболее частых оппортунистических заболеваний (диагностируется у 65% пациентов в РФ).

Цель. Изучить морфологические особенности течения туберкулёза у пациентов с вирусом иммунодефицита человека.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование аутопсийного гистологического материала стенки бронхов, бронхолёгочных сосудов, ткани лёгких, перибронхиальных лимфатических узлов, печени, селезёнки, почек 42 пациентов с прижизненно подтверждённым диагнозом ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции. Срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. У всех 42 пациентов при микроскопическом исследовании аутопсийного материала в ткани лёгких в просветах альвеол визуализировался фибринозно-гнойный экссудат, множественные очаги казеозного некроза, местами сливающиеся между собой, с лимфоцитарной и эпителиоидноклеточной реакцией по периферии, наличием гигантских многоядерных клеток. У 30 пациентов в просветах бронхов - слизь, казеозные массы. В перибронхиальных лимфатических узлах - гиперплазия, казеозный некроз, наличие гигантских многоядерных клеток. В стенке бронхолёгочных сосудов-реактивное воспаление, фокусы казеозного некроза. В ткани печени, почек, и селезёнки 21 пациента - диффузно расположенные очажки казеозного некроза с наличием по периферии клеток Пирогова-Лангханса, лимфоцитов, эпителиоидных клеток.

Выводы. У пациентов с ВИЧ-инфекцией встречается первичный туберкулёз, с наличием классического туберкулёзного комплекса (первичный очаг-лимфангит-лимфаденит), с преобладанием альтерации (казеозный некроз), наличием эпителиоидноклеточных гранулём (пролиферация). Вследствие отсутствия адекватного иммунного ответа на попадание микобактериальной инфекции, у пациентов с ВИЧ происходит прогрессирование первичного туберкулёзного аффекта по гематогенному пути, с формированием очагов отсева в виде «прорыхлых зёрен» в паренхиматозных органах (ранняя гематогенная генерализация).

Сычёва Д.Р., Луценко Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИММУНОПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГЕНЕРАТОРНОГО ПРОЦЕССА РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, цитокины, регенерация.

Актуальность. К наиболее частым макрососудистым осложнениям СД относится синдром диабетической стопы (СДС), с формированием длительно незаживающих, глубоких раневых дефектов, при отсутствии лечения которых в воспалительный процесс вовлекаются костные структуры. Активация лимфоцитов, нейтрофилов, макрофагов сопровождается продукцией медиаторов воспаления – цитокинов, участвующих в регуляции защиты за счёт провоспалительного действия (IL-1 β , IL-6, TNF α), противовоспалительного действия (INF γ , IL-10), участвующих в регуляции иммунных реакций за счет активации, пролиферации и дальнейшей дифференцировки клеток лимфоцитарного ростка (TGF1 β и др.). Изучение состояния и уровня экспрессии звеньев цитокиновой системы в раневых дефектах пациентов СДС необходимо для модификации и усовершенствования существующих подходов к лечению данной группы больных.

Цель. Изучение состояния и влияния отдельных звеньев цитокиновой системы на активность репаративного процесса тканей ран пациентов синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. В исследование включены 184 пациента с СДС, находившихся на стационарном лечении в специализированных хирургических отделениях ЦГКБ №9, ГКБ №21 г. Донецка в период 2022-2024 гг. В плазме, полученной после центрифугирования крови, взятой у больных утром натощак из кубитальной вены в объеме 3 мл с помощью вакуумной системы типа «Vacutainer», содержащей ЭДТА, исследовали содержание INF γ , IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-10, TGF1 β . Исследования данных маркеров проводили дважды: до лечения и на 20-21 сутки после лечения. Анализ выполняли с использованием иммуноферментной тест-систем ELISA Kit «Вектор-Бест», «Цитокин» (Новосибирск, Санкт-Петербург). В качестве контрольной группы были исследованы 45 человек, которые могли быть отнесены к категории здоровых лиц.

Результаты. При анализе показателей цитокинов как про- так и противовоспалительного и регуляторного действия в крови больных с СДС в периоде до начала лечения установлено существенное статистически достоверное увеличение: INF γ в 14,66 раз, IL-1 β в 17,15 раз, TNF α в 14,16 раз, IL-6 в 6,7 раз, IL-10 в 1,63 раза и TGF1 β в 1,38 раза ($p < 0,001$). Наиболее значительной на развитие язвенно-некротического процесса при СДС была отмечена реакция цитокинов INF γ , IL-1 β , TNF α и IL-6. Оценивая динамику содержания цитокинов после лечения в группе больных в целом при сравнении с результатами, полученными до лечения с помощью критерия Вилкоксона, обнаружено достоверное снижение уровня INF γ в 7,34 раза, IL-1 β в 4,4 раза, TNF α в 10,24 раза и IL-6 в 3,2 раза ($p < 0,001$ для всех наблюдений). Завершение фазы гидратации с участием макрофагов и очищением раны сопровождалось активацией следующего этапа заживления раны с пролиферацией фибробластов, ответственных за синтез коллагеновых волокон и компонентов основного вещества соединительной ткани. Содержание IL-6 маркера провоспалительных реакций достоверно снижалось после лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$), что свидетельствует об уменьшении фазы альтеративно-экссудативного воспаления, эндотелиального повреждения.

Выводы. Исследование цитокиновой системы при язвенно-некротических дефектах при СДС показало наличие адекватной, выраженной реакции и уровня экспрессии цитокинов на воспалительный процесс и фазность течения репарации раневых дефектов

Сычёва Д.Р., Польшко Г.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ДИФфуЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ НА ФОНЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, С ЛИМФОГЕННЫМИ ДИССЕМИНИРОВАНИЕМ И ФОРМИРОВАНИЕМ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ И КИШЕЧНИКЕ

Актуальность. Неходжкинские лимфомы (НХЛ) являются одним из наиболее актуальных вопросов в системе здравоохранения России. Среди пациентов с первично-множественным раком, у 57% диагностируется комбинация рака молочной железы (РМЖ) и НХЛ. В данной работе был детально изучен случай латентной формы НХЛ на фоне РМЖ. Цель. На основании данных аутопсийного материала пациентки с клиническим диагнозом РМЖ, 26 ст, T2N0M0, I кл.гр. (состояние после комбинированного лечения), выявить патоморфологические особенности неходжкинской диффузной В-крупноклеточной лимфомы, ставшей случайной аутопсийной находкой.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование на основании

клинико-морфологического анализа вскрытия пациентки П. находившийся в терапевтическом отделении ЦКГБ №1 г. Донецка с использованием гистологических методов исследования.

Результаты. На основании анализа данных патологоанатомического эпикриза выделены следующие особенности: при проведении аутопсии и дальнейшем гистологическом исследовании были выявлены признаки, присущие неходжкинской диффузной В-крупноклеточной лимфоме (стёртость рисунка лимфатического узла, замещение ткани диффузно расположенными опухолевыми клетками с признаками клеточного атипизма - клетки крупных размеров, с большими чёткими ядрами, центрально расположенными ядрышками и умеренно выраженной цитоплазмой), с генерализованным поражением всех групп лимфатических узлов как средостения, так и брюшной полости, с лимфогенными диссеминациями и формированием метастазов в печени и кишечнике. Признаков, свидетельствовавших в пользу наличия рака молочной железы на момент проведения аутопсии, не было обнаружено (в анамнезе жизни рак левой молочной железы 26 ст T2N0M0 II кл. гр, состояние после комбинированного лечения от 09.11.2001г.). Неходжкинская диффузная В-крупноклеточная лимфома не была диагностирована прижизненно, стала случайной находкой на секционном столе. Непосредственной причиной смерти явилась раковая интоксикация, обусловленная НХЛ. **Выводы.** На основании изученного случая можно сделать вывод о существующей вероятности синхронного течения сразу нескольких онкологических процессов у одного пациента-комбинации рака молочной железы и НХЛ. Причем НХЛ может быть случайной находкой, обнаруженной во время проведения аутопсии и при дальнейшем гистологическом исследовании секционного материала.

Сычёва Д.Р., Рыбка С.М., Гаврилюк Л.Ф.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА ПРИМЕРЕ АУТОПСИЙНОГО СЛУЧАЯ

Актуальность. Гангрена Фурнье – быстро прогрессирующая гангрена мошонки, вызываемая, как правило, инфицированием травмированных тканей мошонки и промежности различными микроорганизмами. Пациенты с наличием сахарного диабета (СД) в анамнезе входят в группу риска развития и дальнейшего прогрессирования данной патологии-замедление процесса репарации способствует более частому попаданию вторичной бактериальной флоры в некротизированные ткани, с развитием гнойного экссудативного воспаления, дальнейшей генерализацией процесса, исходом в сепсис. Понимание специфики течения гангрены Фурнье у пациентов с СД позволит своевременно профилактировать развитие грозных осложнений.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование протокола вскрытия и аутопсийного материала пациента И, находившегося на лечении в хирургическом отделении ГБУ ЦГБ №6 г. Донецка осенью 2024 года. Материал для гистологического исследования- ткань поджелудочной железы, почек, селезёнки, мошонки, стенка свища, костный мозг, окрашивание срезов гематоксилином-эозином.

Результаты. При гистологическом исследовании аутопсийного материала были выявлены следующие морфологические особенности: в почках – полнокровие, гломерулосклероз, фибриноидный некроз капиллярных петель клубочков с исходом в гиалиноз, стазы в сосудах микрогемодиализаторного русла, отёк стромы. Клетки эпителия извитых канальцев без ядер, с нечёткими границами, набухшей цитоплазмой. В поджелудочной железе- диффузный липоматоз, атрофия и склероз островков Лангерганса. В селезёнке– гиалиноз артериол, склероз артерий, гиперплазия лимфоидных фолликулов, увеличение числа миелоидных клеток в красной пульпе, расширение синусоидов красной пульпы. В костном мозге – миелоидная гиперплазия. Ткань мошонки – массивные сливные фокусы некрозов, представленные гомогенными, безъядерными участками, выраженная диффузная лейкоцитарная инфильтрация. По данным протокола вскрытия патологоанатомический диагноз: N 49.8 ОСН : гангрена Фурнье, с присоединением бактериальной флоры (по морфологическим данным). Фоновое заболевание: СД 2-го типа. Осложнения основного заболевания: сепсис: гиперплазия костного мозга диафиза бедра, миелоз селезёнки, острый некротический нефроз. Непосредственная причина смерти: сепсис.

Выводы. Таким образом, в данном случае течение гангрены Фурнье осложнилось присоединением бактериальной флоры, генерализацией процесса, развитием сепсиса. Вследствие наличия сахарного диабета 2-го типа у пациента была снижена регенерация некротизированных тканей, существовал более высокий риск присоединения вторичной инфекции. Лечение пациентов с комбинацией данных диагнозов должно быть направлено на профилактику попадания бактериальной флоры в раневые дефекты, в случае появления гнойного экссудата - сеять фрагмент ткани для определения нозологии возбудителя, и назначения прицельной антибиотикотерапии. Такой подход позволит значительно снизить риск развития септического процесса.

Сыщикова О.В., Жарикова А.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О ВОПРОСАХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИФИЛИСА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Сифилис, вызванный бактерией *Treponema pallidum*, имеет многогранную историю. В настоящее время по данным ВОЗ ежегодно заболевает – 50 млн. человек, поэтому распространение сифилиса остается актуальной проблемой общественного здравоохранения, требующей внимания и усилий со стороны медицинских работников и общества в целом. Целью работы была оценка осведомленности студентов о вопросах эпидемиологии, симптомах заболевания, микробиологической диагностики, а также о профилактических мероприятиях и методах лечения сифилиса.

Для составления опросника были проработаны электронные научные сайты и научные литературные источники о проблеме информированности молодого населения о возможных путях передачи сифилиса, о контагиозности возбудителя, клинической картине, о профилактике и лечении сифилиса.

Опрошено 223 студента, в возрастной категории 17 лет и старше. В процессе исследования использовался опросник на знание общих фактов о методах защиты, путях передачи и о лечении сифилиса. Примеры вопросов: «Знаете ли Вы о таком инфекционном заболевании – сифилис?», «Знаете ли вы, пути передачи сифилиса?», «Откуда Вы получили информацию об этом заболевании?», «Знаете ли Вы, какие бывают симптомы у сифилиса?» и так далее. Для математической обработки результатов был использован стандартный метод описательной статистики.

По результатам опроса все респонденты были разделены на несколько групп:

- 1 группа: 63,7% знают о таком заболевании, как сифилис
- 2 группа: 35,9% отдаленно слышали, что такое сифилис
- 3 группа: 0,4% не знают, что такое сифилис

Также по данным опроса, удалось установить, что самым популярным источником информации стал интернет – 35,3%, по сравнению с другими источниками:

- Школа – 28,9%,
- Университет – 20,1%
- Другие источники информации – 15,8%

Правильно на вопрос о путях передачи сифилиса, студенты ответили так:

• 68,6% – половой, бытовой, трансплацентарный, грудное вскармливание, инъекционный, гемотрансфузионный

- 17,9% – только половой
- 8,5% – половой и бытовой
- 4,9% – не знают пути передачи

Осведомленность молодежи о сифилисе является важной для профилактики этого заболевания. Некоторые все еще имеют недостаточные знания о симптомах, путях передачи, методах диагностики и профилактики. Это приводит к риску заражения и распространения инфекции, поэтому необходимы образовательные программы, доступ к ресурсам, участие родителей, школ и медицинских учреждений в информированности молодежи о инфекционных заболеваниях. Это может значительно снизить уровень заболеваемости и способствовать более здоровому образу жизни среди молодого населения.

Сыщикова О.В., Петросова С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Туберкулез (ТБ)- широко распространенное инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) и не имеющее органотропности, из-за чего клиническая картина может быть различной. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире ТБ заболевают 10 млн человек, а лекарственная устойчивость (ЛУ), осложняет лечение, повышает экономические затраты из-за поиска новых лекарственных препаратов, способствует большему распространению ТБ и совместно с несвоевременной диагностикой приводит к инвалидизации пациента или летальному исходу.

Целью исследования было обобщение и структурирование основных аспектов лекарственной устойчивости МБТ. Исходя из поставленной цели были проанализированы научные статьи об устойчивости, возможных мутациях и вирулентности микобактерий, опубликованные научными журналами ВАК в период с января 2020 года по ноябрь 2024 года.

Возбудители ТБ обладают выраженным полиморфизмом. Микобактерии грамположительные, тонкие, прямые или слегка изогнутые палочки с гомогенной или зернистой цитоплазмой. Неподвижны, спор не образуют. Клеточная стенка состоит из нескольких, связанных между собой слоев, обеспечивающих устойчивость к кислотам, щелочам и спиртам: пептидогликан образует каркас, обеспечивающий осмотическую устойчивость; слой полисахаридов, образованный арабиногалактанами; внешние липиды (микозиды или специфические воски), определяющие антигенные свойства; длинноцепочечные миколовые кислоты и капсулообразный полисахаридный материал, который обеспечивает взаимодействие с другими клетками. Кроме того, липиды экранируют бактериальную клетку, подавляют фагоцитоз, подавляют активность клеточных ферментов, а краевые фрагменты липоарабиноманнана подавляют активацию лимфоцитов. Из-за вышеуказанных особенностей бактерии плохо воспринимают окраску анилиновыми красителями, поэтому при подозрении на ТБ применяют окраску по Цилю-Нильсену. В препарате МБТ образуют скопления в виде ярко-красных палочек, на жидких питательных средах растут с образованием пленки, являются аэробами, обладают каталазной активностью (утрачивается при +68°C), восстанавливают нитраты, продуцируют уреазу.

Принципы развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза основаны на барьерных механизмах (изменение проницаемости мембран и клеточной стенки), разложении или инактивации ферментами, модификации (сверхэкспрессия) мишени антибактериального препарата (за счет изменения нуклеотидной последовательности в гене, тем самым уменьшая сродство препарата к мишени). Из-за мутаций в самом гене (однонуклеотидных полиморфизмов) появляются штаммы, обладающие природной резистентностью к антибактериальным препаратам (первичная резистентность). ЛУ может также возникнуть за счет мутаций у МБТ во время лечения (вторичная резистентность) из-за неправильно подобранной стратегии лечения. Наиболее опасно распространение множественной ЛУ (устойчивость к изониазиду и рифампицину), широкой (устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам (левофлоксацин/моксифлоксацин) и к препаратам (одному и более) группы А (бедаквилин, линезолид) и тотальной (ко всем препаратам). Однако, есть множество исследований, показывающих обратно пропорциональную связь между ЛУ микобактерий и вирулентностью, вызванную изменениям в генах, из-за чего бактерия становится менее патогенной.

Лекарственная устойчивость МБТ значительно осложняет лечение пациентов с хронической туберкулезной инфекцией, особенно при наличии мутаций, приведших к развитию резистентности у отдельно взятого штамма, что приводит к более серьезным осложнениям, из-за чего качество и продолжительность жизни значительно снижается. Следовательно, разработка новых видов лекарственных препаратов остается приоритетом в современном мире, поскольку с каждым годом хронические формы ТБ все хуже поддаются лечению.

Талалаенко Л.Р., Тюлеин М.Д., Талалаенко И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО САМОЧУВСТВИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Как свидетельствуют данные медицинской литературы, нос выполняет множество важных функций (Г.З.Пискунов, 2019; А.С.Лопатин, 2023). Нарушение дыхания носом ведёт к развитию множества заболеваний.

Целью исследования было исследование самочувствия и состояния здоровья у пациентов с затруднением носового дыхания.

Материалы и методы. В 2022-2023 году в Донецком ринологическом центре обследовано 20 пациентов в возрасте от 20 до 30 лет. Мужчин было - 9, женщин - 11. Основной жалобой всех больных было затруднение носового дыхания. Степень выраженности «носовых» жалоб анализировали и оценивали в баллах: затруднение носового дыхания, ринорею, снижение обоняния, ощущение заложенности ушей и снижение слуха, выраженность лицевых и головных болей, частоту и интенсивность носовых кровотечений и ночного храпа. Фиксировали также субъективную оценку психо-эмоционального фона и качества ночного сна. Сумму «набранных» баллов в последующем подсчитывали. Осмотр полости носа осуществлялся при помощи риноскопа. В число обследованных не вошли лица, перенесшие операции в полости носа. Изучали данные амбулаторной карты, в частности, лист уточнённых диагнозов.

Результаты исследования. Самыми частыми жалобами были затруднение носового дыхания, эмоциональная подавленность и передняя ринорея, а самыми редкими – нарушение обоняния и носовые кровотечения. Снижение психо-эмоционального фона отмечено у 20 (100,0%) пациентов, у 11 (55,0%) была бессонница и ощущение хронической усталости. Выраженность «носовых» жалоб была выше у лиц мужского пола. У всех 20 обследованных (100,0%) при осмотре полости носа выявлены нарушения формы и положения носовой перегородки, что расценено как различные виды искривления последней.

Несмотря на молодой возраст, у всех 20 (100,0%) молодых людей уже имели место серьёзные сопутствующие заболевания. Так, у 17 (85,0%) в листе диагнозов фигурировал острый гайморит, у 12 (60,0%) – хронический тонзиллит, у 3 (15,0%) – острый средний отит, у 7 (35,0%) – вегето-сосудистая дистония, у 1 (5,0%) – полипоз носа, у 1 (5,0%) депрессия и у 1 (5,0%) больного – невроз тревоги.

Выводы. Нарушение носового дыхания у молодых людей является серьёзной проблемой, требующей повышенного внимания врачей. Молодые люди, у которых нарушено носовое дыхание, страдают физически и психо-эмоционально, качество жизни у них снижено. Причиной затруднения носового дыхания у молодых людей являются различные виды деформаций носовой перегородки. Лечение этой патологии должно быть своевременным и направленным на устранение причины заболевания для предотвращения развития осложнений.

Таламова И.Г.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», Омск

КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА СПОРТИВНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У СПОРТСМЕНОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проблема восстановления спортсменов после травм является актуальной и требует совместной работы специалиста по физической реабилитации, врача по физической и реабилитационной медицине, тренера и спортсмена. Большинство исследований, встречающихся в литературе касается вопросов медицинской реабилитации, вместе с тем, исследований по спортивной реабилитации крайне недостаточно. В данном исследовании описывается комплексная методика спортивной и физической реабилитации у спортсменов с болезнью Осгуда-Шляттера. При данном заболевании наблюдается патологический процесс суставного хряща, что приводит к боли и нарушению функции коленного сустава, существенно снижая качество жизни. Болезнь Осгуда-Шляттера относительно хорошо поддается консервативному лечению, имеет относительно доброкачественное течение и благоприятный прогноз. Тем не менее, основной проблемой является длительность течения заболевания, составляющая от нескольких месяцев до нескольких лет. У юных пациентов, занимающихся в различных спортивных секциях, вопрос о необходимости сокращения сроков лечения - наиболее актуален, что заставляет исследователей и практиков постоянно искать новые, более эффективные методики.

Исследование проводилось на базе EzraMed Clinic, Омск. Критерии включения в группу: диагноз болезнь Осгуда-Шляттера, МКБ-10 (M92.5); нормальный индекс массы тела равный 18,8-19,5; высокий уровень физической активности; мальчики; возраст - 12-13 лет; период ремиссии. Длительность эксперимента 6 месяцев.

Комплексная методика физической и спортивной реабилитации была разделена на три периода: адаптационный, основной и поддерживающий. Кинезиотейпирование коленного сустава проводилось по Маконову. Ударно-волновая терапия проводилась на аппарате ВТЛ-6000, обрабатывалась передняя поверхность бедра с акцентом на нижнюю проводилась ее треть. В начале курса реабилитации применялись упражнения, направленные на уменьшение боли, а так же облегченные физические упражнения для постепенного увеличения силы и амплитуды движений пораженной конечности. Далее повышалась интенсивность занятий и тренировочный объем нагрузки (увеличилась сложность упражнений, было добавлено большее в сравнении с предыдущим периодом упражнений регионального воздействия с весом 0,5 кг и эластичной лентой), также вводились спортивные упражнения. В конце курса подбирались упражнения, имеющие прикладной характер, т.е. имитирующие движения в повседневной бытовой и трудовой жизни. Применялись упражнения на развитие равновесия, координации и мышц стабилизаторов, что имеет доказанный эффект в профилактике травматизма.

В ходе исследования нами выявлено достоверное снижение показателей опросника WOMAC, что свидетельствовало об уменьшении боли и скованности движений, увеличении функциональных возможностей и качества жизни детей подросткового возраста, имеющих болезнь Осгуда-Шляттера. К концу педагогического эксперимента объем окружности пораженной конечности стал близок к показателям здоровой и не имел достоверных различий с ней, прирост показателей окружности бедра пораженной конечности к концу педагогического эксперимента составил 4,6%; показатели амплитуды движений в коленном суставе пораженной конечности как при сгибании, так и разгибании соответствовали нормальным значениям ($52,8 \pm 1,3$ и $178,6 \pm 6,6$ градусов соответственно).

Методика комплексной физической и спортивной реабилитации при болезни Осгуда-Шляттера у детей подросткового возраста в фазе хронического заболевания показала положительное влияние на функциональное состояние пораженной конечности.

Тарадин Г.Г., Руденко А.В., Беляев Я.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее частым устойчивым нарушением сердечного ритма, которое наблюдается у 1,5-3% взрослого населения стран Европы, включая Россию [Мареев, 2022; Joglar, 2024]. Распространенность ФП увеличивается с возрастом. Так, среди населения в возрасте 40-45 лет ФП выявляется у 0,5% населения, у лиц 80 лет – 5-15% случаев, достигая 18-27% среди больных 85 лет и старше [Мареев, 2022, Vinter, 2024]. При ФП отмечается увеличение риска смерти в 1,5-2 раза, инсульта – в 2,4 раза, когнитивных расстройств или деменции – в 1,5 раза, инфаркта миокарда – в 1,5 раза, хронической болезни почек – в 1,6 раза, внезапной сердечной смерти – в 2 раза и сердечной недостаточности – в 5 раз [Joglar, 2024; van Gelder, 2024].

В связи с высоким риском инсульта и системных тромбоэмболических осложнений, важнейшую роль в профилактике осложнений, вызванных ФП, играет антикоагулянтная терапия (АКТ) [Cosín-Sales, 2024]. АКТ позволяет снизить частоту тромбоэмболических событий и повысить качество жизни пациентов. Одной из наиболее серьезных проблем, связанных с АКТ, является низкий уровень приверженности к ней, что существенно увеличивает риски тромбоэмболических осложнений ФП. Прием антикоагулянтов требует особого внимания со стороны пациентов, поскольку несоблюдение режима приема препаратов может повлечь за собой неблагоприятные последствия.

Систематический обзор и метаанализ 9 рандомизированных клинических исследования с охватом 25573 пациентов показал, что около 30-50% больных с ФП прекращают прием антикоагулянтов в течение первого года лечения. При этом среди причин прекращения терапии отмечаются сложные схемы лечения, наличие побочных эффектов, недостаточная осведомленность о значимости и целях АКТ [Amin, 2024].

В рамках клинического исследования, проведенного в Испании, было выяснено, что приверженность к АКТ может быть довольно вариативной. Так, около 25% пациентов принимают антикоагулянты непостоянно или вовсе прекращают их прием в первые месяцы лечения. Однако, отмечаются и случаи, когда пациенты, изначально не приверженные к терапии, со временем начинают соблюдать рекомендованные схемы лечения [Sanfélix-Gimeno, 2015].

Скирденко Ю.П. и соавт. выяснили, что достаточная приверженность к АКТ отмечается только среди 43,9% пациентов. При этом только 34,7% из них регулярно проводят медицинские обследования, изменяют свой образ жизни согласно рекомендациям только 16,3% пациентов с ФП [Скирденко, 2022].

Как отмечают авторы, недостаточная приверженность к АКТ обусловлена целым рядом факторов. В частности, некоторые пациенты не понимают важности приема антикоагулянтов и их основных задач, особенно в тех случаях, когда симптомы основного заболевания и ФП не проявляются. Полагают, что низкая приверженность к АКТ отчасти обусловлена сокращением времени общения врачей с больными, что не позволяет детализировать важность применения антикоагулянтов. Кроме того, как правило, антикоагулянтные препараты назначаются наряду с другими лекарственными средствами, что воспринимается пациентами в виде множества таблеток и снижает важность отдельно назначаемого препарата [Hendriks, 2020]. На показатели приверженности к АКТ оказывают влияние стоимость лечения, кратность приёма, рассеянность, забывчивость и когнитивные нарушения, нередко наблюдаемые у пациентов с ФП. Довольно часто свой отказ от приема препаратов или снижение дозировки антикоагулянтов пациенты объясняют наличием страха перед такими побочными эффектами как геморрагические осложнения.

Результаты клинических исследований позволяют сделать вывод о высокой значимости разработки и внедрения различных программ поддержки пациентов с ФП, в рамках которых особую роль играет повышение осведомленности о последствиях низкой приверженности к АКТ и рисках серьезных осложнений. Особое внимание необходимо уделять выстраиванию эффективной коммуникации между пациентами и врачами, а также просвещать больных о возможных осложнениях и значимости АКТ для снижения вероятности осложнений ФП.

Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Ракитская И.В., Гнилицкая В.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ - НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕГРАЦИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Система непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМФО) внедряется с целью повышения качества последиplomной подготовки врачей и провизоров. Не только профессиональный, но и личностный рост специалиста, развитие его коммуникативных и управленческих навыков является целью НМФО. Важно не только то, что должен знать и уметь обучаемый к концу курса обучения, но и что он должен делать иначе в результате полученных знаний и умений. Особое внимание в системе НМФО уделяется индивидуализации обучения с помощью дополнительной образовательной деятельности.

С 2016 года инструментом управления образовательной активностью и учета её результатов является Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России edu.rosminzdrav.ru (далее – Портал), который содержит образовательные элементы, соответствующие всем компонентам непрерывного образования

С 2023 года, после вхождения ДНР в состав Российской Федерации, сотрудники кафедры терапии им. профессора А.И.Дядыка ФНМФО вместе начали активную работу по интеграции последиplomного образования, в том числе повышения квалификации по специальности «Терапия» в образовательное пространство России.

Все практикующие врачи ДНР и других новых регионов России должны пройти периодическую аккредитацию до 1 января 2026 года и получить на 5 лет право работать врачами в Российской Федерации. Для этого врачи должны набрать по системе НМО. 250 кредитов образовательной деятельности (повышения квалификации) на Портале НМФО Минздрава России

С мая 2023 сотрудниками кафедры терапии ФНМФО подготовлены следующие программы, утверждённые на Портале НМФО Минздрава России:

- ДПП ПП по специальности Терапия – 1 программа;
- ДПП ПК по специальности Терапия – 25 программ;
- ДПП ПК по специальности Лечебное дело -7 программ.

В стадии подготовки:

- ДПП ПП по специальности Лечебное дело -1 программа;
- ДПП ПК по специальности Терапия – 5 программ;
- ДПП ПК по специальности Лечебное дело - 6 программ.

Сотрудниками кафедры разработана анкета для терапевтов, завершивших обучение на циклах повышения квалификации,

Все слушатели после завершения итоговой аттестации ответили на вопросы анкеты. Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать следующие выводы:

1. При сравнении традиционной формы повышения квалификации и НМО 85 % высказались в пользу системы НМО.

2. Эффективность обучения на модулях системы НМО по 5–бальной шкале была оценена следующим образом: «5» баллов – 92 % опрошенных терапевтов, «4» балла – 8 %, «3», «2», «1» бал – 0%.

3. Слушателями в анкетах были высказаны предложения по тематике лекций, семинаров и практических занятий, которые сотрудники кафедры терапии им проф. А.И.Дядыка ФНМФО обязательно учтут при проведении следующих циклов повышения квалификации в системе НМФО.

Опыт обучения терапевтов в системе НМФО показал работоспособность этой системы, что нашло отклики в результатах анкетирования терапевтов. Коллектив кафедры терапии ФИПО им проф. А.И. Дядыка будет продолжать работу над реализацией НМФО на практике, в том числе по другим терапевтическим специальностям.

Тарадин Г.Г., Цыба И.Н., Яровая Н.Ф., Калуга А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Обучение врачей в условиях проведения специальной военной операции на территории Донецкой Народной Республики на базе Донецкого государственного медицинского университета имени М. Горького ставит перед профессорско-преподавательским составом определенные задачи: с одной стороны необходимо сохранить высокий уровень качества образования студентов и врачей–курсантов, что возможно, в основном, у постели больного, при личном контакте с преподавателем, с другой стороны – на первое место выходит безопасность как обучающихся, так и сотрудников университета. На помощь приходят современные технологии учебного процесса, такие как дистанционное обучение с проведением вебинаров, наполнение информационно-образовательных среды, где существует возможность донести и сформировать определенные навыки по технике диагностики, принятию решений, научить клиническому мышлению студентов и врачей.

Формирование правильного принятия решения в медицине достаточно сложный вопрос, касающийся не только нашего региона, а всего мирового сообщества, поскольку речь идет о жизни пациента. По мнению психолога В.П. Андропова теоретический уровень профессионального мышления используют чуть больше 10% опрошенных им студентов, тогда как врачи – специалисты в 70% владеют этим навыком. Известны четыре основные ступени принятия диагностических решений, состоящие из суждения бытия (основной синдром), суждения рефлексии (причины, явления, версии), суждения необходимости (ответы на вопросы, диагностический поиск), суждения понятия (умозаключение, предварительный диагноз). Работа врача сопровождается выраженной эмоциональной составляющей (боязнь ошибиться, опоздать) и дефицитом времени, что ведет к принятию банальных решений, отвергая диагностический поиск. Осознание этого привело к созданию диагностических задач, позволяющих увеличить объем знаний, обучению применения их в практической работе. Такая форма обучения включает в себя выстраивание алгоритмов, разработку эвристик, моделирование ситуации.

Алгоритм – четкая определенная последовательность действий, приводящая к правильному решению. Сильная сторона действия по алгоритмам – принятие правильного решения в банальных ситуациях. Слабая – трудность диагностики редких заболеваний, отсутствие унифицированной общепринятой символики, перегруженность количеством элементов.

Эвристики – смягченный вариант действия по алгоритмам, включающий в себя стратегии, полученные на основе ранее полученного опыта, определяющий направление поиска, изменение последовательности действий.

Моделирование ситуации – одна из самых сложных задач, поскольку медицина является трудно формализуемой областью знаний, что затрудняет создание моделей.

Для повышения качества медицинского образования необходимо не только изучение симптомов, новых методов диагностики и лечения нозологических единиц, но прежде всего изучение техники принятия решений, то есть клиническое мышление. Как считает известный клиницист Р. Хегглинг, «при современном состоянии этиологических исследований и патофизиологии нельзя еще строить дифференциальную диагностику, исходя исключительно из этиологической и патогенетической точек зрения».

Общепризнанными китами в структуре формирования клинического мышления являются этиологические, патологоанатомические признаки и, конечно, синдромы (симптомы) заболевания. Оптимальным оказывается определение клинического мышления через наиболее абстрактное общее определение мышления как вида последнего. При таком подходе оно будет определено как опережающее отражение объективной реальности в профессиональном понятийном аппарате врача. По К.Крейку, клиническое мышление – это процесс построения мысленной модели объективной реальности. Такая формулировка позволяет строить как процессуальную, так результирующую составляющую процесса принятия решений, облегчает решать вопросы обучения будущих и настоящих врачей.

Твердохлеб Т.А., Соколова Е.А., Коровка И.А., Алесинский М.М., Кабанец А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГБУ ДНР «Республиканская клиническая больница им. М.И. Калинина», Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ-ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И УСТАНОВЛЕННЫМ ИМПЛАНТИРУЕМЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Цель. Определить пути оптимизации фармакотерапии и эффективность лечения пациента с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), постоянной формой фибрилляции-трепетания предсердий (ФП-ТП) с тахисистолией желудочков (ТЖ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), после установки имплантируемого электрокардиостимулятора (ИЭКС) и радиочастотной абляции (РЧА) пучка Гиса от 2021 г.

Материал и методы. Мужчина П. 42 года, считает себя больным с 2015 года, когда впервые появилась одышка при ходьбе. Госпитализирован в ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина» с диагнозом: Идиопатическая персистирующая форма ФП-ТП, ХСН 2А в связи с чем была проведена РЧА. В дальнейшем одышка нарастала, беспокоила при минимальной физической нагрузке. В сентябре 2021 года при госпитализации в кардиологический стационар был диагностирован тромб ушка левого предсердия (ЛП). После проведения чрезпищеводной ЭхоКГ больной потерял сознание на фоне приступа желудочковой тахикардии с развитием клинической смерти. После проведения реанимационных мероприятий с электроимпульсной терапией состояние пациента стабилизировалось. В ноябре 2021 года была проведена установка ИЭКС и РЧА пучка Гиса, по данным ЭхоКГ в динамике – расширение левых отделов сердца (ЛП 4,9 см), диффузное снижение сократимости миокарда, ФВ – 38-39%, легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) – 50 мм рт.ст., умеренная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. После выписки из стационара пациент длительное время лечился амбулаторно.

Результаты. Наиболее рациональный подбор поддерживающей терапии в данном клиническом случае основывается на данных динамики заболевания и контроле ЭхоКГ. Пациенту был верифицирован диагноз: ДКМП. Недостаточность митрального клапана 1-2 степени. Постоянная форма ФП-ТП с тахисистолией желудочков. РЧА вага-трикуспидального перешейка в 2015 году. Риск по шкале CHA2DS2-VASc - 1 балл, риск геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED - 1 балл, EHRA - 3-4. Желудочковая экстрасистолическая аритмия 5 класс по M. Raouf, короткие пробежки ЖТ. Имплантация ЭКС (BiV) и РЧА п. Гиса от 09.11.2021 г. ХСН со сниженной ФВЛЖ (ФВ 38-39%, вторичная легочная гипертензия (Р в ЛА 50 мм.рт.ст.), стадия 2А, ФК I. Осл.: Приступы кардиальной астмы. Пароксизм желудочковой тахикардии от 30.09.2021г. Состояние после клинической смерти от 30.09.2021г. Состояние после реанимационных мероприятий от 30.09.2021г. В связи с чем пациенту была рекомендована комбинированная фармакотерапия: Варфарин 5 мг/сут (под контролем МНО в пределах 2,0-3,0), Амiodорон (Кордарон) – 200 мг/2 раза в сут, Силденафил 12,5 мг/ 2 раза в сут, Гидазепам 40 мг/сут, Валсартан+ Сакубитрил (Юперо) 25 мг/ 2 раза в сут, Дапаглифлозин (Форсига) 10 мг/сут, Торасемид (Трифас) 5 мг/сут, Спиринолактон (Верошпирон) 50 мг/сут, Пантопразол (Нольпаза) 40 мг/сут чередовать с Фамотидином (Квамател) 20 мг/сут и Триметазидин 70 мг/сут. На фоне проводимой терапии по данным ЭхоКГ от сентября 2022 года отмечалось улучшение СФЛЖ (ФВ – 40%), а также снижение ЛАГ до 28-33 мм рт.ст. Во время плановой консультации была проведена коррекция назначенного лечения: отменен приём Трифаса и Гидазепама и назначен Бисопролол (Конкор) в суточной дозе 2,5 мг, снижена доза амиодорона до 200 мг/сут, спинолактона до 25 мг/сут, в остальном была продолжена выбранная тактика фармакотерапии. При контрольном ЭхоКГ определялась положительная динамика с увеличением СФЛЖ (ФВ ЛЖ – 47%), ЛАГ – 36 мм рт.ст.

Выводы. Описанный клинический случай демонстрирует наиболее эффективной путь оптимизации фармакотерапии, направленной на улучшение качества жизни, снижение сердечно-сосудистого риска и риска госпитализации пациента с ДКМП, постоянной формой ФП-ТП и ХСН, после установки ИЭКС и радиочастотной абляции (РЧА) пучка.

Теремов Д.Д.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕЗОРБТИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Патологическая анатомия и клинические проявления остеомиелитического и остеонекротического процессов имеет определенные сходства и различия. В исследуемых образцах операционного материала пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами челюстей определяется некротизированная кость, единичные остеокласты и остеобласты, микробные колонии, инфильтрация лейкоцитами, грануляционная ткань, а также кровеносные сосуды. Некротизированная костная ткань представляет собой бесклеточные костные балочки с нечеткой структурой. Трабекулы представлены структурами с фестончатыми краями, между ними располагается грануляционная ткань, имеются лакуны остеобластокластической резорбции. По данным Мостового С.О. и соавт. (2017) в межтрабекулярных пространствах определяются участки рыхлой фиброзной ткани, обедненной клеточными элементами, с преобладанием сосудов синусоидного типа, чередующиеся с очагами фиброзной ткани и скоплением клеток остеогенного пула. Остеобласты и остеокласты встречаются очень редко; в некоторых препаратах они вообще не определяются, что свидетельствует об отсутствии регенераторного потенциала пораженной кости. Микробные колонии представляют собой смешанную микрофлору с преобладанием Actinomycetales, Staphylococcus speciales (виды Aureus и Epidermidis), Streptococcus speciales (виды Viridans, Oralis, Constellatus, Mutans), а также Enterococcus (вид Faecalis), Neisseria perflava, Parvimonas micra, Fusobacterium nucleatum, Candida albicans. Лейкоцитарная инфильтрация исследуемых препаратов сопровождается содержанием большого количества нейтрофильных сегментоядерных гранулоцитов, отдельными лимфоцитами и тучными клетками.

По результатам биопсийного исследования операционного материала пациентки Т., 82 лет, наблюдающейся в хирургической клинике стоматологической поликлиники Тверского государственного медицинского университета, было установлено, что материал представлен фрагментами костной ткани с выраженными лакунами резорбции, грануляционной ткани с выраженной хронической полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией с присутствием нейтрофильных лейкоцитов, некоторые фрагменты покрыты зрелым многослойным плоским эпителием с явлением акантоза.

В операционном материале пациентки Д., 78 лет, представленном свободно отделившимися секвестрами, при гистологическом исследовании была обнаружена некротизированная костная ткань с пустыми остеоцитарными лакунами, в межбалочных пространствах выявлено большое количество нейтрофильных лейкоцитов, а также колонии микроорганизмов. Врач-патологоанатом в комментарии указал, что гистологические признаки лекарственно-ассоциированного остеонекроза могут быть сходными с морфологическими характеристиками «типичного» остеомиелита.

Исследование Спевак Е.М. и соавторов (2020) показало, что образование секвестров при «классическом» остеомиелите челюстей происходит иначе, чем при остеонекротическом процессе. При одонтогенном остеомиелите омертвление кости развивается в результате воспалительной инфильтрации и тромбоза сосудов костномозгового вещества, а при травме – из-за первичного повреждающего фактора. Процесс секвестрации начинается в подострой фазе и может продолжаться от нескольких месяцев до длительного времени при сопутствующих заболеваниях. Он завершается отделением здоровой кости от патологически измененной посредством образования демаркационной линии из грануляционной ткани. В гистологических препаратах костной ткани челюстей, исследованных Спевак Е.М., первичным являлся сосудистый некроз кости, а воспаление вторичным. Гнойное воспаление в кости в основном

располагалось на периферии образцов материала, в то время как центральные участки кости с изменениями от дистрофии до некроза не содержали колоний бактерий.

Выводы. Изучение вопросов оказания стоматологической помощи больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями является актуальной задачей современной стоматологии. Тактику лечения и профилактики осложнений антирезорбтивной терапии, получаемой пациентами с патологией костной ткани, стоит выстраивать, учитывая этиологию и патогенез бисфосфонатных остеонекрозов челюстей.

Терещенко И.В., Зубенко И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ СТОПЫ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КИНЕЗИОТЕЙПАМИ

Цель исследования - повышение эффективности восстановительного лечения лиц, перенесших ишемический инсульт (ИИ) путем оптимизации комплекса реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы. Исследовали 34 пациента в возрасте от 55 до 70 лет, перенесших ИИ 3 - 4 месяца назад, с наличием гемипареза легкой степени, нарушений функции ходьбы и устойчивости, эквино-варусной позиции паретичной стопы (по результатам неврологического исследования). Пациенты были разделены на две группы. Всем больным назначали реабилитационные мероприятия на фоне медикаментозного лечения. В первой основной группе больные получали низкочастотную магнитотерапию от аппарата «Полимаг» программа G 81.9, массаж нижней и верхней конечностей, процедуру лечебной гимнастики (ЛГ) по 30-минут ежедневно в течение 21 дня индивидуальным способом. Больным второй группы (группа сравнения) рекомендованы дополнительно самостоятельные индивидуальные занятия дважды в день по 10 минут ежедневно, а также кинезиологическое тейпирование паретичной стопы с применением методик механической коррекции для создания дополнительной проприоцептивной стимуляции и удержания заданного положения стопы. Применялись кинезиотейпы BBALANCE, три I-образными полоски, первая – стабилизировала голеностопный сустав, вторая - накладывалась по ходу тяги передней большеберцовой мышцы, третья – накладывалась спирально: от тыльной поверхности плюсневой области через подошвенную часть стопы, косо на переднюю, медиальную и частично заднюю поверхность голени, т.е. она ротировала стопу в физиологическое положение. Процедуры ЛФК осуществлялись у больных с тейпами. Исследовали: мышечную силу нижних конечностей (с помощью шестибальной шкалы оценки мышечной силы (ШОМС), где 0 баллов - отсутствие признаков напряжения при попытке произвольного движения, паралич, 5 баллов - движение в полном объеме под действием силы тяжести с максимальным внешним противодействием), скорость ходьбы (10 метровый тест ходьбы), индекс ходьбы Хаузера.

Результаты обсуждения: выраженность клинических проявлений до лечения во всех группах не имели статистического различия по показателям мышечной силы (в среднем 3,0 балла), скорости ходьбы $20,3 \pm 2,9$ с (у пациентов группы) и $20,4 \pm 2,7$ с (у пациентов 2 группы), индекс Хаузера составил соответственно $4,1 \pm 0,67$ и $4,3 \pm 0,55$ баллов. Максимальный лечебный эффект наблюдался в группе больных, получавших физические факторы, ЛФК и аппликации кинезиотейпами. Рост мышечной силы, увеличение скорости и качества ходьбы отмечались быстрее и были более выражены во 2 группе пациентов, чем в 1-ой (4,0 и 3,6 балла; $16,5 \pm 2,2$ и $18,5 \pm 2,4$; $3,1 \pm 0,27$ и $3,8 \pm 0,66$ баллов соответственно).

Выводы: проведенные исследования свидетельствовали о максимальной эффективности комплексной реабилитационной программы в сочетании с кинезиологическим тейпированием за счет улучшения крово и лимфообращения голеностопного сустава, его стабилизации, нормализации работы мышечно-связочного аппарата, восстановления проприоцепции и устранение сенсорного дефицита у постинсультных больных, что способствовало более эффективному и быстрому восстановлению походки и паттерна шага у данной категории больных.

Титиевский С.В., Воеводина В.С., Гостюк И.М., Пехтерев В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр МЗ ДНР,
Донецк

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Современные формы вооруженного конфликта существенно отличаются от предыдущих опытов локальных военных действий в Афганистане, Сирии, на Северном Кавказе и в других «горячих точках» последних десятилетий (Паценко М.Б., 2022). Масштаб и интенсивность специальной военной операции (СВО) указывают на то, что большая часть участников военных действий подвергается влиянию боевого стресса, и распространенность у них боевой психической травмы составляет от 3 до 11% (Сакович П.В., 2024). При этом, у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются минимум в 30% случаев, а удельный вес посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) составляет от 10 до 14% (Паценко М.Б., 2022). В то же время, характер и структура непсихотических психических расстройств у участников СВО до сих пор остаются малоизученными.

С целью исследования структуры и характеристик непсихотических психических расстройств у участников СВО нами изучена медицинская документация 2069 случаев госпитализаций участников СВО в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу – медико-психологический центр МЗ ДНР на протяжении 2022-2024 гг. Структура всех выявленных диагнозов была следующей: органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3) – 94 чел. (4,5%) (в, основном, депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 86 чел. (4,2%)), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 123 чел. (5,9%), органическое диссоциативное расстройство (F06.5) – 2 чел. (0,1%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 87 чел. (4,2%), другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни (преимущественно церебрастенический синдром как следствие боевых травм (контузий) головного мозга в различных их периодах) (F06.8) – 316 чел. (15,3%), органическое расстройство личности (F07) – 336 чел. (16,2%) (включая посткоммоционный синдром (F07.2) – 29 чел. (1,4%)), параноидная шизофрения (F20.0) – 1 чел. (0,05%), шизотипическое расстройство (F21) – 5 чел. (0,05%), острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 1 чел. (0,05%), шизоаффективное расстройство (F25) – 3 чел. (0,14%), депрессивный эпизод (умеренный и тяжелый без психотических симптомов, включая реактивную депрессию, согласно МКБ-10) (F32) – 421 чел. (20,3%), рекуррентное депрессивное расстройство (текущие эпизоды умеренной тяжести и тяжелые без психотических симптомов и с психотическими симптомами) (F33) – 153 чел. (7,4%), дистимия (F34) – 2 чел. (0,1%), паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0) – 4 чел. (0,2%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 7 чел. (0,3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 10 чел. (0,5%), другие уточненные тревожные расстройства (F41.8) – 2 чел. (0,1%), ПТСР (F43.1) – 466 чел. (21,6%), расстройства адаптации (F43.2) – 15 чел. (0,7%), диссоциативная амнезия (F44.0) – 1 чел. (0,05%), диссоциативные расстройства моторики (F44.4) – 1 чел. (0,05%), смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7) – 1 чел. (0,05%), соматоформные расстройства (F45) – 1 чел. (0,05%), легкая умственная отсталость (F70) (в, основном, с минимальными поведенческими нарушениями или без таковых) – 17 чел. (0,8%).

Обращает на себя внимание преобладание в структуре непсихотических психических расстройств ПТСР, реактивной депрессии (диагностировавшейся как собственно реактивная и эндореактивная – за счет наличия соматических симптомов), а также широкого спектра проявлений психоорганического синдрома (от легких неврозоподобных (астенических) до личностных) как этапов его формирования в течение периода наблюдения больных, во многом, за счет перенесенных (зафиксированных и нет) контузий, часто повторных, головного мозга, на фоне перманентного боевого стресса. Всё вышеупомянутое свидетельствует как о «микстовом» характере органической психической патологии, так и о высокой патогенности боевого стресса, которому подвергаются в театре военных действий участники СВО.

Титиевский С.В., Гашкова Л.А., Побережная Н.В., Черепков В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СООТНОСИМОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ОСЛОЖНЕННОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Одной из современных тенденций развития психиатрии является появление диагноза осложненного посттравматического стрессового расстройства (ОПТСР) (complex posttraumatic stress disorder), который был добавлен в МКБ-11 в июне 2018 года под шифром 6B41. Данное расстройство не признано Американской психиатрической ассоциацией и не указано в DSM-5-TR, которая признает только тяжелое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В связи с важностью темы посттравматического стресса в условиях ведения боевых действий в Донбассе представляется небезынтересной нынешняя дискуссия в зарубежной психиатрической литературе по поводу дифференцирования ОПТСР (не используемого нашими психиатрами диагноза) и пограничным расстройством личности (применяемым в нашей практике диагнозом – «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» (F60.31)).

Добавление ОПТСР в качестве диагностической единицы в МКБ-11 было спорным, отчасти из-за попыток переосмыслить некоторых пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) как имеющих ОПТСР. По-видимому, существуют случаи ОПТСР, которые не пересекаются с ПРЛ, но на практике диагноз ОПТСР часто используется, чтобы избежать диагноза ПРЛ. Хотя у многих пациентов с ПРЛ есть истории травм, было обнаружено, что эмоциональное пренебрежение является наиболее распространенным психологическим фактором риска (Linehan M.M., 1993; Porter C. et al., 2020). Более того, диагноз ОПТСР не учитывает роль биологических и генетических факторов, которые играют важную роль в развитии ПРЛ (Distel M.A. et al., 2008). Другая концептуальная проблема конструкции ОПТСР применительно к пациентам с ПРЛ заключается в том, что она не учитывает фундаментальную дисфункцию личности, которая является локусом этого расстройства. ПРЛ лучше всего понимается как конечный общий путь, возникающий во взаимодействии наследственных черт эмоциональной дисрегуляции и эмоционального пренебрежения (Linehan M.M., 1993).

Пациенты с ПРЛ не всегда «популярны» у врачей. Такие больные, как правило, вызывают у них интенсивные реакции, которые могут отражать эмоциональное состояние пациента. Как однажды заметил G. Adler (1989), «опыт контрпереноса для терапевта часто представляет собой беспомощность, ярость, отчаяние и чувство личной неадекватности независимо от того, насколько умелым является терапевт».

Диагноз ПРЛ ассоциируется с отчетливой стигмой (Aviram R.B., Brodsky B.S., Stanley B., 2006). Вполне возможно, что изменение диагноза на ОПТСР является способом облегчения беспокойства врача при проведении лечения. Когда диагностируется ОПТСР, пациент рассматривается как пассивная, беспомощная жертва прошлой травмы, которая не вносит никакого вклада в свои продолжающиеся страдания. Врач, в свою очередь, становится героическим спасателем, способным избавить больного от травмирования другими. Можно распознать эту динамику жертвы-палача как отличительную черту межличностных отношений пациента с ПРЛ.

Мнение о том, что большинство или все психиатрические заболевания являются результатом травмы, становится все более распространенным рефреном, что привело R.J. McNally (2003) к созданию термина «культура травмы». В то же время, переосмысление ПРЛ как ОПТСР имеет значительные последствия для лечения этих пациентов, некоторые из которых потенциально опасны.

В настоящее время имеется множество литературы, демонстрирующей, что диалектическая поведенческая терапия, основанная на ментализации терапия и психотерапия, фокусированная на переносе, эффективны при лечении пограничного расстройства личности (Leichsenring F. et al., 2023). Но, когда пациентам с ПРЛ ошибочно ставится диагноз ОПТСР, лечебной рекомендацией обычно является общая травма-фокусированная терапия. Поскольку у этих подходов отсутствует установленная эффективность при лечении ПРЛ и, поскольку значительное число пациентов с ПРЛ не имеют заметной истории травм, такая рекомендация лечения может быть совершенно недостаточной для управления состоянием больного.

Титиевский С.В., Побережная Н.В., Гашикова Л.А., Черепков В.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ТРЕВОЖНОСТИ И ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

С целью усовершенствования недостаточно разработанного дифференцированного подхода к тревожным расстройствам, в особенности, связанным с травматическим стрессом, и посттравматическому стрессовому расстройству, что весьма актуально в условиях ведения боевых действий в Донбассе, нами проведен анализ современных зарубежных литературных источников, относящихся к данной теме.

Тревожность и травматический стресс недавно оказались в центре внимания общества (Ackerly V., 2024): клиницисты и общество в целом настроены на выявление и лечение тревожных расстройств и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), что привело как к более частому скринингу клиницистов, так и к самодиагностике пациентов. Тревожные расстройства и ПТСР усиливаются из-за экологических стрессоров, таких как COVID-19 и воспринимаемая глобальная нестабильность. Более того, общеизвестные факторы риска, такие как пол, возраст и сопутствующие заболевания, остаются такими же актуальными, как и прежде. Тревога и травматический стресс феноменологически пересекаются – в обоих случаях обычно подразумевается повышенный уровень возбуждения и нарушение межличностного и профессионального функционирования. Более того, биологически многие их проявления проистекают из общей неадаптивной лимбической системы или вегетативных стимуляций, вызывающих активацию миндалевидного тела и/или повышение симпатических влияний. Тем не менее, они различаются своими причинами, степенью нейроэндокринной дисрегуляции и симптомами, и поэтому в 2013 году ПТСР было перемещено из раздела DSM-IV «Тревожные расстройства» в новый раздел DSM-5 «Расстройства, связанные с травмой и стрессом» (Kupfer D.J., 2015). При перемещении в другие главы, были также пересмотрены диагностические критерии для кластеров симптомов ПТСР и симптомов генерализованного тревожного расстройства (ГТР) (Park S.C, Kim Y.K., 2020; Stein D.J., 2015). Исследование R.C. Kessler и соавт. (2012) на основе Репликации национального исследования коморбидности США в 2012 году, установило, что примерно треть взрослого и подросткового населения соответствовала критериям любого тревожного расстройства, а в рамках критериев DSM-IV ПТСР и ГТР продемонстрировали показатели распространенности приблизительно 8,0% и 6,2% соответственно. Общая распространенность за истекший месяц, определенная Национальным исследованием по употреблению наркотиков и здоровью США, увеличилась с 5,1% до 6,7% в период с 2008 по 2018 год, но особенно увеличилась с 8,0% до 14,7% за тот же период времени среди обследованных в возрасте от 18 до 25 лет (Goodwin R.D. et al., 2020). К наиболее распространенным тревожным расстройствам относились социальная фобия и специфические фобии, в каждом случае затрагивающие примерно одну восьмую часть выборки и, вероятно, менее заметные для врачей из-за их относительно меньшего влияния на глобальное функционирование. Хотя тревожные и травматические стрессовые расстройства, как правило, возникают после окончания периода развития, медиана их начала является довольно ранней, в 20-30 лет, причем, ПТСР часто проявляется несколько раньше, а многие случаи возникают в позднем возрасте. Распространенность в течение жизни среди ветеранов варьировала от 7,7% до 17,0%, а другие уязвимые группы включали спасателей и лиц с историей употребления психоактивных веществ.

Вероятность развития ПТСР после любого воздействия в два раза выше у женщин, чем у мужчин, причем наиболее частой причиной будущего ПТСР является сексуальное насилие (Perrin M. et al., 2014). В целом же, вероятность развития ПТСР после любого конкретного воздействия не различается в зависимости от пола, что позволяет предположить большую значимость характера воздействия по сравнению с врожденными половыми различиями (Perrin M. et al., 2014). Очевидна ведущая роль жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы как фактора риска ПТСР, тревожных расстройств и расстройств настроения (Perrin M.

et al., 2014; Teicher M.H. et al., 2022). Обнаружено увеличение тяжести тревожности на 33% в ходе проспективного наблюдения в течение 1 года у молодых людей с уже имеющимся ГТР, перенесших заражение COVID-19 в первые годы пандемии (Strawn J.R. et al., 2023). Примерно 60% подростков и молодых людей в 10 странах заявили, что они очень или крайне обеспокоены изменениями климата, а 45% заявили, что собственные чувства по этому поводу негативно влияют на их повседневную жизнь и функционирование (Hickman C. et al., 2021). Еще одним важным явлением в клинической практике является самодиагностика. Платформы социальных сетей, такие как TikTok, повышают самодиагностику при нескольких «популярных» расстройствах – синдроме дефицита внимания/гиперактивности и синдроме Туретта, а также создают определенные ожидания в отношении реакции на антидепрессанты и повышают диагностическую идентификацию с имеющими диагноз сверстниками. Существует также возможность неприемлемой патологизации преходящих явлений или неприемлемого самолечения с использованием онлайн-аптек (Monteith S., et al., 2024).

Титиевский С.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Побережная Н.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

С целью усовершенствования имеющейся лечебно-диагностической практики в отношении больных с наличием психических расстройств после перенесенных контузий головного мозга – патологии, весьма актуальной в условиях ведения боевых действий в Донбассе, – нами проведен анализ современных зарубежных литературных источников, относящихся к данной теме.

Нейропсихиатрические расстройства регулярно возникают после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и часто – в течение первого года после данной травмы (Alway Y. et al., 2016; van Reekum R., Cohen T., Wong J., 2000). Наиболее диагностируемыми по оси I DSM являются расстройства настроения, тревожные и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (van Reekum R., Cohen T., Wong J., 2000; Ponsford J., Alway Y., Gould K.R., 2018). Хотя психиатрический диагноз, поставленный до ЧМТ, является значимым предиктором расстройств после получения ЧМТ, у многих перенесших травму головного мозга нейропсихиатрическое расстройство диагностируется впервые (Alway Y. et al., 2016; van Reekum R., Cohen T., Wong J., 2000; Ponsford J., Alway Y., Gould K.R., 2018).

Психосоциальные последствия повреждения головного мозга хорошо описаны и часто включают нарушения копинга и адаптации (совладания с эмоциональными требованиями; адаптации к инвалидности и т.д.), потерю отношений с другими людьми и социальной поддержки (т.е., трудности с поддержанием отношений; ограниченные возможности для развития новых отношений), а также неспособность вовлекаться в значимые роли (студента, кормильца, волонтера, супруга (-и), родителя и т.д.) и справляться с ними из-за физических и когнитивных последствий травмы (Oddy M., 2005). Эти изменения и потери отрицательно влияют на качество жизни и могут привести к возникновению таких проявлений, как возбуждение, расстройства мышления, беспокойство, расстройства настроения, апатия, расторможенность и нарушения сна (Mundluru J. et al., 2021). Важными предикторами отдаленных последствий ЧМТ являются нейропсихиатрические симптомы, которые могут привести к социальной изоляции и отрицательно повлиять на интеграцию в обществе (Mundluru J. et al., 2021; Ciurli P., et al., 2011; Humphreys I., Wood R.L., Phillips C.J., Macey S., 2013). В свою очередь, психосоциальные осложнения рассматриваются как возможный фактор риска развития нейропсихиатрических расстройств после ЧМТ (Scholten A.C. et al., 2016).

Нейропсихиатрические и психосоциальные последствия ЧМТ зависят от ряда факторов. Тяжесть травмы и место поражения связаны с нарушением нейронных цепей, отвечающих за эмоциональный контроль, самосознание и контроль импульсов. Психологические или психодинамические факторы включают ресурсы, личные ценности, личное отношение к инвалидности и характеристики личности. Они влияют на восприятие индивидом воздействия травмы, а также определяют личные ресурсы для адаптации и восстановления. Наконец, психосоциальные факторы влияют на способность человека участвовать в социальной и производительной деятельности, а также использовать сети социальной поддержки (Pepping M., Roueche J.R., 1991; Gainotti G., 1993). Эти факторы также могут быть причинами препятствий успешной реабилитации и реинтеграции в обществе. При ЧМТ и сопутствующих нейропсихиатрических расстройствах иногда бывает трудно определить, являются ли имеющиеся симптомы прямым результатом травмы мозга или же – соответствующей ситуационной реакцией на травму (Kim E. et al., 2007). Многие из симптомов, часто регистрируемых после ЧМТ, в частности, раздражительность, утомляемость, проблемы со сном, снижение инициативности (инициации) и нарушения внимания, могут быть связаны либо не связаны с таким нейропсихиатрическим расстройством, как депрессия (Morton M.V., Wehman P., 1995; Arciniegas D.B., Torckoff J., Silver J.M., 2000). Необходим тщательный анализ, чтобы дифференцировать, вызваны ли симптомы травмой мозга, предшествующим состоянием, психосо-

циальными последствиями травмы или же комбинацией факторов (Arciniegas D.B., Topkoff J., Silver J.M., 2000; Lauterbach M.D. et al., 2015).

Учитывая, что у большого числа пациентов наблюдается расстройство настроения после травмы, стабилизация настроения должна быть приоритетом лечения (Lauterbach M.D. et al., 2015). При назначении лекарств D.B. Arciniegas и соавт. (2000) рекомендуют консервативный подход, поскольку пациенты с ЧМТ могут быть особенно чувствительными и подверженными побочным эффектам медикаментов. Рекомендуется частый мониторинг эффективности, побочных эффектов и взаимодействия лекарственных препаратов. Следует избегать лекарств с седативными свойствами. По возможности, режим приема лекарств при лечении нейропсихиатрических расстройств после травмы должен сопровождаться психотерапией (Arciniegas D.B., Topkoff J., Silver J.M., 2000). Разновидности поведенческой терапии, основанные на принципах классического и оперантного обусловливания, использовались для успешного управления поведенческой дисрегуляцией после ЧМТ. Показано, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) снижает психосоциальный дистресс, помогая пациентам изменять базовые модели мышления и неадаптивные автоматические мысли (Little A., Byrne C., Coetzer R., 2021). Когнитивные нарушения часто сопровождают ЧМТ, и модификации традиционных вмешательств КПТ, такие как предоставление письменных материалов, обобщение информации и повторение ключевых моментов обучения, оказались полезными (Anson K., Ponsford J., 2006). Пилотные проекты с небольшими выборками и исследования отдельных случаев с использованием терапии принятием и ответственностью (Acceptance and Commitment therapy) продемонстрировали многообещающие результаты в редукции симптомов депрессии и тревоги после ЧМТ (Kangas M., McDonald S., 2011). Показано, что терапевтические вмешательства в отношении психотравмы, такие как десенсибилизация и переработка движением глаз, редуцируют симптомы тревоги и посттравматического стрессового расстройства после ЧМТ (Janssen E.P.J. et al., 2023).

Титов Ю.Д., Борjak А.Л., Шпаченко Н.Н., Аптекарь И.Е.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО СПОНДИЛОДЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Лечение пострадавших с повреждениями груднопоясничного отдела позвоночника является актуальной проблемой современной хирургии позвоночника. Большая вариабельность клинических проявлений его повреждений диктует необходимость максимально адекватного их лечения. Многие вопросы лечения по-прежнему остаются дискуссионными, а некоторые проблемы требуют дальнейшего решения. К последним относятся такие, как проблема выбора наиболее целесообразного способа фиксации позвонков из переднего, заднего или комбинированного доступа и средств их реализации. Цель исследования. Анализ результатов лечения пострадавших с травмой позвоночника, возможных причин неблагоприятных исходов, систематизация осложнений, возникающих при транспедикулярной стабилизации позвоночника и определить перспективные направления по их профилактике. Материал и методы. Данное исследование основано на анализе результатов лечения травмы грудного и поясничного отделов позвоночника у 348 пациентов, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии центра. Результаты и обсуждение. Осложнения травмы позвоночника и спинного мозга делятся на трофические, ортопедические, инфекционно-воспалительные, дисфункция органов малого таза. Среди ортопедических осложнений преобладали связанные с оперативным лечением. Нами выявлено 26 случаев осложнений, которые включали некорректное проведение винтов, переломы винтов, балок, миграция винтов и балок в динамике наблюдения. Для решения данной задачи мы изучили напряженно-деформированное состояние (НДС) поврежденного фрагмента позвоночного столба методом конечных элементов на следующих моделях: неповрежденный позвоночный столб; перелом тела позвонка без фиксации металлоконструкциями; транспедикулярная фиксация при переломе тела позвонка; транспедикулярная фиксация, дополненная использованием костного цемента, при аналогичном переломе тела позвонка. Для каждой модели выполняли расчеты НДС для трех различных положений туловища, соответствующих вертикальному положению, наклону вперед и наклону назад. Анализ распределения интенсивности напряжений показывает, что при вертикальном положении туловища основная нагрузка приходится на переднюю часть позвоночного столба, то есть на тело позвонков. Так, при наклоне вперед уровень интенсивности напряжений в теле позвонков возрастает примерно в три раза. Величина интенсивности напряжений в кортикальной кости при этом составляет ~ 2,5 МПа. В тоже время наиболее напряженными участками в костной структуре являются корни дуг позвонков, а также верхние и нижние суставные отростки, где величина интенсивности напряжений достигает значений порядка ~ 7,0÷9,0 Мпа. При наклоне назад максимально напряженными участками являются задние дуги позвонков, где уровень интенсивности напряжений составляет ~ 8 МПа. Напряжения в теле позвонков ниже, чем в предыдущем случае и составляет ~ 1,5 Мпа. Учитывая, что транспедикулярный спондилодез подразумевает прохождение винтов через корни дужек, становится очевидным, что расширение двигательной активности пациента может привести к избыточной нагрузке на фиксирующие элементы, плюс к этому усталость металла, и как результат переломы винтов и балок, их смещению, что приводит к появлению боли, а иногда и неврологических проявлений. Дальнейшее изучение напряженно-деформированного состояния с передней стабилизацией показало эффективность совместного использования транспедикулярной фиксации и переднего спондилодеза, проявляющиеся в значительном снижении напряжений в неповрежденных позвонках, используемых для крепления фиксирующих винтов, а также в снижении напряжений в используемой для фиксации металлоконструкции. Полученные данные дают основания считать целесообразным сочетать применение транспедикулярной фиксации и передней стабилизации в случае возникновения дефектов костной

ткани тела позвонка или компрессионно-оскольчатых переломах. В подобных случаях восстановление формы поврежденного позвонка требует не только фиксации поврежденного сегмента позвоночника в правильном положении, но и компенсации возникшего дефекта костной ткани для улучшения механических характеристик выполняемой хирургической коррекции, что позволяет избежать ортопедических осложнений в динамике наблюдения. Выводы. На основании анализа осложнений нами выработана тактика оперативного спондилодеза. При повреждении передней колонны достаточно фиксация сломанного позвонка и одного краниального, и одного каудального позвонков. При повреждении передних двух колонн требуется фиксация двух каудально расположенных и двух краниально расположенных позвонков. В случае же повреждения трех опорных колонн объем фиксации должен включать 2 или 3 позвонка каудальнее и краниальнее поврежденного, а также создавать переднюю опору металлическим мешем.

Тихомирова А.Н., Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ЭКЗЕМЕ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА

Цель. Выявить распространенность и структуру коморбидных состояний и изменений лабораторных показателей крови при экземе у жителей урбанизированного Севера.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в амбулаторных условиях бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Нижневартовский кожно-венерологический диспансер». Изучена первичная медицинская документация 120 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с различными формами экземы, осложненными коморбидной патологией. Пациенты разделены на группы исследования в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, заболеваний гепатобилиарной системы, эндокринных нарушений, злокачественных новообразований и других состояний и заболеваний).

Результаты исследования. В группе пациентов с экземами и сердечно-сосудистыми заболеваниями регистрировались варикозная, дисгидротическая, идиопатическая формы экземы. Частота кардиоваскулярных нарушений среди пациентов с экземами составила 25% от общего числа обследованных пациентов. Основными отклонениями в общеклинических и биохимических анализах крови в этой группе исследования явились гиперхолестеринемия в 16% случаях, ускоренная скорость оседания эритроцитов (более 20 мм/час) в 10% случаев, повышение уровня базофилов в 23% случаев, тромбоцитопения в 13%. Группа пациентов с экземами и эндокринными нарушениями составила 18% среди общего числа исследуемых. В группе наряду с экземами у больных наблюдались ожирение 1-2 степеней, сахарный диабет 2 типа, гипотиреоз. Среди разновидностей экземы в сочетании с метаболическими нарушениями наблюдались дисгидротическая, микробная, тилотическая. В общеклинических и биохимических исследованиях крови в данной группе были выявлены следующие отклонения: гипергликемия в 30% случаев, гиперхолестеринемия в 14%, повышение уровня тиреотропного гормона в 16% случаев. Группа больных с экземами и гепатобилиарной патологией составила 26,7%. В данной группе не выделялись лидирующие формы экземы, при этом в периоды обострения соматической патологии отмечалось удлинение продолжительности рецидива экземы. В общеклинических и биохимических исследованиях крови отмечались следующие отклонения: ускоренная скорость оседания эритроцитов у 7% пациентов, повышенный уровень базофилов в 5% случаев, гиперхолестеринемия в 20% случаев, гипербилирубинемия в 45,7% случаев. 10% пациентов с экземами наблюдались у врачей-онкологов со злокачественными новообразованиями кишечника, молочных желез, предстательной железы. В этой группе преобладали идиопатическая, дисгидротическая экзема лица, ладоней и стоп. По лабораторным изменениям лейкопения наблюдалась у 29% больных, тромбоцитопения у 31%, ускоренная скорость оседания эритроцитов у 40%. В группу пациентов с экземами и другой соматической патологией отнесены железодефицитная анемия, описторхоз, микоз стоп и ногтей стоп, хроническая обструктивная болезнь легких. Терапия для достижения удовлетворительных результатов и стойкой ремиссии, проводилась совместно со смежными специалистами.

Заключение. Оптимизация терапии экземы требует учета коморбидных состояний и их коррекции совместно с узкими специалистами. У большинства пациентов выявляется соматическая патология, которая оказывает влияние на течение экземы, её формы и частоту рецидивов. Индивидуальный подход и междисциплинарное взаимодействие способствуют снижению полипрагмазии, достижению ремиссии и улучшению качества жизни пациентов.

Тихонова Е.Н., Левченко Н.В., Багметов Н.П.

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

МНЕНИЕ СТУДЕНТОК СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ О ПРЕСТИЖЕ ПРОФЕССИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Отношение к будущей профессии и мотивы профессиональной деятельности являются чрезвычайно важными факторами, обуславливающими успешность профессионального обучения.

Цель – анализ мнения студенток медицинского колледжа об уровне престижности будущей профессии.

В исследовании принимали участие студентки 1-2 курсов ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж» (ВМК) и колледжа Волгоградского государственного медицинского университета (колледж ВолгГМУ) по специальности «Сестринское дело».

Оценка мнения студенток относительно престижа профессии «среднего медицинского работника» выявила, что практически половина опрошенных студенток (46,8%±0,9) считают эту профессию престижной. Вместе с тем 12,9%±1,1 не разделяют этого мнения, а 40,3%±0,9 респондентов затруднились с ответом, что возможно связано с их недостаточным опытом. Если бы студенткам снова предстоял выбор профессии, 31,8%±0,9 из них ответили, что они все равно выбрали бы эту профессию. Другая часть опрошенных (46,8%±0,9) предпочла бы стать врачом. И каждый пятый респондент (21,4%±1,1) рассматривает возможность выбора профессии, не связанной с медициной. Среди студенток 43,2%±1,1 планируют продолжить обучение в высшем медицинском образовательном учреждении, в то время как 30,6%±1,1 намерены работать по полученной специальности в частной медицинской организации. Только 9,0%±1,3 студенток выразили желание работать в государственном медицинском учреждении. Однако 10,8%±1,2 студенток рассматривают возможность работать вне медицинской сферы после окончания медицинского колледжа. Современную молодежь не испытывает страха перед возможностью изменения своей профессии в будущем. Так, 9,3%±1,1 респондентов планируют поступать в другое учебное заведение. Большинство студентов (47,7%±1,1) полагают, что основная проблема в трудоустройстве – низкий уровень заработной платы. Некоторые респонденты обеспокоены отсутствием вакансий на рынке труда (14,8%±1,0) и отсутствием опыта работы (19,3%±1,1). Часть студенток высказала иные причины: стресс, высокие психологические нагрузки, неудобный график работы.

Несмотря на увеличение количества поступающих в медицинские образовательные организации, наблюдается уход сестринского персонала из профессии, а также отток медицинских кадров из государственных учреждений здравоохранения в частные медицинские клиники и организации других отраслей.

По мнению студенток, среди основных причин ухода медицинских кадров из системы среднего медицинского образования, неудовлетворенность выбранной профессией, низкий уровень оплаты труда (66,7%±1,1), значительные физические и психологические нагрузки (27,8%±1,0), а также высокий риск профессиональных заболеваний и низкий престиж профессии (3,3%-10,0%±1,0). Среди иных причин, указанных студентками, можно выделить: отсутствие стимулирующих надбавок и дополнительных выплат, изменение жизненных приоритетов, нежелание заниматься данной профессией.

Таким образом, привлечение среднего медицинского персонала в систему здравоохранения, на наш взгляд, может быть решено не только повышением уровня оплаты труда, но и созданием условий для карьерного роста и профессионального развития медицинского персонала. Для выпускников средних образовательных учреждений создание целенаправленной комплексной системы профессиональной ориентации будущих абитуриентов. Для студентов медицинского колледжа возможна разработка тренинговых программ, направленных на формирование устойчивой мотивации профессионального выбора, развитие практики целевого обучения.

Ткач К.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ГЕПАТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ

Цель исследования: Изучить частоту развития лекарственных гепатитов у пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами, получающих терапию цитостатиками.

Материалы и методы: Метаанализ выполнен в соответствии с рекомендациями и положениями отчетности для систематических обзоров и метаанализов (PRISMA). Поиск проводился в электронной базе данных PubMed с ограничением по дате издания с 1 января 2020 по 16 ноября 2024. Поиск и отбор исследований проводили с использованием следующих ключевых слов и логических операторов: «hepatotoxicity» and «lymphoma». Поиск ограничивался англоязычными статьями. Были исключены исследования на животных, тезисы докладов, протоколы заседаний, книги, клинические случаи и серии случаев. Для каждого исследования регистрировались следующие данные: первый автор, год публикации, исследуемая популяция, количество случаев лекарственного гепатита. Одновыборочный метаанализ данных проводился с использованием свободного программного обеспечения Open Meta-Analyst. При обобщении данных отдельных исследований, учитывая значительную статистическую гетерогенность показателей, использовалась модель случайных эффектов. Процентные доли с 95% доверительными интервалами (ДИ) рассчитывались с помощью метода Der Simonian-Laird.

Результаты исследования. Первоначальный электронный поиск выявил 18 исследований. Всего в анализ было отобрано 3 статьи. Количество пациентов в 3 включенных в анализ работах варьировало от 13 до 290. В исследовании Wei, 2020 лекарственный гепатит был диагностирован у 20 пациентов из 103 обследованных, в исследовании Jeon, 2024 – у 10 из 290 и в исследовании Fernandez, 2024 – у 3 из 13. Частота выявления лекарственного гепатита варьировала в от 3,4 (Jeon, 2024) до 23,1% (Fernandez, 2024), отличаясь значительной гетерогенностью ($I^2=88,95\%$, $p<0,001$). Сводный показатель составил 13,4% (95% ДИ: 0,5-27,3).

Выводы: Частота развития лекарственного гепатита как осложнения химиотерапии у пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами по результатам метаанализа составила 13,4% (95% ДИ: 0,5-27,3).

Гленцеришев Р.А.

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

«О ВОСТРЕБОВАННОСТИ ПРИНЦИПОВ Н.А. СЕМАШКО В РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ РФ» (УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РФ № 309 ОТ 07.05.2024 ГОДА)

В настоящее время система охраны здоровья и медико-социального обеспечения населения готовится к реализации «Национальных целей развития РФ на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» с 7 Национальными целями и 11 Национальными проектами, определенных в Указе Президента РФ № 309 от 07.05.2024 г. А реализовать их можно только на базе исторического опыта страны по созданию единой государственной системы охраны здоровья и медико-социального обеспечения населения.

Трудно оценить роль и место Н.А. Семашко в создании впервые в мире государственной системы охраны здоровья и медико-социального обеспечения населения, В соответствии с постановлением Правительство РФ в стране отмечается 150 – летие со дня рождения Н.А. Семашко и проводятся научно-практические мероприятия, на которых оцениваются роль и место Н.А. Семашко в создании государственной системы здравоохранения и государственного подхода в решении проблем здоровья населения, основными принципами которой были:

- бесплатность и общедоступность медицинской помощи;
- государственный характер, сегодня очень важный для развивающихся стран, к сожалению, сегодня подавляющем большинстве стран с общедоступной медициной идет ее скрытый демонтаж, к счастью в нашей стране этого нет;
- вовлечение широких народных масс в дело профилактики здоровья, т.е. приоритет профилактики. Отдел санитарного просвещения, созданный в структуре министерства здравоохранения обеспечил повышение санитарной культуры населения, как одного из важнейших факторов в деле сохранения и укрепления здоровья населения, предупреждения распространения контагиозных заболеваний, а сейчас и не инфекционных, социально значимых заболеваний;

- тесная связь науки и практики, т.е. единство науки и практики.

В настоящее время в подавляющем большинстве стран Мира используются принципы охраны здоровья, разработанные Н.А.Семашко. Сегодня по рекомендации ВОЗ в странах глубоко анализируется опыт стран, в которых успешно используют принципы государственной системы охраны здоровья и медико-социального обеспечения с учетом национальных, региональных особенностей с учетом исторического опыта реализации принципов Н.А. Семашко. Заслуживает особого внимания опыт развитых стран, в которых до сегодняшнего дня широко используются данные научных исследований Н.А. Семашко.

Принципы Н.А Семашко С 2025 года в РФ приступят к реализации 7 Национальных целей и 11 Национальных проектов. Как отметил министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко в реализации НП «Современные технологии сбережения здоровья», НП «Активная долголетная жизнь» будут использоваться принципах Н.А. Семашко.

Комплексный подход Н.А. Семашко к охране здоровья и медико-социального обеспечения населения очередной раз покажет свою эффективность в реализации Национальных целей и Национальных Проектов и что прав В.В. Путин подчеркнув роль здоровья в развитии страны: «Без здоровья не будет развития экономики»...

Глизамова Ф.А.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ В ИССЛЕДОВАНИИ КОННЕКТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОСТЮМА

Введение. Детский церебральный паралич (ДЦП) — термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном (околородовом) периоде. ДЦП занимает ведущее место в структуре детской инвалидности и, в зависимости от степени тяжести заболевания, приводит к каким либо когнитивным нарушениям, спастическому синдрому, хронической боли, стойким двигательным и функциональным нарушениям ребенка, затрудняя его моторное развитие. В связи с этим, особую актуальность приобретают как современные средства нейрореабилитации, так и средства объективной оценки их терапевтического эффекта, к которым на сегодняшний день относится методика функциональная МРТ в покое.

Цель исследования. Определение возможностей функциональной МРТ в покое при оценке терапевтического эффекта нейрореабилитационных мероприятий, с применением специализированного костюма, на рабочие сети головного мозга.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с ДЦП в возрасте от 5 до 14 лет. Все дети были с сохранным интеллектом, без судорожной активности в анамнезе. Всем пациентам было выполнено исследование, которое включало неврологическое тестирование, ЭЭГ, нейровизуализационное исследование. Магнитно-резонансная томография выполнялась на томографе с силой индукции магнитного поля 1,5 Тл, пациентам до курса нейрореабилитации (1 временная точка), и после курса нейрореабилитации (2 точка). Исследование включало традиционную МРТ в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях (T1-, T2-, TIRM, MPRAGE), и функциональную МРТ в состоянии покоя. Постпроцессинговую обработку полученных МР-данных проводили с помощью специализированного программного обеспечения. Обработка данных фМРТ покоя представляет собой анализ изменения амплитуды BOLD-сигнала от каждого вокселя, на протяжении времени сканирования, с дальнейшим вычислением корреляций полученных временных кривых, с целью выявить синхронные и асинхронные колебания, отражающие функциональную связность соответствующих зон. Существует множество рабочих сетей головного мозга, и различные методы их оценки. В данном исследовании мы применяли анализ на основе выбора зоны интереса.

Результаты и обсуждение. При оценке динамики изменения индексов для шкалы Ашфорта, FMS и Берга выявлено более значимое улучшение двигательных функций у пациентов, отмечалось улучшение речи, различных аспектов сенсорной интеграции, снижение мышечного тонуса. При выполнении фМРТ предварительные результаты демонстрируют следующее: основные компоненты которые усилили коннективность, и являющиеся статистически значимыми, это некоторые отделы мозжечка с островковой корой, а так же с элементами рабочей сети покоя (предклинье, задний цингулум). Если говорить об оценке на основе выбора интереса, то такой зоной была выбрана медиальная префронтальная кора. У пациентов с ДЦП в динамике мы установили усиление коннективности, между медиальной префронтальной корой, лингвальной рабочей сетью (нижняя лобная извилина слева), фронтопариеальной корой справа, средней лобной извилиной справа. При этом было выявлено незначительное ослабление коннективности с компонентами рабочей сети внимания. Эти изменения отражают вероятно положительную динамику моторных навыков и некоторых когнитивных способностей.

Выводы. Магнитно-резонансная томография, включающая применение традиционных методик и функциональное МРТ покоя, является достоверным методом оценки функциональных изменений головного мозга у детей с ДЦП до и после проведения нейрореабилитации. Применение специального ПО (MatLab, SPM, CONN-TOOLBOX) позволяет проводить качественную и количественную оценку выявленных изменений и наглядно представлять их в графическом виде. Применение нейрореабилитационного костюма усиливает эффективность стандартной двигательной реабилитации, что отражается при объективной оценке функциональной коннективности моторных областей.

Толстенко А.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОРРЕКЦИИ МЕКСИДОЛОМ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК БЕЛЫХ КРЫС РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ИЗБЫТОЧНЫХ ДОЗ КОФЕИНА

Мексидол – антиоксидантный препарат отечественной разработки, который используется в составе терапии неврологических больных. Однако его эффекты на другие системы и органы в литературе описаны недостаточно полно. Проведённые ранее исследования показывают, что избыточное употребление кофеина вызывало в селезёнке, почках, а также в костях крыс негативные структурные преобразования. Выбор мексидола в качестве корректора обусловлен его антиоксидантными свойствами.

Для эксперимента были выбраны белые крысы самцы в количестве 96 животных. Из них 48 инфантильного возраста и 48 ювенильного. Животных каждого возраста разделили на две группы. Первая группа – 24 крысы, которым внутривентрикулярно с помощью зонда вводили кофеин в избыточных количествах (120 мг/кг/сутки) и вторая группа – также 24 крысы, где, помимо кофеина, подкожно вводили мексидол (50 мг/кг/сутки). Эксперимент длился 90 суток. Некоторых крыс выводили из него раньше (на 7, 14 и 30 сутки) для последующей оценки результатов в эти сроки и построения динамики изменений. В качестве исследуемого материала использовались правые почки животных. Измеряли длину, ширину, толщину и объём органа и сравнивали значения между первой и второй группами. Полученные результаты были обработаны с помощью статистических методов в Microsoft excel, используя t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали изменения при $p \leq 0,05$.

В группе инфантильных животных коррекция параметров с помощью мексидола выявлялась, начиная с 14 суток наблюдения. Здесь, толщина почек уменьшалась на 5,31%, а их объём на 7,37%. В остальных размерах в этот период изменений не было обнаружено. К 30 и 90 суткам уже все исследуемые органомерические параметры изменялись. На 30 сутки длина, ширина, толщина и объём снижались на 3,89%, 4,93%, 5,38% и 13,56% соответственно, а к 90 суткам снижение значений тех же параметров составляло 4,19%, 4,26%, 7,10% и 14,80%.

В группе ювенильных крыс, как и у инфантильных животных, изменения наблюдались с 14 суток, но только в одном параметре – объёме почек, который снижался на 3,59%. К 30 суткам изменялись ширина и объём, снижаясь на 3,75% и 8,51% соответственно. К 90 суткам длина, ширина и объём снижались на 3,54%, 4,67% и 10,70% соответственно.

В итоге, оценивая полученные результаты, можно сделать вывод, что мексидол оказывал влияние на параметры органомерии гипертрофированных почек в обеих возрастных группах начиная с 14 суток эксперимента, вызывая их уменьшение. Это влияние увеличивалось и достигало максимума на 90 сутки. Почки животных инфантильной группы оказались более чувствительны к коррекции.

Толстых А.А., Белоконова В.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

ВАКЦИНАЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА В БОРЬБЕ С ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В 2023 году, согласно данным официальной статистики, заболеваемость в РФ внебольничными пневмониями увеличилась как по сравнению с предыдущим годом, так и в сравнении со среднемноголетним показателем. В этиологическую структуру лабораторно подтвержденных случаев внебольничных пневмоний в 2023 году наибольший вклад внесли бактериальные агенты, среди которых не исключены пневмококки. Известно, что до внедрения вакцинации пневмококковая инфекция уносила огромное количество жизней детей раннего возраста. Эта проблема актуальна для здравоохранения во всем мире и в Российской Федерации. Возбудитель *Streptococcus pneumoniae* способен проникать в стерильные среды организма человека, вызывая серьезную патологию с высокой летальностью. Из учета актуальных сведений о биологическом факторе возбудителя, восприимчивости населения, эпидемиологической и экономической значимости, проявлений клинического многообразия складывается эффективность координации эпидпроцесса данной инфекции. Разработанная система специфической профилактики является основным звеном управления и сдерживания эпидемиологического процесса. Как следствие, данное направление снижает затраты на лечение заболеваний, вызванных пневмококком и смертности по этой причине. Одним из оснований потребности в вакцинах стало распространение антибактериальной резистентности, которая является следствием массового применения антибиотиков.

На сегодняшний момент, в Российской Федерации зарегистрированы и лицензированы два вида вакцин: полисахаридные вакцины и поливалентные конъюгированные вакцины. Вакцинации от пневмококковой инфекции подлежат дети, взрослые, относящиеся к группам риска, что регламентируется национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Отсутствие побочного действия или его наличие в установленных границах в эпидемиологическом, социальном и экономическом контексте является наивысшей степенью достижения необходимого результата за счет реализации специфической профилактики. Многочисленные исследования показали, что снижение заболеваемости в различных регионах мира пневмококковыми инфекциями оценено в пользу эпидемиологической эффективности вакцинации. Ущерб от самого заболевания в десятки раз выше, чем государственные материальные ресурсы на иммунопрофилактику от данной инфекции. О социальной эффективности данного профилактического мероприятия свидетельствует снижение риска госпитализации по поводу внебольничных пневмоний у вакцинированных лиц по сравнению с не вакцинированными лицами.

Таким образом, успехи применения пневмококковых вакцин доказывают значимое снижение заболеваемости и носительства среди населения.

Толченникова Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В настоящее время очевидный научно-практический интерес представляет изучение влияния герпесвирусов на частоту развития и характер течения соматической патологии, в т.ч. и поражений сердца у детей. Своеобразие клинических проявлений кардиальной патологии, в частности при Эпштейна-Барр вирусной инфекции (ЭБВИ), во многом обусловлено иммуносупрессивным действием вирусов, дисбалансом клеточного и гуморального иммунного ответа, изменениями цитокинового и интерферонового статуса, а также механизмами, которые обеспечивают долгосрочную персистенцию и возможность участия вирусов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых поражений. До сих пор нет единого мнения о характере и сроке появления кардиальных осложнений при ЭБВИ. Согласно данным специальной литературы и собственным исследованиям поражения сердца при ЭБВИ достаточно разнообразны. В частности, в случае острого течения инфекции, примерно у каждого десятого диагностируют миокардит (10,0% – 12,5 %), значительно реже - эндокардит (2,5 %).

Миокардит при типичном, ассоциированном с Эпштейн-Барр вирусом, инфекционном мононуклеозе, чаще протекает в легкой и среднетяжелой форме. Однако в случаях генерализованной инфекции может приобретать тяжелое течение с исходом в дилатационную кардиомиопатию и даже приводить к летальному исходу.

Эндокардит при ЭБВИ в большинстве случаев наблюдается у детей с сопутствующим врожденным пороком сердца или фоновыми заболеваниями (сахарный диабет, первичный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция), характеризуется преимущественно подострым течением. При этом, аортальный клапан поражается в трети случаев (до 35 %), митральный – в 20 – 25 % случаев, трикуспидальный – в 5 – 7 %.

При хронической ЭБВИ поражение сердца по данным обследований 56 детей, находившихся на обследовании и лечении в РДКБ МЗ ДНР, встречалось в 37,0 % случаев преимущественно в виде кардиопатии, которая, наряду с клиническими проявлениями (приглушенность тонов, систолический шум на верхушке и в V точке), характеризовалась изменениями на ЭКГ в виде нарушений ритма сердца (синусовая аритмия, брадиаритмия, миграция водителя ритма, АВ-блокада I ст.), процессов реполяризации в миокарде. Миокардит диагностирован у 5 пациентов, он протекал в легкой и среднетяжелой форме с изменениями на ЭКГ (отрицательный T с депрессией сегмента ST, изменения длительности интервала PQ, блокады правой и левой ножек пучка). У 1 ребенка с врожденным пороком сердца диагностирован эндокардит, он имел подострое течение. Инфекционный коронарит диагностирован у 2 детей при ЭБВИ в активной стадии, он характеризовался мягким течением, на ЭКГ преобладали ST-T-нарушения, деформация зубца T (двугорбый, остроконечный, двухфазный).

Важное значение в диагностике поражений сердечно-сосудистой системы при ЭБВИ у детей приобретают такие маркеры, как повышение активности кардиоспецифических ферментов (креатинкиназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, α -гидроксibu тиратдегидрогеназа), определение антикардиальных антител к эндотелию, кардиомиоцитам, уровень сывороточных тропонинов, количественное определение сывороточной концентрации антимиикардиальных аутоантител.

Выводы. У детей с ЭБВИ изменения со стороны сердца встречаются с достаточно высокой частотой, обусловлены несколькими механизмами (как следствие непосредственного влияния вирусов, так и в качестве триггерного фактора) и конечно требуют дальнейшего более глубокого изучения с использованием современных методов диагностики.

Томачинская Л.П., Поважная Е.С., Семёнов Е.Б.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Воздушно-капельная инфекция является распространенной патологией детского возраста, нередко носит затяжной характер и осложняется тяжелыми нарушениями функции и структуры различных систем организма, особенно центральной нервной и дыхательной.

Под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (основная группа составила 28 человек, контрольная – 20). С целью быстрой ликвидации проявлений инфекции, профилактики осложнений (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония) и сокращения сроков лечения всем больным экспериментальной группы на фоне адекватной медикаментозной терапии применяли ряд физиотерапевтических методов воздействия. В комплекс физиотерапии включали ультрафиолетовое облучение (УФО), электрическое поле ультравысокой частоты (ЭП УВЧ), ультравысокочастотную индуктотермию, лекарственный электрофорез, аэрозоль-терапию.

При УФО использовали как интегральный спектр, так и коротковолновый (КУФ). КУФ применяли для облучения слизистой носоглотки (бактерицидный эффект, активация местного иммунитета). Интегральным спектром УФО облучали грудную клетку: всего 8 полей по 2 поля в день в слабоэритемной дозе (1-4-й день – по 1 биодозе, 5-8-й – по 1,5 биодозы, 9-12-й – по 2 биодозы с расстояния 50 см), что позволяло получить гипосенсибилизирующий эффект и повысить неспецифическую сопротивляемость организма ребенка.

ЭП УВЧ назначали в атермических дозировках (15 или 20 Вт) малыми конденсаторными пластинами дистанционно, строго соблюдая величину воздушных зазоров, воздействуя тангенциально в проекции носа и поперечно – в проекции миндалин (чередую зоны через день) по 7-8 мин. Процедура позволяла получить выраженный противовоспалительный, противоотечный, детоксикационный, анальгезирующий эффекты, укрепить лейкоцитарный вал, а следовательно, - ограничить очаги воспаления. По окончании курса (5-6 процедур) ЭП УВЧ назначали переменное магнитное поле ультравысокой частоты (УВЧ-индуктотермию) в проекции корней легких через сухую гидрофильную прокладку толщиной в 1 см при мощности 20 Вт в течение 10 мин (6-8 воздействий). В результате улучшалась гемодинамика в легких, повышалась дренажная функция бронхов, активизировалась деятельность иммунокомпетентных систем.

Для электрофореза была выбрана методика общего воздействия – на воротниковую зону по Щербак. Это позволяло оказать положительное влияние как на центральную нервную, вегетативную, так и на кардио-респираторную системы. Проводили сочетанный электрофорез глюконата кальция (с анода) и аскорбиновой кислоты (с катода). Оба препарата вводили на 25% растворе димексида (ДМСО). ДМСО присущи противовоспалительное и антипиретическое действие, анальгезирующий эффект, бактериостатическая и фунгистатическая активность, способность усиливать действие лекарственных веществ и повышать устойчивость организма к повреждающему действию неблагоприятных факторов. Процедуру проводили по общепринятой схеме, на курс – 10 воздействий. В качестве аэрозоль-терапии использовали тепловлажные щедочные ингаляции бронхолитиков по 5 мин.

В результате применения предлагаемого комплекса физиотерапии на фоне адекватного медикаментозного лечения у больных основной группы наблюдалось более легкое протекание инфекции, отсутствие осложнений, восстановление функции внешнего дыхания, деятельности сердечно-сосудистой и нервной систем в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой.

Тохтаров В.И., Федоров К.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КУРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Введение. Курение является одним из «бичей» настоящего времени. Согласно ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) на 2024г. каждый пятый взрослый человек курит. В России по данным Министерства Здравоохранения число курильщиков снизилось на 6% за последние три года, но все равно остается большим злом, т.к. с курением ассоциирован риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, болезней органов дыхания. Курение во время беременности вызывает нарушения развития плода и повышает риск невынашивания, риск акушерских патологий. Тем самым курение вносит существенный вклад в сокращение продолжительности и качества жизни человека.

Цель исследования. Изучить информированность населения о вреде курения во время беременности. Проанализировать уровень аборт, акушерских патологий у курящих и некурящих беременных женщин.

Материалы и методы. Материалами для данного исследования выступили литературные источники, в которых освещается проблема курения беременных женщин. Ориентировались на работу проведенную группой ученых PSANZ.

Результаты исследования. У курящих женщин вероятность аборта на 33% выше, и они подвержены значительно более высокому риску различных акушерских осложнений. У курящих женщин вероятность мертворождения выше на 23%, а общий риск рождения ребенка с врожденными пороками развития выше на 13%. Дети курящих матерей чаще рождаются раньше срока с низкой массой тела и страдают от задержки внутриутробного развития. Курение сигарет оказывает негативное влияние на генетический и клеточный уровни матери и плода; увеличение числа пороков сердца у плода напрямую связано с количеством сигарет, выкуренных матерью во время беременности. Курение сигарет во время беременности, влияет на развитие почек плода, что может привести к заболеваниям почек и гипертонии во взрослом возрасте. Курение и беременность тесно связаны с ухудшением функции лёгких, а также с хрипами, астмой и респираторными инфекциями у детей в будущем. Кроме того, у детей курильщиков наблюдается повышенный риск различных желудочно-кишечных заболеваний. Курение во время беременности вредит линейному росту, способствует повышению индекса массы тела у детей и увеличивает риск ожирения и сахарного диабета в детском и взрослом возрасте. Курение матери во время беременности связано с уменьшением размера мозга плода, а также с ухудшением общих когнитивных способностей, зрительно-моторной интеграции, вербальных навыков и понимания языка у детей.

Выводы: Кампании по отказу от курения должны быть нацелены на курящую будущую мать, а также на ее социальные сети. Необходимо учитывать партнеров мужского пола, соседей по комнате, семью и друзей, особенно у женщин в послеродовом периоде. Необходимо разработать культурно и социально-экономически ориентированные программы по отказу от курения для этнических и социально-экономических групп беременных женщин, наиболее подверженных риску.

Тригубенко Р.А., Портенко Е.Г.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тверь

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Дифференциальная диагностика аллергического ринита (АР) и локального аллергического ринита (ЛАР) представляет сложную задачу из-за схожести клинической симптоматики и отсутствия специфических маркеров для ЛАР. Назальная провокационная проба, являющаяся «золотым стандартом» диагностики ЛАР, трудоёмка, требует технического оснащения и имеет противопоказания, что затрудняет своевременное выявление заболевания. Учитывая эти ограничения, создание математической модели, позволяющей на основе клинических данных прогнозировать фенотип ринита без необходимости в проведении специфических тестов, является важным шагом для оптимизации диагностики.

Цель - разработать математическую модель для дифференциальной диагностики аллергического и локального аллергического ринита на основе клинических данных без использования специфических аллергологических тестов.

Материалы и методы. Для разработки модели использована база данных, включающая 260 пациентов (214 с диагнозом аллергического ринита (АР) и 46 с диагнозом локального аллергического ринита (ЛАР)). Обучение классификатора проводилось на основе 80% выборки (208 наблюдений), при этом перекоп в классах учитывался путём автоматической настройки параметров алгоритма Random Forest. Оставшиеся 20% данных (52 наблюдения) использовались для тестирования системы. Анализ данных и разработка классификатора проводились с использованием языка программирования Python 3.9.6 и специализированных библиотек: numpy, pandas, scikit-learn и matplotlib. Для реализации алгоритма Random Forest использовалась функция RandomForestClassifier из библиотеки scikit-learn, а автоматическая настройка параметров модели осуществлялась с помощью GridSearchCV. Для оценки качества работы модели рассчитывались следующие метрики: точность, полнота, точность предсказания (precision), F1-мера и площадь под ROC-кривой (AUC).

Результаты. Тестирование классификатора, разработанного на основе алгоритма Random Forest, продемонстрировало следующие показатели эффективности. Общая точность классификации составила 94,9%. Полнота (Recall) для аллергического ринита (АР) составила 96,8%, для локального аллергического ринита (ЛАР) – 87,5%. Точность предсказания (Precision) для АР составила 97,1%, для ЛАР – 87,5%. Значения F1-меры, отражающей баланс между точностью и полнотой, составили 97,1% для АР и 87,5% для ЛАР. Площадь под ROC-кривой (AUC), характеризующая общий уровень качества классификации, составила 93,8% для категории «Жалобы», 91,5% для категории «Анамнез» и 97,9% для категории «Объективный статус». Эти результаты подтверждают высокую эффективность и надёжность разработанной системы в дифференциальной диагностике АР и ЛАР.

Заключение. Разработанная математическая модель продемонстрировала высокую эффективность в дифференциальной диагностике АР и ЛАР на основе клинических данных без использования специфических тестов. Модель может быть использована как вспомогательный инструмент, однако её использование должно дополняться классическими подходами и проверкой на внешних выборках для повышения клинической применимости.

Трубникова И.О., Железная А.А., Гончарова В.В.

ГБУ ДНР «Донецкий Республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки», Донецк
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Введение. Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль женской половой системы, ее доля среди других гинекологических заболеваний достигает 45 %. Возраст беременных был от 25 до 45 лет. Средний возраст составил $35,0 \pm 1,4$ года. Большинство случаев приходится на возрастную группу 30–34 лет – 92 (76,7 %), за ними следуют беременные в возрасте от 35 до 39 лет – 36 (30,1 %) случаев. Также было 8 (6,7 %) женщин в возрасте от 25 до 29 лет и 19 (15,8 %) женщин старше 40 лет.

Цель нашего исследования является проанализировать результаты современных подходов в тактике ведения беременности и родов у пациенток с лейомиомой матки.

Материалы и методы. На этапе ретроспективного клинико-статистического исследования нами проанализированы истории родов 120 женщин, госпитализированных в ГБУ ДНР «ДРПЦ ИМ. ПРОФ.В.К.ЧАЙКИ» с миомой матки, диагностированной во время беременности.

Результаты и обсуждение. Основная группа наблюдения была с использованием комплексного подхода: микронизированный прогестерон совместно с установкой акушерского разгружающего пессария. Группа сравнения велась в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, без назначения лекарственных препаратов. По показаниям во время беременности выполнялась миомэктомия. До наступления беременности миома матки выявлялась у 46,7 % (56/120) женщин и у 53,4 % (64/120) пациенток она была диагностирована впервые уже во время беременности. Доля женщин с миомой, диагностированной во время беременности – 91 (75,8 %) случаев, что несколько выше, чем доля женщин с миомой, диагностированной до беременности – 29 (24,2 %). Единичные миомы встречались чаще у 98 (81,7 %) женщин по сравнению с множественными узлами – 22 (18,3 %). Наиболее частыми типами миомы были интерстициальная и субсерозная – в 89 (74,2 %) случае и 27 (22,5 %) случаях соответственно, тогда как в 4 случаях (3,3 %) были подслизистые миомы. Размер узлов колебался от 1 мм до 15 см в диаметре. Средний размер миомы составил $7,6 \pm 1,2$ см.

В основной группе на фоне применения микронизированного прогестерона совместно с установкой акушерского разгружающего пессария во время беременности реже наблюдалась угроза прерывания, значительно снизилась частота преждевременных родов, реже отмечались гипотрофия плода и преждевременная отслойка плаценты, в два раза реже возникала потребность в проведении миомэктомии во время беременности.

Проведенный анализ родоразрешения в исследуемых группах показал различия в количестве выполненных гистерэктомий. В группе В экстирпацию матки проводили в 2,7 раза чаще, чем в группе А. При оценке объема кровопотери во время кесарева сечения показала, что в группе А кровопотеря составила 765,0 (480; 800) мл, и это было значительно меньше, чем в группе В 1200 (920; 1400) мл. В группе А во время родоразрешения в 3-х случаях (5 %) была проведена экстирпация матки, что значительно отличалось от группы В, где экстирпация матки потребовалась в 13,3 % случаев.

Выводы. Современный подход в тактике ведения беременности и родов с лейомиомой матки с одновременным использованием акушерского разгружающего пессария и микронизированного прогестерона позволил в 88,8 % случаев доносить беременность, в 2,7 раза уменьшить количество операций с экстирпацией матки.

Несмотря на значительный прогресс в совершенствовании методов диагностики и лечения лейомиомы матки, данная проблема остается актуальной и требует проведения дальнейших рандомизированных контролируемых исследований для получения максимально достоверных данных с целью оптимизации тактики ведения беременных с данной патологией.

Трунова О.А., Скрипка Л.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии ДНР» Роспотребнадзора, Донецк

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) — острое зоонозное трансмиссивное вирусное заболевание. Резервуар и источники инфекции — дикие и домашние птицы, грызуны, летучие мыши. Переносчики - комары рода *Culex*, аргасовые и иксодовые клещи.

В 2022 г. эпизоотические и эпидемические проявления ЛЗН отмечены во всех регионах мира с наибольшим вкладом стран Европы, на которые пришлось 53,1 % от всех случаев. В России в 2022 г. заболеваемость ЛЗН снизилась в 4 раза относительно среднесезонных значений. (Е.В. Путинцева и соавт., 2023).

Донецкая Народная Республика (ДНР) относится к территории с массовым распространением гнуса, других опасных насекомых и клещей. Здесь ежегодно регистрируется около 20 видов неалярийных комаров. Наиболее массовыми в области являются кровососущие комары рода *Culex*: *Culex pipiens pipiens* и *Culex pipiens molestus*.

На территории ДНР остается высокой численность переносчиков вируса ЛЗН: комары рода *Culex* (основной), другие кровососущие комары и иксодовые клещи. Повышенная численность комаров р. *Culex* в открытой природе наблюдается с мая по сентябрь, что в определенной мере совпадает с выраженной сезонностью заболевания ЛЗН - с июня по октябрь. Места их массового выплода часто связаны с антропогенными водоемами, загрязненными бытовыми и другими отходами. Обилие и распространенность их могут быть обусловлены неудовлетворительным санитарно – техническим состоянием подвалов, которые являются основными местами их выплода в городах. В некоторых подвалах создаются длительно существующие популяции комаров, что не исключает возможность передачи заболевания в течение всего года.

В Донецкой области на протяжении 3 лет (2010, 2011 и 2012 гг.) регистрировались случаи ЛЗН с показателями 0,16, 0,07 и 0,14 случаев на 100000 населения соответственно.

После 6-тилетнего отсутствия случаев ЛЗН на территории ДНР в 2019, 2021 2022 гг. эпидемический процесс этого зооноза активизировался и показатели инцидентности ежегодно росли - 0,44, 0,79 и 0,91 случаев на 100000 населения.

В 2019 г. были зарегистрированы 10 лабораторно подтвержденных случаев ЛЗН, протекавших в тяжелой форме вирусных менингитов: г. Донецк – 7 случаев, г. Макеевка, Старобешевский и Тельмановский районы - по 1 сл.

Факторами риска заражения, согласно результатам эпидемиологического расследования, во всех случаях могли явиться наличие заселенных комарами подтапливаемых подвалов, прудов, отдых в пределах инкубационного периода на побережье Азовского моря.

Эпидемическая ситуация по ЛЗН в ДНР может быть оценена как неблагоприятная, со значительной тенденцией к росту.

Турсунова Ю.Д., Бакурова Е.М., Зуйков С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕУЧЕБНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ «БИОХИМИЯ»

В последние годы в системе высшего образования большое внимание уделяется внеучебной образовательной работе студентов, которая необходима для формирования профессиональных компетенций и практических навыков у будущих врачей. Это реализуется в создании школ мастерства, клубов и студенческих клиник по различным специальностям. Вместе с тем, внеучебная образовательная работа важна и для теоретических дисциплин. Несмотря на то, что теоретические дисциплины изучаются на младших курсах, именно они являются основой для формирования клинического мышления у будущих врачей.

Одной из фундаментальных медико-биологических дисциплин является биохимия, или биологическая химия. Это наука о химическом составе живых организмов и химических превращениях биологических молекул. Целью изучения данной дисциплины в медицинских вузах является формирование у студентов знаний об особенностях протекания обмена веществ в организме человека, а также биохимических механизмах развития патологических процессов и подходах к их коррекции.

В процессе освоения биохимии представляются актуальными следующие виды внеучебной образовательной деятельности, в которой студенты участвуют на добровольной основе:

1. Внутрикафедральные факультативные курсы для более углубленного изучения ряда разделов биохимии. Например, курсов по основам нейрохимии, биохимии опухолевого роста, иммунохимии.

2. Внутрикафедральная олимпиада по дисциплине. К участию в олимпиаде допускаются студенты, имеющие рейтинг по текущей успеваемости не ниже 4,3. Олимпиада проходит в два этапа: тестирование и решение ситуационных задач. По общему количеству набранных баллов студенты занимают 1-е, 2-е и 3-е места.

3. Подготовка рефератов и сообщений по их темам для последующих выступлений на заседаниях научного кружка. Студенты самостоятельно выбирают тему работы, подбирают литературу, готовят презентацию и доклад. Работа курируется преподавателем. После выступления проходит дискуссия с участием других студентов и преподавателей. Лучшая работа рекомендуется для представления на внутривузовской студенческой научной конференции.

4. Экспериментальная работа в студенческом научном кружке. Она включает освоение методов исследования, анализ полученных результатов, подготовка публикации и устное сообщение по результатам исследования на заседании кружка и внутривузовской студенческой научной конференции.

5. Экскурсии в биохимические лаборатории медицинских центров для ознакомления с современными биохимическими методами, используемыми при диагностике заболеваний и в научно-исследовательской работе.

В заключение следует отметить, что предложенные виды внеучебной работы студентов на примере дисциплины «Биохимия» будут полезными не только для более углубленного изучения данной дисциплины, но и для развития у студентов способностей к самоорганизации, самоподготовке, аналитической деятельности, что необходимо будущим врачам.

*Турчинская И.А., Малько В.А., Ефимцев А.Ю., Труфанов Г.Е.,
Бисага Г.Н., Лепехина А.С.*

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

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ МОРФОМЕТРИИ

Цель: оценить толщину и объем различных зон головного мозга путем проведения магнитно-резонансной морфометрии у пациентов с прогрессирующим и ремитирующим типом течения рассеянного склероза.

Материалы и методы: проанализированы МР-данные головного мозга 81 пациента с рассеянным склерозом (EDSS 1,0-6,5), средний возраст пациентов составил 38,4 лет. Исследуемые были разделены на две группы:

1 группа – пациенты с ремитирующим типом течения РС (71,6%)

2 группа - пациенты с прогрессирующим типом течения РС (28,4%)

Протокол выполнения МРТ головного мозга включал в себя стандартный протокол МР-исследования для рассеянного склероза (T1-WI, T2-WI, TIRM, T1-WI (C+)) с дополнительным применением импульсной последовательности MPRAGE для дальнейшей ее постпроцессинговой обработки программой volBrain. Статистический анализ полученных данных проведен с применением программного пакета GraphPad Prism 9.0.

Результаты: у пациентов с прогрессирующим типом течения рассеянного склероза отмечалась большая атрофия вещества головного мозга в сравнении с пациентами с ремитирующим типом течения. Объем серого вещества в лимбической коре и затылочных долях у пациентов с ремитирующим типом заболевания имел более высокие значения в сравнении с пациентами с прогрессирующим типом (лимбическая кора 3,062% против 3,056%, затылочные доли 6,36% против 5,84% соответственно). Так же отмечалось уменьшение объема следующих структур головного мозга у пациентов с прогрессирующим типом течения рассеянного склероза в сравнении с пациентами с ремитирующим типом течения рассеянного склероза – прилежащее и хвостатое ядра (0,051% против 0,061% , 0,40% против 0,41% соответственно), таламус (0,98% против 1,1%) , гиппокамп (0,498% против 0,508% соответственно).

Выводы: таким образом, применение магнитно-резонансной морфометрии у пациентов с верифицированным диагнозом РС демонстрирует высокую значимость в выявлении атрофии вещества головного мозга, что может стать нейровизуализационным биомаркером прогрессирования заболевания, а также фактором определения типа течения заболевания.

Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Тугова К.С., Подоляка Д.В., Носкова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВАРИАНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ УЧАСТНИКАМИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Всем хорошо известно, что основной целью в медицинской педагогике является педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса, обеспечивающие обучающимся овладение основами профессиональной компетенции. Для достижения поставленных целей на кафедре акушерства и гинекологии Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ было внедрено ряд инноваций в подготовке будущих врачей.

Основными, из которых, являются использованию ролевых игр, базирующихся на применении тренировочной модели, представляющей собой отдельные разделы грядущей профессиональной деятельности медицинского работника. Это даёт возможность для создания профессиональной, познавательной и личной мотивации, обеспечивая градационное модификацию учебной деятельности обучающегося в профессиональную деятельность врача. Также особую значимость приобрела активизация практико-ориентированных аспектов преподавания во время аудиторной работы, при которой преподаватели кафедры уделяют время взаимоотношениям между врачом и пациентом на клинических разборах, принятию нестандартных решений, ситуационных задач, имитирующих всевозможные клинические ситуации. Для преподавателя подобный подход служит каналом обратной связи, который позволяет обнаружить непонятные для студентов нюансы в целях подъема производительности учебного процесса. Интерактивные лекции, размещенные на информационно образовательной среде, как альтернатива традиционным лекциям. Во время лекции проводятся мероприятия, помогающие студентам обдумывать преподаваемый материал и распознавать области, в которых им может потребоваться дополнительная помощь. Подобные краткие мероприятия помогают вовлечь студентов в процесс на протяжении всей лекции. Благодаря данному подходу студенты запоминают больше информации, могут обсудить случай из жизни. Некоторые лекции включают реальные акушерские ситуации как модель для наглядности предложенного в ходе лекции заболевания. Среди более активных, сложных задач применяемых на кафедре можно выделить «мыслительную пару» и головоломку. «Мыслительная пара» – командное обсуждение по поставленной проблеме из двух игроков, при которой каждый из них ранее уже обдумал предложенный вопрос. Затем учащиеся делятся ответами с группой. Считается, что это улучшает навыки решения проблем учащихся и повышает их способность видеть ошибки или понимать мышление других людей. Головоломка помогают вовлечь студентов в процесс на протяжении всей лекции. Благодаря данному подходу студенты запоминают больше информации, могут обсудить случай из жизни.

Выводы. Сочетание вышеуказанных педагогических подходов в обучении содействует выработке у студентов навыков самостоятельной работы и поиска необходимой информации из дополнительных источников, что делает практику инициативной, увлекательной.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВАРИАНТЫ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С КИСТОЙ ЯИЧНИКА

Наличие доброкачественных опухолей матки и ее придатков у беременных не является редкой ситуацией. По данным разных авторов, сочетание беременности и опухоли яичника наблюдается в 0,01-1,6%, а частота осложнений связанных с наличием кист и кистом составляет до 10%. На сегодняшний день существует достаточно большое количество схем ведения беременных, подвергающихся оперативному лечению, однако они в основной массе не являются комплексными. Ссылаясь на опыт ведущих клиник, мы используем свою схему ведения беременных, подвергшихся оперативному лечению.

Целью работы является обсуждение нашего опыта ведения предоперационного и послеоперационного периодов у беременных, подвергшихся оперативному лечению на придатках, для сохранения беременности и снижения влияния медикаментозных средств на организм матери и плода.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 11 беременных женщин прооперированных по поводу кисты яичника в сроке 16-18 недель. Для достижения поставленной цели нами использовалась следующая схема ведения беременных, подвергшихся оперативному лечению на придатках. За 2 дня до операции начиналось проведение токолитической терапии гинипралом, который вводился внутривенно в дозе 0,5 мг в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью 20-30 капель в минуту. За 30 минут до окончания введения раствора пациентка принимала 1/2 таблетки (0,25 мг) *per os* и далее в той же дозе получала препарат через каждые 3 часа с верапамилом по 20 мг не реже 3 раз в сутки. На второй, на фоне приема таблетированной формы гинипрала, внутривенно проводилась инфузия 200 мл 2% раствора сульфата магния. В конце инфузионной терапии пациентка принимала 0,25 г аспирина как антипростагландина для нормализации тонуса матки. В день операции, за 3 часа до её начала, проводилась инфузия гинипрала внутривенно в дозе 0,75 мг в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия, а во время операции внутривенно вводили 200 мл 2% сульфата магнезии. Для профилактики послеоперационных инфекций во время премедикации вводили однократно 1,5 г зинацефа. В послеоперационном периоде беременная получала внутривенно по 200 мл 2% магнезии сульфата, таблетированный гинипрал, аспирин и инфузионную терапию.

Результаты и их обсуждение. Использование предлагаемой схемы ведения беременных, подвергшихся оперативному лечению не выявило каких либо побочных действий, аллергических и токсических влияний на организм женщины при использовании указанных препаратов. Проводимый кардиомониторинг плода не выявил каких либо изменений в кардиограмме, что косвенно может свидетельствовать об отсутствии существенных влияний использованных препаратов на плод. Во всех случаях беременность продолжала развиваться и закончилась срочными родами. Роды нормальные зафиксированы у 3 пациенток, осложненные (угрозой разрыва промежности, ранним отхождением околоплодных вод) - у 7 и патологические (ручная ревизия полости матки в связи с дефектом дольки плаценты) - у 1. Все новорожденные рождены с оценкой по шкале Апгар 7/8 - 8/9 баллов. Пороков развития у новорожденных не выявлено.

Выводы. Предлагаемая схема ведения беременных с кистами яичников позволила нам проводить оперативное лечение с минимальным риском прерывания беременности и ограничением влияния медикаментозных средств на организм матери и плода.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Среди воспалительных заболеваний бактериального происхождения, возникающих во время беременности, значительное место занимают состояния, обусловленные нарушениями нормальной микрофлоры влагалища, которые ведут к развитию дисбиоза влагалищного биотопа. Нужно отметить, что в последние годы значительно увеличилась частота бактериального вагиноза (БВ). Клиническое значение, которого определяется тем, что он увеличивает риск развития таких осложнений, как угроза прерывания беременности, самопроизвольный выкидыш. Несмотря на значительные успехи в фармакологии и клинической микробиологии, вопросы лечения бактериальных дисбиозов в первом триместре беременности продолжают оставаться актуальными.

Цель исследования. Изучить терапевтическую и профилактическую эффективности пребиотика Вагисан в восстановлении индивидуального биоценоза влагалища у беременных женщин с бактериальным вагинозом в первом триместре беременности.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 63 беременные, в первом триместре беременности, состоящие на учете в ЖК №3 г. Донецка у которых, при взятии на учет по беременности и проведения тестов с бактериоскопической оценкой биоценоза влагалища был выявлен БВ. Все женщины были разделены на две группы: I основная группа - 32 женщины, получавших лечение по разработанной нами схеме с применением пребиотика Вагисан, по одной капсуле два раза в сутки, в течение трех недель. II контрольная группа – 31 беременных женщин получавших лечение по традиционной схеме.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программ «Microsoft Excel–2002» и «Biostat–1998». Достоверность различий оценивалась с помощью параметрических и непараметрических критериев статистики (описательная статистика, парный (t) и непарный критерии Стьюдента, Манна-Уитни, Уилкоксона, корреляционный метод).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате лечения БВ в I-й группе беременных уже непосредственно после лечения значительно улучшились показатели биоценоза влагалища: которые характеризовались у 25 (76,3%) беременных как нормоценоз, у 7 (23,7%) – как промежуточный тип. Во II-ой группе - у 24 женщин по данным бактериоскопии мазка визуализировались единичные грамположительные палочки и пептострептококки, которые доминировали в поле зрения микроскопа. У 7 беременных лечение оказалось не эффективным: клинически и лабораторно выявлялись симптомы БВ.

Выводы: В ранние сроки беременности альтернативным и оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза может быть трех недельный курс терапии пробиотиком Вагисан, который уже к концу лечения у 76,3% беременных формирует нормоценоз влагалища, достигая максимальных цифр 81,6% и 80% соответственно.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГОРМОНАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Несмотря на пристальное и длительное изучение вопросов воспалительных заболеваний гениталий, вызванных инфекциями передающимися половым путем, роль морфофункциональных изменений в репродуктивных органах-мишенях в патогенезе развития данной патологии, особенно у пациенток с хроническими воспалительными процессами, не определена достаточно четко и нуждается в комплексном исследовании.

Цель. Изучить особенности гормональной обеспеченности менструального цикла у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было проведено изучение особенностей гормональной обеспеченности менструального цикла у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией у 45 женщин с хроническими воспалительными процессами гениталий. Первую группу составили 23 женщины с длительной ремиссией, вторую - 22 женщины с частыми рецидивами. Контрольную группу составили 10 практически здоровых женщин. Изучение гормонального статуса проводили посредством определения в крови стероидных и пептидных гормонов эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин. Статистическая обработка данных проведена методами вариационной статистики и ранговой корреляции с использованием стандартного пакета прикладных программ Excel. Достоверность расхождений параметрических показателей оценивалась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Как показали исследования, на 7-й день менструального цикла концентрация гонадотропинов в крови почти у всех обследованных женщин 1 и 2 группы умеренно превышала нормативные показатели (уровень ФСГ у женщин 1-й и 2-й групп составил соответственно $8,5 \pm 0,05$ и $13,7 \pm 2,8$ МЕ/л против $6,3 \pm 0,7$ МЕ/л в контроле; концентрация ЛГ соответственно составила $12,2 \pm 2,0$ и $14,4 \pm 1,8$ МЕ/л против $7,3 \pm 0,9$ МЕ/л в контроле). Концентрация ФСГ была несколько ниже нормы у женщин с частыми рецидивами бактериальной инфекцией (2-я группа) $9,4 \pm 0,3$ МЕ/л против $14,2 \pm 1,8$ МЕ/л в контроле ($p < 0,05$). Это способствовало повышению коэффициента ЛГ/ФСГ у женщин этой группы до $1,7 \pm 0,2$ при $1,2 \pm 0,28$ у женщин контрольной группы, $p < 0,05$. Отмечено, что у женщин обследованных групп уровень эстрадиола на 7 день менструального цикла значительно ниже, особенно в 1-й группе $0,14 \pm 0,01$ нмоль/л, $0,16 \pm 0,04$ нмоль/л во 2-й группе и $0,24 \pm 0,07$ нмоль/л в контроле ($p < 0,05$). Средние показатели концентрации пролактина в крови у обследованных женщин были высокими, по сравнению с контролем ($458,8 \pm 19,4$ мМЕ/мл в 1-й группе, $461,7 \pm 18,3$ мМЕ/мл во 2-й, против $325,5 \pm 2,7$ мМЕ/мл в контроле).

Выводы. Таким образом, в целом у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией выявлены изменения гормональной обеспеченности менструального цикла в виде отсутствия преовуляторного пика ЛГ, умеренного снижения уровня ФСГ на 14-й день менструального цикла, низких уровней половых гормонов, что свидетельствует о нарушении процессов созревания фолликулов, овуляции и формирования желтого тела. Вместе с этим тенденция к повышению коэффициента ЛГ/ФСГ и концентрации тестостерона в крови у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией свидетельствуют о возможной патогенетической роли вирусно-бактериальной инфекции.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тутова К.С., Подоляка Д.В., Носкова О.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ИННОВАЦИИ В ПЕДАГОГИКЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Современное развитие информационных технологий оказало значимое влияние на формирование педагогического процесса во всех вузах. И поскольку ежегодно возрастают требования к качеству работы и уровню методической подготовленности преподавателей, достижение приемлемого результата стало возможным только благодаря оптимизации методической подготовки преподавателей с применением дифференцированного подхода. Кроме того, для совершенствования учебного процесса важное значение имеют и особенности обучения, в частности изменения стереотипов подготовки студентов, сложившихся в процессе обучения в школе.

Важным элементом стратегии перестройки профессионального образования является внедрение активных форм обучения в учебный процесс. На наш взгляд, активную форму обучения можно реализовать только на фоне общей заинтересованности как обучающихся, так и всего преподавательского состава высших учебных заведений. Эта модель основывается на комбинации идей, напоминающих «мозговой штурм». Прежде всего, необходимо выявить, какой способ является наиболее оптимальным для их продуктивности, при этом достаточно будет провести опрос и беседу, составив единую, неповторимую методику, которую можно будет видоизменять по ходу. Для того чтобы определить, является данная методика эффективной, можно провести эксперимент «до и после», что докажет её эффективность.

На нашей кафедре была внедрена продуктивная модель организации внеаудиторной самостоятельной работы, предложенная С.Д. Яворским, а именно «Педагогическая мастерская построения знаний», составление тематического кроссворда, синквейнов. Технология «Педагогическая мастерская построения знаний» представляет специфичную форму проведения занятий, которая содействует профессиональному, личностному росту преподавателя и студентов, развитию креативных и коммуникативных способностей, подъёму мотивации учебно-познавательной деятельности и навыков поиска. В данном случае преподаватель играет роль наставника, предоставляет информацию, позволяющую разрешить возможные противоречия. В процессе обсуждения клиническая ситуация приобретает жизненную окраску, благодаря чему участники с большим интересом рассматривают возможные механизмы решения. Подобная вариация преподавания позволяет расширить свой кругозор, тем самым повышая общекультурный уровень и закрепляя пройденный материал, благодаря чему можно условно изобразить применение абстрактных, теоретических познаний на практике. Среди технологий, предложенных в обзоре «Тематический кроссворд», мы рассматриваем как вариант индивидуальной работы после изучения блока теории для закрепления пройденного материала с использованием учебной и научной литературы. Кроссворды можно так же рассмотреть как альтернативу тестовому контролю знаний студентов. Такой способ обучения стимулирует познавательную активность обучающихся, заставляет их взглянуть на данную ситуацию с разных сторон, стимулируя развитие логического мышления и творческого подхода. При этом преподаватель исполняет дифференцировку созданием ресурсов и постановкой задач различной степени сложности.

Выводы. Представленная методика позволяет не только резюмировать информацию, излагать сложные идеи, но и подталкивать к нахождению нестандартного подхода к решению клинических случаев.

Тюрин Н.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НАНОТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

Актуальность работы «Нанотехнологии в хирургии» определяется необходимостью информировать хирургов о последних достижениях в этой области, показать целесообразность применения нанотехнологий в хирургии и открыть новые перспективы развития этой технологии в будущем. Нанотехнологии позволяют создавать уникальные материалы и инструменты с необыкновенными явлениями, которые преобразуют хирургию и открывают новые возможности для лечения. Это уже не просто перспективная технология, реальный инструмент, способный решить множество проблем в хирургии.

Повышение точности и эффективности деятельности:

Нанохирургия: использование нанороботов и наноинструментов позволяет проводить операцию беспрецедентной хирургии и минимизировать повреждение здоровых тканей.

Таргетная доставка лекарств: наночастицы могут использоваться для целенаправленной доставки лекарств к опухолевым клеткам, что повышает эффективность лечения и незначительные выраженные эффекты. Наночастицы используются для стимуляции системы иммунной системы для борьбы с опухолевыми клетками, технологии позволяют создавать биосовместимые имплантаты с повышенной прочностью, что подтверждает результаты хирургического вмешательства и ускоряет процесс восстановления.

Ускорение заживления и восстановления: нанопокрывтия могут использоваться для создания имплантатов с улучшенными свойствами, которые более быстро интегрируются в организм и не вызывают отторжения.

Стимуляция регенерации: нанотехнологии позволяют стимулировать регенерацию тканей и ускорять процесс заживления ран. Наночастицы могут использоваться для стимуляции регенерации хрящевой ткани, что является обязательным шагом при артрите и других заболеваниях суставов.

Лечение болезни Альцгеймера: Наночастицы, используемые для доставки лекарств в мозг, которые более эффективно борются с болезнью Альцгеймера.

Ранняя диагностика: нанотехнологии могут быть использованы для создания новых методов диагностики, которые позволят обеспечить на ранних стадиях лечение заболевания более эффективно.

Эти примеры демонстрируют огромный потенциал нанотехнологий в хирургии. По мере развития этой области мы будем видеть еще более значительные прорывы в устранении многих проблем.

Необходимо разработать систему регулирования и контроля за применением нанотехнологий в хирургии. Важно обеспечить безопасность пациентов и ответственность за применение нанотехнологий.

Необходима подготовка новых специалистов в области нанохирургии, которые будут отражать характерные черты и навыки для работы с нанотехнологиями.

Перспективы будущего: нанотехнологии в хирургии открывают невероятные перспективы лечения многих заболеваний, которые ранее были неизлечимыми. Нанохирургия обещает революцию в предотвращении многих заболеваний, от онкологических заболеваний до заболеваний сердечно-сосудистой системы. Разработка новых наноматериалов и наноустройств открывают невероятные перспективы для хирургии будущего.

Нанотехнологии в хирургии - это потенциальный инструмент для улучшения качества жизни людей. Однако важно учитывать вызовы и этические аспекты, связанные с их использованием. Необходимо разработать этические правила и стандарты использования нанотехнологий в хирургии. Важно обеспечить информированное согласие пациента перед применением нанотехнологий при хирургическом вмешательстве. Необходимо учитывать возможные риски и последствия использования нанотехнологий в больших масштабах. Важно помнить, что нанотехнологии - это государственный инструмент, который необходимо использовать ответственно и этично.

Тюрина С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА И ИНКЛЮЗИВНОСТЬ

Профессиональная этика и инклюзивность заключается в том, что она способна привлечь внимание к аспектам инклюзивного отношения в фармации, создать пространство для обсуждения проблем и поиска решений по их решению.

В мире увеличивается число людей с инвалидностью, что требует от медицинских специалистов, включая фармацевтов, готовых работать с этой категорией пациентов. Современное общество отличается толерантностью и уважением к разнообразию, что отражается в стремлении к инклюзивности во всех сферах жизни, включая медицину и фармацию.

Нехватка специалистов, готовых к работе с людьми с ограниченными возможностями может привести к отказу в предоставлении медицинской помощи. Многие фармацевты не обладают достаточными знаниями и навыками для работы с пациентами с ограниченными возможностями.

Фармация – это не просто профессия, это стремление, основанное на принципах гуманизма и заботы о здоровье людей. В современном мире, где общество стремится к инклюзивности и равноправию, провизоры должны быть готовы к работе с пациентами с различными особенностями и потребностями, включая людей с ограниченными возможностями. Профессиональная этика и инклюзивность в фармации являются ключевыми компонентами достижения этой цели.

Профессиональная этика провизора основана на принципах гуманизма, уважения к принципам личности и праву на конфиденциальность. Эти законы применяются ко всем пациентам, включая людей с ограниченными возможностями. Инклюзивность в фармации означает, что каждый пациент должен иметь равный доступ к качественной медицинской помощи и фармацевтическим услугам, независимо от его физических, психических или социальных условий.

Общение с пациентами с инвалидностью может быть сложным, но важно помнить, что каждый человек имеет право на уважение и понимание. Фармацевты должны развивать коммуникационные навыки, способные учитывать особенности пациентов с ограниченными возможностями. Это может включать:

- Использование языка жестов или специальных средств общения.
- Проявление терпения и понимания.
- Избегание стереотипов и предвзятости.
- Проведение конференций и симпозиумов по теме эксклюзивного предложения в фармации.

Инклюзивный подход в фармации также означает, что фармацевтические услуги должны быть доступны всем, включая людей с ограниченными возможностями. Это может включать адаптацию помещений аптек (пандусы, специальные туалеты, лифты), оснащение аптек специальными устройствами (например, увеличивающими стеклами для людей с потерей зрения), предоставление специальных услуг (например, доставку лекарств на дом).

Фармацевты играют главную роль в продвижении инклюзивных ценностей в обществе. Они могут быть лидерами в регионе в борьбе с дискриминацией, повышать осведомленность о проблемах инвалидности и обеспечивать доступ к качественной медицинской помощи всем людям.

Профессиональная этика и инклюзивность в фармации – это не просто слова, это дело чести и ответственности каждого фармацевта. Внедрение инклюзивных практик в фармации обеспечивает создание более справедливого и достойного общества, где каждый человек имеет право на качественную специализированную помощь и уважительное отношение. Инклюзивность в фармации – это не просто мода, это необходимость. Это путь к созданию более справедливого и достойного общества, где каждый человек имеет право на уважение, доступность и качественную помощь.

Умарова З.Х., Иззатуллаева Ш.И., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

МЕХАНИЗМ И НАРУШЕНИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ

Введение: Печень обладает исключительной способностью к регенерации после повреждений. Изучение этих процессов помогает разрабатывать методы борьбы с заболеваниями, повреждающими печень.

Цель работы: Изучить молекулярные и клеточные механизмы регенерации печени, используя методы ПЦР и иммуногистохимического анализа для оценки пролиферации гепатоцитов и маркеров регенерации.

Материалы и методы: Для исследования использовались крысы (Wistar, 8–12 недель) и 20 добровольцев с нормальной функцией печени. Исследования проводились после частичной гепатэктомии, анализируя ткани на 7-й и 14-й дни с помощью ПЦР и иммуногистохимии.

Механизм регенерации печени: Процесс делится на 3 фазы:

1. Инициация – активация сигнальных путей в первые 5-6 часов.
2. Пролиферация – гепатоциты активно делятся в течение 24–48 часов.
3. Дифференцировка и восстановление – завершение восстановления ткани через несколько дней или недель.

Клеточный механизм: Регенерация печени у грызунов в основном происходит через пролиферацию гепатоцитов, в то время как у человека активируются овальные клетки в случае серьёзных повреждений. TNF- α , IL-6, TGF- β и EGF активируют гепатоциты и регулируют процессы пролиферации и восстановления.

Нарушение регенерации: Регенерация печени может быть нарушена из-за хронических заболеваний (цирроз, гепатит), алкоголизма, жировой болезни, токсических веществ, генетических заболеваний и плохого питания. Препятствия в восстановлении могут включать факторы, такие как TGF- β и IL-1.

Заключение: Печень обладает уникальными механизмами регенерации, но эти процессы могут быть нарушены при хронических заболеваниях и других факторах. Понимание молекулярных механизмов регенерации помогает разработать эффективные стратегии для лечения заболеваний печени.

Устьянцева Н.П.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ» ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Актуальность. Изучение дисциплины «Госпитальная терапия» направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций и профессиональных компетенций, которые необходимо знать, ими необходимо владеть и уметь их применять. Изучение болезней органов дыхания у обучающихся вызывает трудности при проведении дифференциального диагноза, учитывая однообразие симптоматики, отсутствия безусловных критериев лабораторно-инструментальных обследований. Не меньшую проблему усвоения материала представляет раздел лечения бронхообструктивных заболеваний, учитывая многообразие методов ингаляционной доставки препаратов.

Цель: ознакомить слушателей с комбинацией педагогических приёмов для качественного формирования знаний, владений, умений у обучающихся старших курсов по дисциплине Госпитальная терапия раздела «Болезни органов дыхания».

Материал и методы. Использование методов преподавания проводилось на Лечебном факультете для студентов 5-6 курсов. Студенты работали с пациентами в отделении пульмонологии. Использовались наборы опросников, муляжи ингаляционных способов доставки, пикфлоуметр, пульсоксиметр, муляжи симуляции дыхательных шумов, наборы рентгенограмм. После проведения обучения студентам предлагались анкеты, для оценки занятия с точки зрения получения и освоения знаний, умений, владений.

Результаты. Перед началом обучения студентам была предложена анкета для оценки знаний по разделу болезни органов дыхания дисциплины Госпитальная терапия. Были выявлены основные направления для улучшения знаний и навыков. По предлагаемой методике обучалось 14 групп. Студенты активно участвовали в процессе обучения. В качестве пассивных методов использовалось чтение лекций, просмотр авторских видеофильмов. В качестве метода активного восприятия применяли работу с пациентом в специализированном отделении для написания учебной истории болезни, проведение пульсоксиметрии, пикфлоуметрии, решение задач по каждой теме занятия. Особое место в обучении занимало проведение доклада перед обучающимися и преподавателями кафедры истории болезни пациента. Этот вид деятельности позволяет научить будущего врача излагать аргументированно своё мнение, представлять информацию для консультаций, врачебных консилиумов. После обучения оценивалось мнение студентов о проводимых методиках обучения. 89% обучающимся занятия понравились. Самой полезной работой для обучения профессии врача на практических занятиях по мнению обучающихся явилась работа с пациентом (80% обучающихся).

Заключение. Разработанная концепция занятия по дисциплине Госпитальная терапия, раздел – «Болезни органов дыхания» улучшает качество обучения на старших курсах.

Утумисов Н.Н., Остякова Е.Д., Душулова М.В., Палюшкевич А.С., Арямкина О.Л.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ПРОБЛЕМЫ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Сегодня во всем мире актуальными являются проблемы полиморбидности. Анализ эпидемиологической ситуации по хроническим неинфекционным заболеваниям в мире демонстрирует лидирующие заболевания, определяющие основные причины смертности населения среди которых на первом месте – болезни сердечно-сосудистой системы - «... сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), прежде всего связанные или обусловленные атеросклеротическим заболеванием сердечно-сосудистой системы/атеросклерозом (АССЗ) (артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные болезни, от которых умирает 17,9 млн человек ежегодно) [https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/3235/2494?locale=ru_RU]. Особенно важными проблемами сердечно-сосудистой системы являются для жителей Северных регионов, на территории которых проживает до 20% населения. Это усугубляется проблемами сахарного диабета, уносящего ежегодно до 1,5 млн жизней и ожирения, отнесенного к медико-социальной проблеме России в программе, утвержденной Светом Федерации 11 декабря 2023 года «Борьба с ожирением как одна из задач системы здравоохранения» [<https://vrngmu.ru/news/2023-god/47795/>]. Проблема полиморбидности в клинике внутренних болезней компилируется в рамках метаболической синдемии – метаболического синдрома (MetS), формируемого на фоне инсулинорезистентности, атерогенной дислипидемии и включающего в себя артериальную гипертонию, ИБС и другие заболевания.

В регионе на когорте из 3 088 больных с MetS с продолжительностью проживания на Севере $34,7 \pm 0,96$ (95% ДИ 32,2 – 36,8) лет с коморбидностью (ИКЧ $4,89 \pm 0,54$ (95% ДИ 4,74 – 5,1) баллов) отобраны 300 больных с мультисистемным мультифокальным атеросклерозом (МСА), диагностированным на фоне ожирения в 77,4%, АГ в 92%, ИБС в 46% случаев, преобладании IIb и IV типов дислипидемии и дисфункции почек – ХБП у 28,7% больных преимущественно на стадиях С2 и С3а. Оценивая гендерно-возрастные параметры и предикторы формирования болезни получили большее число мужчин, большее число лиц в возрасте «60+» с МСА и большее число курящих, что объясняют большую частоту встречаемости АГ, ИБС, ХБП, обусловленных и микро-и макроангиопатиями при СД 2 типа, и системным процессом ремоделирования сердца и сосудов.

Структура МСА у 300 больных представлена атеросклерозом аорты (84,3%), сосудов нижних конечностей (95,3%), документированными по анамнезу случаями атеросклероза коронарных артерий (64,7%), атеросклерозом брахиоцефальных артерий (36%), артерий верхних конечностей (3,7%) и почек (3%) в трех-, четырех-, пяти- и шестикомпонентных локализациях, сочетающийся с аневризмами в каждом шестнадцатом случае – у 19 (6,3%) больных, локализованных у 15 в аорте, у 3-х в почечных артериях и у 1-го в плечевой артерии.

Атеросклероз аорты (n=253, 84,3%) – ее восходящего, грудного (35,7%) и брюшного (53,7%) отделов в каждом двадцатом случае (n=15, 5,93%) протекал с аневризмами. Клиника атеросклероза данных локализаций характеризовался в случаях локализации в грудном и восходящем отделах прекардиальной болью, имитирующей коронарные боли, либо либо сочетающейся с ними, болью и пульсацией параумбиликально, сочетающимися с дисхезией с наклоном к запорам. Среди данной когорты больных не было ни гематоксезии, ни клиники острого артериального синдрома, ни тромбоэмболической стадии ишемического колита – тромбоза мезентериальных сосудов. Абдоминальная ишемия у 149 (49,7%) больных из 300 больных характеризовалась I-II ФК – болью и расстройствами кишечника. Маршрутизация при острых ситуациях требовала экстренную госпитализацию в ургентную хирургию. При сочетаниях атеросклероза аорты с атеросклерозом нижних конечностей, коронарных и брахиоцефальных артерий речь идет о наиболее частом четырехкомпонентном МСА.

Федченко С.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЙ, СТЕРЕОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКЗОКРИНОЦИТОВ ЖЕЛУДКА КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНГАЛЯЦИИ ТОЛУОЛА

Отсутствие четкого представления о причинных факторах, приводящих к возникновению эрозий, язв желудка в условиях работы с ароматическими углеводородами послужило основанием для проведения гистологических и ультраструктурных исследований изменений экзокриноцитов слизистой оболочки желудка (СОЖ) крыс при хронической ингаляции толуолом

Цель исследования: оценить с помощью комплексных морфологических и морфометрических методов с применением ультраструктурного анализа возможные изменения экзокриноцитов желудка крыс при хронической ингаляции толуолом.

Материал и методы. Исследование проведено на 48 беспородных крысах с исходной массой 150-180г. Животные в специальных затравочных камерах подвергались воздействию паров толуола (одного из компонентов эпоксидных смол) на заданном уровне в течение 4 ч в день по 5 дней в неделю на протяжении 60 дней, в концентрации 10 ПДК. Все животные были разделены на 4 группы (по 6 в каждой). Исследуемые группы распределялись в зависимости от сроков наблюдения после завершения воздействия парами толуола и контроля эксперимента. Животных умерщвляли эфирным наркозом на 1-е (1 серия), 7-е сутки (2 серия); на 30-е (3 серия) и 60-е сутки (4 серия) после 60 дневной затравки толуолом. К каждой из опытных групп было взято по 6 контрольных животных, содержащихся в аналогичных условиях вивария. Для электронно-микроскопического исследования кусочки фундального отдела (СОЖ) обрабатывали и заливали в смесь эпон-аралдит по традиционной схеме.

Для ПК программа определяла следующие параметры: общую площадь, занимаемую митохондриями в цитоплазме (Sm); площадь тубуловезикулярной системы (Ств) и внутриклеточных секреторных канальцев (Свк) париетальных glanduloцитов. Морфометрические данные экспортировались в программу Excel для дальнейшей статистической обработки и сохранения, достоверной считалась вероятная погрешность менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их анализ.

При хронической ингаляции толуолом электронно-микроскопическая картина и морфометрические показатели париетальных glanduloцитов (ПК) характеризовались уменьшением площади внутрисекреторных канальцев на 28% ($p < 0,05$), увеличением площади тубуловезикул на 21% ($p < 0,05$), что свидетельствовало об угнетении секреторной активности этих клеток. Органеллами-мишенями ПК на интоксикацию толуолом являются внутрисекреторные канальцы и тубуловезикулы, что, по-видимому, может отражать их участие в реализации эффектов толуола на ПК.

Мукоциты шейки желудочных желез имели достаточно разную степень функциональной активности. В цитоплазме содержались преимущественно крупные, низкой электронной плотности секреторные гранулы, заполненные мелкозернистым мукоидным веществом. Часто в цитоплазме мукоцитов оказывались первичные и вторичные лизосомы. Это приводило в дальнейшем к увеличению количества лизосом и служило подтверждением интенсификации аутофагии и указывало на снижение окислительных процессов в таких участках эпителия.

Фетисова Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

КОММУНИКАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНТЕНТ

Здоровье является одной из главных человеческих ценностей, медико-биологической и социальной категорией, индикатором оценивания качества жизни. Учёные предпринимают попытки создания единого учения о здоровье. В условиях медицинского вуза понятие «здоровье» трансформируется в клинично-педагогический контент. Содержание рабочих программ учебных дисциплин включает различные подходы к интерпретации понятия «здоровье», к изучению его феномена с целью формирования у будущих врачей знаний и представлений о здоровье как интегральной характеристике человека.

Коммуникационные исследования в сфере здоровья – сравнительно молодая отрасль коммуникации. Международное сотрудничество российских и зарубежных учёных по проблемам коммуникации здоровья содействует интернационализации образования. В России запланированы мероприятия, включающие проведение совместных коммуникационных исследований, трансляцию лучших коммуникативных практик, организацию совместных проектов по взаимодействию медицинских учреждений с фармацевтическими компаниями, производителями питания, изучение влияния рекламы на здоровье населения, экспертизу коммуникации «врач-пациент» и др.

С 2023 года на кафедре русского языка и педагогики реализуется дисциплина «Коммуникативный практикум по русскому языку в профессиональной деятельности», целью которой является формирование коммуникативной компетентности, обучение этике речевого общения врача и пациента, овладение коммуникативным потенциалом русского языка, расширение общегуманитарного кругозора.

Преподаватели уделяют внимание организации коммуникативного образовательного пространства. На практических занятиях будущие врачи знакомятся с образцами речевого поведения, принимают участие в дискуссии «Причины неэффективной коммуникации между врачом и пациентом», в лингвистической игре «Путешествие по себе» (подбор фразеологизмов с названиями частей тела и лица, анализ медицинских фразеологизмов), работают с деловыми документами, конспектируют научные труды по проблемам деонтологии, изучают протокол SPIKES (алгоритм сообщения пациенту тяжелого диагноза или плохих новостей). Совместные занятия русских студентов с обучающимися Международного медицинского института способствуют сотрудничеству, знакомству с медицинскими традициями стран и народов.

Практико-ориентированные задания связаны с моделированием ситуаций обследования пациента, расспросом больного, составлением его «медицинской биографии». Игровые интерактивные технологии помогают студентам примерить на себя роль врача-специалиста. Обучающиеся составляют рейтинг популярных вопросов от пациентов, знакомятся с логопедическими и лингвистическими технологиями, применяемыми в медицинской практике. Студенты-медики понимают, что за последнее время произошла эволюция пациентов: они стали более требовательны к работе врачей, оснащению медицинских организаций, качеству оказания медицинской помощи. Участие в проекте «Вежливая регистратура» приближает обучающихся к реальной действительности. Будущие врачи изучают опыт практикующих коллег по повышению уровня медицинской грамотности населения, рекомендации по формированию партнёрской позиции врач-пациент в коммуникации, овладевают тренинговыми технологиями, направленными на развитие навыков общения и командообразования.

Не вызывает сомнения, что коммуникация здоровья как образовательный контент должна учитывать зарубежные исследования, парадигмы и модели коммуникации, потенциал развития отечественного здравоохранения и медицинского образования, опыт преподавателей высшей школы, основанный на взаимодействии специалистов в области медицины и гуманитарных наук.

Филатова А.О., Лесневская И.Ю., Шамара Л.Ф.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО» ЗА 2021-2023 ГГ.

Актуальность. Проблема геморрагической лихорадки с почечным синдромом имеет высокую медицинскую, социальную и экономическую значимость. Это связано с неуклонным повышением заболеваемости ГЛПС в России и в мире. ГЛПС представляет собой распространенную природно-очаговую болезнь вирусной этиологии.

Цель исследования – изучить особенности течения ГЛПС у пациентов, находящихся на лечении в ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница им. Н.А.Семашко» за 2021-2023 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов с ГЛПС за 2021-2023 годы на базе ОБУЗ «ОКИБ им. Н.А.Семашко» г. Курска.

Результаты исследования. В процессе анализа были изучены следующие показатели: возраст, пол, место жительства, продолжительность пребывания больных на койке, продолжительность лихорадки, изменения в лабораторных показателях, наличие нехарактерных для ГЛПС симптомов и синдромов и др.

Все больные были разделены на несколько возрастных групп. Наиболее часто ГЛПС регистрировалась в группе 31-40 лет - 32%. В остальных группах отмечались следующие показатели: 0-14 лет - 0%; 15-20 лет - 22%, 21-30 лет - 25%, 41-50 лет - 16%, 51-60 лет - 3%, 61-70 лет - 2%, >71 года - 0%. Среди госпитализированных преобладали мужчины - 97%, женщины - 3%. Доля пациентов, проживающих в сельской местности составила 98%, пациенты, проживающие в городе - 2%. Количество койко-дней: до 10 койко-дней 15%, 11-20 койко-дней 77%, > 20 койко-дней 8%.

Типичное течение ГЛПС отмечалось у 57% больных, атипичное – 43%. Среди атипичных симптомов - катаральные (насморк, малопродуктивный кашель, першение в горле) отмечались в 97% случаев, кишечной симптоматики (жидкий стул, тошнота, рвота, боли в животе) – 3%. У 87% больных не отмечались проявления геморрагического синдрома.

У 73% пациентов изменений в биохимическом анализе крови (мочевина, креатинин, общий белок) не отмечались. Умеренно выраженные изменения в ОАМ (белок в моче до 0,6 г/л и эритроциты до 10-15 в п/з) отмечались в 40% случаев.

Все больные были обследованы на Ханта вирусы (ИФА крови): IgM положительные были выявлены в 98% случаев, а IgM и IgG - 2%.

Летальных исходов среди больных, находящихся на лечении с клиническим диагнозом ГЛПС за 2021-2023 гг. не было.

Выводы:

1. Заболеваемость ГЛПС в 2023 году, по сравнению с 2021-2022 гг. значительно выросла.
2. Наиболее часто ГЛПС отмечалась у молодых мужчин, работающих или проживающих в сельской местности.
3. Атипичные клинические формы ГЛПС регистрировались у 43% госпитализированных больных.

Филатова А.Ю., Арефьева Т.И., Потехина А.В., Овчинников А.Г.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии
имени академика Е.И. Чазова» МЗ РФ, Москва

АКТИВИРОВАННЫЕ Т-ХЕЛПЕРНЫЕ И РЕГУЛЯТОРНЫЕ Т-ЛИМФОЦИТЫ И СУБПОПУЛЯЦИИ МОНОЦИТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С СНСФВ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) – тяжелое заболевание с неблагоприятным прогнозом. Хроническое низкоинтенсивное воспаление и фиброз являются ключевыми звеньями ремоделирования миокарда, ассоциированного с сердечной недостаточностью. Сопутствующий сахарный диабет 2 типа (СД2) способствует поддержанию хронического воспаления на системном уровне и в миокарде при СНсФВ. Цель исследования - у пациентов СНсФВ проанализировать субпопуляционный состав циркулирующих CD4+ Т-лимфоцитов и моноцитов, ультразвуковые показатели диастолической дисфункции миокарда в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета 2 типа (СД2).

Методы. В исследование включено 32 пациента (12 мужчин, медиана возраста 68 лет) с СНсФВ, концентрической гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), стабильной сердечной недостаточностью II-III функционального класса по классификации NYHA, сохраненной фракцией выброса ЛЖ ($\geq 50\%$) и повышенным давлением наполнения ЛЖ в покое и/или во время физической нагрузки (по данным эхокардиографии). Сопутствующий СД2 имели 16 пациентов. Состав лимфоцитов и моноцитов крови анализировали методами прямой иммунофлуоресценции и цитофлуориметрии в потоке; идентифицировали CD4+CD25highCD127low Трег, CD4+CD25lowCD127high активированные Т-хелперные клетки (Тх-акт), классические CD14++CD16-, промежуточные CD14++CD16+ и неклассические CD14+CD16++ моноциты.

Результаты. Пациенты с СД2 характеризовались более выраженными функциональными ограничениями (чаще встречался III функциональный класс сердечной недостаточности, пациенты проходили меньшее расстояние за 6 минут ($p < 0,05$)). У этих пациентов отношение скорости раннего трансмитрального потока к скорости смещения митрального кольца (параметр, характеризующий давление наполнения ЛЖ) было выше, по сравнению с пациентами без СД2 (13,5 (11,4;17,3) против 11,8 (9,4;16,0), $p = 0,049$). Группы пациентов были сопоставимы по общему количеству лейкоцитов, лимфоцитов, CD4+ Т-клеток и моноцитов. В общей группе пациентов были обнаружены умеренные отрицательные корреляционные связи между относительным содержанием Трег и соотношением E/e' (параметр, характеризующий давление наполнения ЛЖ) ($r = -0,33$, $p < 0,05$), а также между Трег/Тх-акт и соотношением E/e' ($r = -0,39$, $p < 0,05$). Отмечалась тенденция к более низкому количеству Трег в крови у пациентов с СНсФВ и сопутствующим СД2 (22 (14;38) тыс./мл против 29 (23;40) тыс./мл, $p = 0,089$). Соотношение Трег/Тх-акт было ниже у пациентов с СД2, по сравнению с пациентами без СД2 (0,068 (0,050;0,074) против 0,079 (0,064;1,00), $p = 0,036$). Количество циркулирующих промежуточных моноцитов было выше у пациентов с СД2 (28 (15;44) тыс./мл против 17 (13;25) тыс./мл, $p = 0,049$).

Вывод. Выявленные изменения иммунного статуса могут отражать активное течение процессов воспаления/фиброза в миокарде, характерное для пациентов с СНсФВ и сопутствующим СД2.

Работа выполнена в рамках гранта РФФ 24-75-00053.

Фирсова Г.М., Видьдзрубє С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

В рамках нашей работы было проведено исследование особенностей непсихотических психических расстройств при ожоговой травме у военнослужащих. Данная категория пациентов является максимально уязвимой в психологическом плане и требует оказания особой психотерапевтической помощи, с учетом возникновения у них непсихотических психических нарушений и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Цель исследования: изучить особенности непсихотических психических расстройств при ожоговой травме у военнослужащих. Объект исследования: непсихотические психические расстройства личности. Предмет исследования: особенности непсихотических психических расстройств при ожоговой травме у военнослужащих. Гипотезы исследования: 1) существует взаимосвязь между выраженностью непсихотических психических расстройств и копинг-поведением у военнослужащих; 2) репертуар копинг-механизмов у военнослужащих с непсихотическими психическими расстройствами и наличием ПТСР будет ограничен. Эмпирические методы: методика «Диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн» в модификации А.М. Прихожан; методика «Шкала депрессии Бека»; методика «Оценка личностной и ситуативной тревожности Ч. Д. Спилберга - Ю. Л. Ханина»; опросник «Выраженность психопатологической симптоматики SCL-90-R»; методика «Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуациях» Д. Амирхана; Миссисипская шкала для оценки ПТСР в адаптации Н.В. Тарабриной; методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма в адаптации Л.И. Вассермана. Статистические методы: корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции Пирсона), U-критерий Манна-Уитни. Выборку исследования составили 55 военнослужащих в возрасте от 23 до 49 лет. Из них 44 человека с непсихотическими психическими расстройствами и 38 человек с наличием ПТСР.

Пациенты с ожоговой болезнью проявляют ярко выраженные симптомы непсихотических психических расстройств, у них преобладает депрессивное состояние (по методике А. Бека общий уровень депрессии - 40,64 балла, по методике SLR-90 уровень депрессии - 3,34 балла), эмоциональный фон имеет негативную окраску. Испытуемые имеют негативные ожидания относительно межличностного взаимодействия (показатель по шкале «Межличностная сензитивность» - 2,58 балла). Уровень тревожности указывает (средний балл по шкале «Ситуативная тревожность» - 59,25; средний балл по шкале «Тревожность» методики SLR-90 - 3,37) на наличие высокого напряжения, военнослужащие не ощущают себя в безопасности, они отмечают наличие беспокойства, нервозности. Корреляционный анализ позволил выявить, что частое использование пациентами таких целенаправленных процессов как: помощи окружающих для решения проблемных и стрессовых ситуаций приводит к тому, что у них чаще проявляются соматические признаки депрессии ($r = -0,36, p \leq 0,05$), снижается уровень самостоятельности ($r = -0,36, p \leq 0,05$) и появляется стремление стать авторитетными ($r = 0,41, p \leq 0,01$) и значимыми среди этого окружения. Применение избегания как основной стратегии копинг - поведения приводит к тому, что исследуемые испытывают проблемы с уверенностью в себе ($r = -0,48, p \leq 0,01$), а также проявляют большую склонность к замкнутости ($r = 0,30, p \leq 0,05$). В то время использование продуктивной стратегии решения проблем с помощью личностных ресурсов будет способствовать формированию самооценности ($r = 0,31, p \leq 0,05$) и повышению уверенности в себе. По результатам диагностики, репертуар копинг-механизмов у военнослужащих с непсихотическими психическими расстройствами и наличием ПТСР будет ограничен, наиболее используемыми в данной выборке, являются самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка и планирование решения проблемы.

Фомина К.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ОРГАНОВ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЛИЯНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЛЕТУЧИХ КОМПОНЕНТОВ ЭПОКСИДНЫХ СМОЛ

Целью настоящего анатомо-экспериментального исследования являлось установление морфологических особенностей гипоталамуса, гипофиза, щитовидной и надпочечных желез на макро-, микро- и ультрамикроскопическом уровнях организации на 1, 7, 15, 30 и 60 суток после завершения двухмесячного периода ингаляционной затравки крыс неполовозрелого, репродуктивного и старческого возраста главными компонентами эпоксидных смол.

Хроническое влияние на организм летучих компонентов эпоксидных смол приводит к наиболее выраженному снижению температуры тела (до 34,5 °С) и уменьшению веса тела (до 18,43%) у крыс, подвергавшихся ингаляционной затравке в неполовозрелом возрасте. На макроскопическом уровне в органах нейроэндокринной системы максимум изменений был установлен у крыс репродуктивного возраста. Было зафиксировано статистически значимое уменьшение абсолютной массы мозга (до 15,59%), сагиттального размера гипоталамуса (до 13,21%), объема гипофиза (до 21,49%) и ширины правой доли щитовидной железы (до 16,81%); увеличение относительной массы (до 35,64%) и длины органов (до 20,14%). На микро-и ультрамикроскопическом уровнях установлено угнетение регенерации клеточных элементов паренхимы органов на фоне активной пролиферации клеток стромы. Выражены дисциркуляторные изменения (отек, полнокровие сосудов и кровоизлияния) на фоне значительного увеличения диаметра капилляров (до 17,17%). Наиболее значительные статистически значимые сдвиги были зафиксированы в репродуктивном и старческом возрасте. Показательным было уменьшение числа базофильных аденоцитов (до 16,89%), корково-мозгового индекса (до 14,00%), ширины пучковой зоны (до 15,68%), высоты тироцитов (до 18,31%) на фоне увеличения их количества (до 19,96%), среднего диаметра фолликулов (до 11,81%) и резкой конденсации коллоида (до 33,57%).

В реадaptационный период происходит частичное восстановление макро-микроморфометрических показателей, о чем свидетельствовало постепенное уменьшение процента отклонений от контроля, уменьшение выраженности изменений сосудистого русла и степени поражения аденоцитов, тироцитов и адренокортикоцитов. При этом сохранялись десквамативные явления, признаки снижения пролиферативной, синтетической и секреторной активности клеток, которые могут свидетельствовать о нарушении нейроэндокринной регуляции адаптации организма в результате действия на него эпоксидных смол. Длительность изменений сохранялась у крыс неполовозрелого и половозрелого возраста до 60 дня включительно, а у крыс периода старческих изменений преимущественно в течение первых двух недель на фоне усиления прироста большинства показателей и стабильности удельного веса органов. Также зафиксирована правосторонняя асимметрия органов, которая в процессе реадaptации у молодых и старых особей усиливается (до 17,28%), а у зрелых – нивелируется. Наиболее тесная взаимосвязь между анатомическими параметрами установлена в неполовозрелом периоде ($0,78 < r_{xy} < 0,99$). Степень поражения органелл коррелирует с типом клеток органов и сроком реадaptации ($0,53 < r_{xy} < 0,82$). Установленное распределение признаков и их значимости в формировании факторной структуры позволило определить силу влияния производственных экологических факторов на рассматриваемые признаки, зависящую от возраста животных и периода реадaptации, прошедшего с момента завершения последней экспозиции. Так, более высокая сила воздействия установлена у главного компонента эпоксидных смол – эпихлоргидрина (до 98,8%), в репродуктивном возрасте (до 88,4%), в течение первого месяца реадaptации (на 1 – 30 сутки на 88,4% – 72,6%).

Таким образом, под влиянием летучих компонентов эпоксидных смол происходят значительные морфологические перестройки в органах нейроэндокринной системы, которые свидетельствуют о статистически значимом снижении их функциональной активности во все периоды постнатального онтогенеза.

Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г.Донецка МЗ ДНР, Донецк

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) проявляется разнообразными формами нарушений его накопительной и эвакуаторной функции вследствие поражений нервной системы на её различных уровнях от коры головного мозга до интрамурального аппарата. Хронические формы НДМП, сопровождающиеся невозможностью произвольного контроля мочеиспускания, включены в список заболеваний, усугубляющих степень инвалидности.

Цель: Оценка эффективности комплексной медицинской реабилитации у детей с НДМП на фоне органического поражения нервной системы.

Материалы и методы: В РКЦН г.Донецка в период с 2022 по 2024г получили лечение 107 детей с органическим поражением нервной системы и сопутствующей нейрогенной дисфункцией мочеиспускания в возрасте от 5 до 16 лет. В комплексное обследование детей входили: сбор анамнеза, оценка неврологического статуса, нейровизуализация, электромиография, электроэнцефалография, ультразвуковое исследование органов мочевой системы с определением объема остаточной мочи, общий анализ мочи, дневник мочеиспусканий, нефрологический опросник.

Результаты и их обсуждение: Гиперрефлекторный тип нейрогенной дисфункции мочевого пузыря выявлен у 67,2% обследованных, гипорефлекторный тип – у 17,6%, норморефлекторный тип – у 15,2% детей. У большинства больных (91,0%) клиническая картина дисфункции мочевого пузыря отличалась довольно большим многообразием симптомов расстройств акта мочеиспускания. К ведущим симптомам нарушений акта мочеиспускания относились: поллакиурия императивные позывы – 69,6%, ургентное недержание мочи – 25,3%, энурезом страдали 36,0% обследованных детей. Сочетанная патология тазовых органов установлена у 30,9% обследованных детей. Неврологическую патологию имели 86,6% детей в виде ДЦП – 32,2%, врожденные аномалии нервной системы – 11,6%, последствия перинатального поражения ЦНС – 32,6%, синдром дефицита внимания и гиперактивности – 10,2%. Лечение пациентов проводилось с учетом функционального состояния мочевого пузыря и уровня (или очага) поражения нервной системы. На фоне основной терапии неврологического дефицита проводили лечение, направленное на стабилизацию функции мочевого пузыря, профилактику и ликвидацию различных осложнений, возникших в результате как неврологических, так и урологических нарушений включающее в себя медикаментозную коррекцию в сочетании с физиотерапией, психотерапией, БОС-терапией, рефлексотерапией. Популярность указанных методов объясняется их влиянием на основные звенья патогенеза, синергизмом действия на систему детрузор-стабилизирующих рефлексов и антигипоксическим действием, что обосновывает целесообразность комплексного применения этих факторов в медицинской реабилитации, отсутствием побочных эффектов и возможностью применения у детей различного возраста. Психолог центра оказывал значительную поддержку в терапии таких пациентов, проводя сеансы психотерапии, на которых предлагалась пациентам «установку» на регулярный ритм мочеиспускания. Курс лечения состоял из 10-14 процедур. Результаты лечения всех больных оценивались при катамнестическом обследовании не ранее 6 месяцев после завершения этапного лечения.

Выводы. Положительная динамика отмечалась у 79% больных (уменьшились или совсем исчезли проявления НДМП), нормализовалось число мочеиспусканий с отсутствием ургентности, достоверно уменьшалось количество остаточной мочи у пациентов.

Фролов С.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЛИГООВУЛЯЦИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: ИСТОКИ ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

Олигоовуляция — это состояние, при котором менструации нерегулярные или редкие или ритм менструаций не нарушается, но частота овуляции сокращается до 4-х в год. Каждая пятая супружеская пара в России (17-21%) испытывает трудности с зачатием, 42-47% бесплодия обусловлено расстройствами овуляции. Ожирение у детей связано с дислипидемией, с наиболее распространенной аномалией является повышенный уровень триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)

31,8% детей в возрасте от 2 до 19 лет имеют ИМТ ≥ 85 -го перцентиля. Дефицит питательных веществ в рационе, таких как железо, йод, цинк, фолиевая кислота и витамин D, снижает запас яйцеклеток в яичниках. Чрезмерное потребление фастфуда увеличивает вероятность бесплодия в 2–3 раза. В популяции около 4-5% женщин, вступающих в репродуктивный период имеют дефицит массы тела.

Под нашим наблюдением находились 60 пациенток с ИМТ менее 18,5 кг/м² которым было рекомендовано восстановление массы тела до минимально необходимого. Пациентки разделены на 2 сопоставимые группы по 30 человек по клиническим и гормональным показателям, длительности бесплодия, возрасту, показателям ИМТ. Трубно-перитонеальный фактор оценивали, используя МСГ или лапароскопию, в группы вошли лица с отсутствием или устраненным трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Различия групп касались лечебной тактики: первая группа получала модификацию питания –увеличение калорийности пищи до 3000ккал/сутки, вторая группа – то же плюс рациональную суггестивную психотерапию. Первичное бесплодие было у 43,2% пациенток, вторичное у 56,8% больных. Проведение мочевых тестов OvuPlan с 11-го дня в течение 5-10 дней. Фолликулометрию проводили с 12-го дня цикла, в этот же день оценивали натяжение слизи. Прогестерон крови исследовали на 7-й день после положительного теста на овуляцию. Всего проанализировано 236 циклов. Средняя длительность цикла составила 27,84 \pm 2,37 дня. Лица с дефицитом массы тела были самодостаточны, чувствовали себя великолепно « в своем теле» и с трудом понимали риски для репродуктивного здоровья. Выявлено: недостаточность лютеиновой фазы- 58,7%, дисовуляции- 19,2%, ановуляторные циклы- 12,6%, двухфазные нефертильные –рассогласование пиков ЛГ, размеров доминантного фолликула, натяжения слизи -67,9%. Результаты лечения: в течение 6 мес-цев целевое восстановление массы тела наступило у 7 пациенток 1-й группы и у 26 пациенток 2-й группы, беременность наступила у 4-х пациенток 1-й группы и у 9 пациенток 2-й группы. Улучшения в фолликулогенезе происходили только у тех лиц, у кого индекс массы тела стал повышаться и превысил 19,5 кг/м²

Выводы. Олигоовуляция сопровождается полиморфными функциональными нарушениями фолликулогенеза, что выражается в подавлении пика ЛГ, размеров доминантного фолликула и плохим качеством шеечной слизи. Рациональная психотерапия является важным аспектом модификации стиля жизни этих пациенток и комплаенса их дальнейшего лечения. Одновременное использование фолликулометрии, функциональных тестов и определения прогестерона на 7-й день пика ЛГ позволяет оценить функциональное состояние индивидуально

Надо придерживаться полноценного и сбалансированного питания с необходимыми микроэлементами, заниматься физической активностью и избегать вредных привычек.

Фролов С.С., Богослав Ю.П., Чурилов А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРИЧИНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ДЕБЮТА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Подростковый возраст - это время драматических физических, когнитивных, эмоциональных, поведенческих и социальных изменений. В физической области пубертатные гормоны стимулируют развитие вторичных половых признаков и появление полового диморфизма, особенно в общем фенотипе и составе тела. Эти гормоны также запускают сексуально диморфные траектории в развитии мозга и играют роль в реорганизации кортикальных схем, особенно схем, которые поддерживают социальное поведение, связанное с выбором партнера и половым актом. На социальной арене подростки переходят к более взрослым социальным ролям, которые несут более высокие ожидания относительно их независимости и способности контролировать собственное поведение. Отношения со сверстниками приобретают новое значение, поскольку подростки оценивают и проверяют лояльность и развивают новый интерес к романтическим и сексуальным отношениям. В НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» в 2018г. была разработана анкета из 28 вопросов по 7 блокам - вредные привычки, возраст полового дебюта, знания о контрацепции, моногамность отношений, число планируемых детей в будущем, а также физическая активность и социальные установки.

Материал и методы Проведено анкетирование 1426 лиц, из них анкеты 1356 студентов и студенток 7 ВУЗов Донецка, 966 девушек и 390 юношей в возрасте от 15 до 23 лет были учтены, как удовлетворительно заполненные. Анкеты, заполненные наполовину выбраковывались. Средний возраст составил $18,32 \pm 2,9$ лет. Время заполнения анкеты 20 мин. Открытых вопросов 5. Анкеты анонимные, но было предложена возможность обратной связи для дальнейших исследований. Статистическая обработка производилась с программой STATISTIKA 9,2 и SPSS 16.0.2.

Результаты исследования Сексуальный дебют при среднем возрасте $18,32 \pm 2,9$ г. 56,8% респондентов на момент опроса уже жили половой жизнью. 650 респондентов (47,8%) начали половую жизнь до периода половой зрелости (18 лет). Первый секс из любопытства был у 20,8%, по принуждению партнера у 4%, потеряв контроль над чувствами - у 33,7% и других причин- 41,4%, как написала одна респондентка в открытом вопросе- «по глупости». Полигамные отношения имеют 17,8% из лиц, живущих половой жизнью. 82,41% респондентов считают приемлемыми регулярные добрачные сексуальные отношения. Из 217 лиц, считающих добрачные отношения невозможными 79,4% это девушки и 20,5% - юноши. Сведения о методах контрацепции 56,7% лиц узнали от родителей, 24,1%- от друзей, 31,3% от медработников, из СМИ и социальных сетей 20,8%-24,5% соответственно. Используют контрацептивы лишь 51,9% опрошенных.

Из применяемых методов контрацепции чаще используют презервативы- 87,3%, а 6,5%-сочетания презерватива с другими средствами. Оральные контрацептивы использовали 2,3% лиц. Никто не назвал абстиненцию методом профилактики непланируемой беременности и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Имеют знания об экстренной контрацепции 649 респондентов- 47,8% опрошенных и столько же обсуждали вопросы контрацепции с партнером. Не обсуждали вопросы контрацепции с партнером 189 лиц (13,9% опрошенных), без гендерных различий. На вопрос «В каком возрасте Вы хотели бы иметь детей?» респонденты сообщили; что в возрасте от 25 до 30 лет, примерно в 28-29 лет, т.е. спустя 10 лет от сексуального дебюта.

Обсуждение результатов

Если пристально рассмотреть домен сексуального дебюта становится очевидным, что только 1/3 вступает в сексуальные отношения в фазе физической и эротической зрелости, 20%, вступивших в сексуальные отношения «из любопытства», очевидно, еще продолжают период полового созревания, а 41% «врываються» во взрослую жизнь под действием социального окружения, доступности эротического контента и влияния социальных сетей.

Удручает, что только чуть более половины родителей занимаются вопросами полового воспитания, особенно, когда студенческая среда предполагает значительную автономию. Последняя в сочетании с недостатком знаний и умений в пользовании средств контрацепции представляет риск для сохранности репродуктивного здоровья. Еще более усугубляется ситуация с реализацией репродуктивных планов – спустя 10 лет от сексуального дебюта.

Выводы

1. Мотивы, побуждающие к сексуальному дебюту выявляют лиц с незавершенным половым созреванием – около 20%.
2. Автономия подростков представляет определенный риск, т.к. в недостатке знаний и навыков пользования средствами контрацепции лежит возможность непланируемой беременности и ЗППП.
3. Факторы, влияющие на репродуктивную функцию подростков являются модифицируемыми и вполне подвластны коррекции.

Фролов С.С., Данилова Т.В., Винников Б.Д., Запорожцева С.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ – ТРИГГЕР ИНТЕРЕСА К ТЕМЕ

Вводная часть занятия должна привлечь внимание обучающихся к теме, но в эпоху переизбытка информации и модульной системы очень важно представить тему как мультимедальную. На занятиях по акушерству нередко темы выходят за пределы узкой специальности. В одном из семестров 45 студентов 6 курса повторяли роль эстрогенов в женском организме и им было предложено дополнить базовый контент названиями врачебных дисциплин в скобках. Так, «в женском организме эстрогены начинают действовать еще внутриутробно, когда развивается девочка, и они обеспечивают закладку женских половых органов у плода (гистология). При достижении половой зрелости эти гормоны отвечают за развитие вторичных половых признаков (детская гинекология). У взрослой женщины они являются гормонами первой фазы цикла и выделяются под влиянием фолликулостимулирующего гормона гипофиза обеспечивает рост и пролиферацию клеток эндометрия, готовя к имплантации оплодотворенную яйцеклетку (гинекология, акушерство) ; стимулирует синтез слизи шейки матки и поддерживает кислую среду влагалища, чем исполняет защитную функцию от бактерий, грибков и размножения патогенной флоры (гигиена, ЗОЖ);обеспечивает рост матки с увеличением миометрия в пубертатном возрасте и в периоде беременности; обеспечивает рациональное распределение жировой ткани по женскому типу – на животе и бедрах (антропология); нормализует уровень холестерина и регулирует распад и синтез липидов (терапия, кардиология); усиливает работу остеобластов и нормализует функцию костной системы (травматология, геронтология); обеспечивает нормальный обмен витаминов, предупреждает старение и вторичные изменения кожи(терапия, эндокринология). Избыток эстрогенов бывает при злокачественных заболеваниях (гранулезоклеточная опухоль яичника), циррозе печени, гинекомастии, целлюлите. По результатам офф-лайн тестов улучшилось оценивание материала на 17,8%, т.к. роль эстрогенов в организме необходимо знать врачам всех специальностей. Такой подход формирует холистическое мышление, позволяет лучше усваивать учебный материал для врача общей практики.

Фролов С.С., Жук А.Е., Турчина Н.А., Новиков В.Л.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОТСРОЧЕННЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ СТУДЕНТОВ СТАРШЕКУРСНИКОВ

В студенческую пору подростки переходят к более взрослым социальным ролям, приобретают автономию и хотят контролировать собственное поведение, особенно в репродуктивной сфере. Мировая тенденция - откладывать создание семьи и рождение детей. По материалам анкет 1356 студентов и студенток 7 ВУЗов Донецка 966 девушек и 390 юношей в возрасте от 16 до 23 лет были заново пересчитаны показатели - возраст полового дебюта, знания о контрацепции, моногамность отношений, число планируемых детей. Средний возраст составил $18,32 \pm 1,8$ лет.

Результаты: 47,8% респондентов начали половую жизнь до периода половой зрелости (18 лет). Первый секс из любопытства был у 20,8%, по принуждению партнера у 4%, потеряв контроль над чувствами - у 33,7% и других причин - 41,4%, - «по непонятным мотивам». Полигамные отношения имеют 17,8% из лиц, живущих половой жизнью. 82,41% респондентов считают приемлемыми регулярные добрачные сексуальные отношения. Из 217 лиц, считающих добрачные отношения невозможными 79,4% это девушки и 20,5% - юноши. Сведения о методах контрацепции 56,7% лиц узнали от родителей, 24,1% - от друзей, 31,3% от медработников, из СМИ и социальных сетей 20,8%-24,5% соответственно. Имеют знания об экстренной контрацепции 47,8% опрошенных, не обсуждали эти вопросы с партнером 13,9% опрошенных, без гендерных различий. На вопрос «В каком возрасте Вы хотели бы иметь детей?» респонденты сообщили, что в возрасте от 28-29 лет, т.е. спустя 10 лет от сексуального дебюта, завершив образование и имея собственное жилье.

Выводы Мотивы, побуждающие к сексуальному дебюту выявляют лиц с незавершенным половым созреванием - около 40%. Автономия студентов представляет определенный риск, т.к. при недостатке знаний и навыков использования контрацептивов есть риск непланируемой беременности и ЗППП, и профилактика последних способна сохранить репродуктивное здоровье до «отсроченного» во времени возраста рождения первенца.

Фролова С.Ю., Малинин Ю.Ю., Чуркин Д.В., Ищенко В.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ФГКВООУ «Донецкое высшее общевоинское командное училище» МО РФ, Донецк,
Народный Совет Донецкой Народной Республики, Донецк

ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ КОФЕИН, НА ПИЩЕВОЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ОПАСНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

В ходе проведения специальной военной операции (СВО) удельный вес женщин, работающих в опасных производственных условиях, в том числе, выполняющих обязанности военной службы, возрастает.

При прогнозировании мероприятий, направленных на сохранение и укрепление индивидуального здоровья, а также достижения целевого уровня работоспособности необходимо принимать во внимание пищевой статус женщин-военнослужащих.

Основным типом питания в пунктах постоянной дислокации войсковых частей является централизованное котловое (по норме продовольственного обеспечения №1 «Общевойсковой паёк»), которое позволяет медицинской службе оценивать, как энергетическую стоимость рациона (включая распределение по основным приемам пищи, а также калорийную квоту основных нутриентов), так и кратность приема пищи, обеспеченность рациона макро- и микронутриентами.

При организации централизованного продовольственного обеспечения, основанного на принципах рационального питания, принципиально важным является достижение целевого показателя кратности приема пищи, интервалов между приемами пищи, а также распределение энергетической стоимости рациона по времени суток.

С учетом времени, затрачиваемого на прибытие к месту службы, а также уровнем психоэмоционального напряжения, связанного с выполнением задач военной службы, в раннем периоде военной службы высоким (свыше 20,0%) является удельный вес обследуемых, сознательно отказывающихся от завтрака.

В дальнейшем, показатель сознательно отказывающихся от завтрака снижается, при этом превышает 10% от всех обследованных.

Отмечено, что утренний прием пищи обследуемые заменяли приемом напитков на основе кофеина, также установлена зависимость между показателем потребления кофеина в утренние часы и энергетической стоимостью пищи, съеденной до полудня ($r=-0,59$ $p=0,05$).

Выявлено, что у обследуемых, отказывавшихся от приема пищи в утренние часы показатель энергетической стоимости рациона, достигаемый после 18:00 достигал 35% от суточного показателя, при этом также была установлена зависимость между показателем кофеина потребляемого в первой половине суток с показателем энергетической стоимости рациона, потребляемого во второй половине суток ($r=+0,63$ $p=0,05$).

Итоговым показателем, отражающим влияние потребление напитков на основе кофеина на пищевой статус женщин военнослужащих, следует считать индекс массы тела (ИМТ).

Отмечено, что в случае замены утреннего приема пищи употреблением напитков на основе кофеина, в том числе безалкогольных тонизирующих напитков (БТН) свыше 6 месяцев отмечен рост показателя ИМТ, при этом спустя 12 месяцев прирост показателя ИМТ до 10,0+2,5% был отмечен у 15,0% обследуемых.

Таким образом потребление кофеина, влияющее на дефицит энергетической стоимости рациона в первой половине суток, определяет избыток энергетической стоимости рациона в вечерние и ночные часы. Выраженный дисбаланс (превышение) поступления энергии с пищей на энерготратах в вечерние часы способствует росту индекса массы тела, что формирует негативную эмоциональную и поведенческую установку, способствующую ограничению потребления энергии с пищей в первой половине дня и симметричным ростом потребления энергии во второй половине дня, т.е. формированию патологического круга, способствующего развитию нарушений в функциональном состоянии организма.

Хабарова А.В.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Все больше появляется подтверждений, о том, что кишечная микробиота неразрывно участвует в патогенезе хронических диффузных заболеваний печени. При нарушении кишечного барьера печень находится под воздействием токсических факторов, поступающих из кишечника. В свою очередь, изменение физиологических процессов в печени может стать толчком для микробиотических нарушений в кишечнике. Доказано, что синдром избыточного бактериального роста (СИБР) играет определенную роль в патогенезе хронического вирусного гепатита В (ХВГВ). Простагландин E2 (ПГЕ2), один из основных простагландинов, синтезируемых в моноцитах и макрофагах человека, способен модулировать реактивность Т-лимфоцитов. В литературе имеются данные о целесообразности определения простагландина E2, как маркера клеточно-опосредованного иммунитета, у пациентов с ХВГВ.

Цель исследования – оценить концентрацию ПГЕ2 у больных ХВГВ на фоне СИБР.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 82 пациента с ХВГВ, сочетанным с СИБР, из них 45 мужчин (54,9 %) и 37 женщин (45,1 %). Все больные получали противовирусную терапию (энтекавир 0,5 мг/сут), при этом были разделены на 2 группы: первую (43 чел.) и вторую (39 чел.). В дополнение пациентам первой группы назначали синбиотик внутрь по 1 капсуле в течение 30 дней. Концентрацию ПГЕ2 в крови изучали радиоиммунным методом с использованием стандартных коммерческих наборов.

Результаты исследования. До начала лечения у всех обследованных больных наблюдалась клиническая картина умеренного обострения ХВГВ на фоне СИБР, проявляющаяся горьким привкусом во рту, тошнотой, тяжестью в правом подреберье, субиктеричностью склер, умеренной гепатомегалией: снижением аппетита, нарушением стула, преимущественно в виде запоров, а также проявлениями астенического или астено-невротического синдрома.

При изучении уровня ПГЕ2 до лечения отмечали его незначительное увеличение: в первой группе обследованных нами больных до $1,42 \pm 0,43$ нг/мл, то есть, в среднем, в 1,17 раза, а во второй – до $1,41 \pm 0,54$ нг/мл, что также было в 1,17 раза выше нормы. При этом, спустя месяц после начала лечения у пациентов первой группы концентрация ПГЕ2 снизилась до нормы - $1,23 \pm 0,33$ нг/мл, т.е. в 1,15 раза по сравнению с предыдущим значением, а во второй – сохранялась в пределах $1,39 \pm 0,34$ нг/мл, что было выше нормы в 1,15 раза ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, определение уровня ПГЕ2 у пациентов с ХВГВ в сочетании с СИБР является полезным дополнением в общем комплексе диагностических мероприятий. Тем самым нам удалось выявить увеличение уровня ПГЕ2, что свидетельствует о патофизиологической значимости данного нарушения в развитии воспалительного процесса. Включение в комплекс лечения синбиотических препаратов у больных с ХВГВ с сочетанной патологией (СИБР) способствует более быстрому снижению концентрации ПГЕ2, нежели монотерапия в виде ПВТ с использованием энтекавира.

Хавалиц А.В., Стефанов Г.М., Марковский А.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА МАТЕРИ

Введение: Йододефицитные заболевания являются одними из наиболее распространённых неинфекционных заболеваний человека. Своевременное и адекватное лечение йододефицита у беременных обеспечивает полноценное внутриутробное развитие плода.

Цель исследования: Провести анализ научных исследований по теме риска возникновения ранних неонатальных осложнений у новорожденных в условиях йододефицита матери, получавших во время беременности комплексную терапию, включавшую препараты йода. Основное внимание уделялось оценке рисков возникновения осложнений связанных с йододефицитом на протяжении первой недели жизни.

Материалы и методы исследования: В ходе изучения литературы был проведен анализ научных статей, представленных в электронных базах PubMed, eLIBRARY, PubMedCentral, CyberLeninka на русском и иностранных языках. Географией исследуемых публикаций является Россия, Беларусь, США. Временной промежуток работ включал период с 2001 по 2023 годы. В итоге были отобраны две работы, в которых описывались результаты обследования 80 новорожденных от матерей с проявлениями йододефицита. Все родильницы вели здоровый образ жизни, йододефицит был выявлен лабораторно у всех женщин, они получали комплексную терапию (включающую калия йодид в дозе 200 мкг в сутки).

Все дети родились живыми, находились на естественном вскармливании, соотношение мальчиков к девочкам составило 1:1.

Дети были разделены на равноценные группы: контрольная группа – 36 новорожденных от матерей с йододефицитом, которые отказались от комплексной терапии; основная группа – 44 новорожденных от матерей с йододефицитом, которые прошли комплексную терапию.

Результаты исследования: Осложнения, отмечаемые у новорожденных на протяжении раннего неонатального периода:

Гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС: основная группа – 33 из 44 (75,0%), контрольная группа – 31 из 36 (86,1%).

Дезадаптация ЦНС: основная группа – 19 (43,2%), контрольная группа – 23 (63,9%).

Гипоконъюгационная желтуха: основная группа – 12 (27,2%), контрольная группа – 17 (47,2%).

Транзиторная гипогликемия: основная группа – 9 (20,5%), контрольная группа – 11 (30,6%).

Синдром дыхательных расстройств: основная группа – 0 (0,0%), контрольная группа – 3 (8,3%).

Анемия: основная группа – 1 (2,2%), контрольная группа – 2 (5,5%).

Пороки развития плода: основная группа – 0 (0,0%), контрольная группа – 3 (8,3%).

Транзиторный гипотиреоз: основная группа – 0 (0,0%), контрольная группа – 8 (22,2%).

Вывод: Среди осложнений раннего неонатального периода в обеих группах преобладают нарушения ЦНС гипоксического характера, возникновение гипоконъюгационной желтухи, но у новорожденных из основной группы риск развития этих осложнений все же оказался значительно ниже ($p < 0,05$). В основной группе развитие транзиторного гипотиреоза не выявлено, а в контрольной – частота его возникновения оказалась сравнимо выше ($p < 0,05$). Значительных различий в частоте развития других осложнений отмечено не было ($p > 0,05$). Следовательно, риск осложнений в раннем неонатальном периоде значительно ниже у детей, родившихся от матерей, получавших комплексную терапию с включением препаратов йода во время беременности.

Халяпина А.Б., Говоров М.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЙЦОВ СВО ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ

Цель для определения алгоритма характера лечения в период адаптации в посттравматический период - оценить характер и выраженность признаков нарушения опорно-двигательного аппарата у военнослужащих с минно-взрывной травмой

Материалы и методы Первая помощь оказана в ОМЕДР, далее эвакуация в НМИЦ ВМТ им Вишневого и затем, при наличии справки о полученных увечьях и согласно указу Президента Российской Федерации от 5 марта 2022 года № 98 « О дополнительных социальных гарантиях военнослужащим, лицам проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и членам их семей» - переведен для дальнейшего лечения в ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России – отделение сочетанной травмы хирургического госпиталя Университетской клиники Научно-образовательного института клинической медицины им Н.А. Семашко

Для исследования распространённости признаков нарушения опорно-двигательного аппарата проведено скрининг-анкетирование военнослужащих, имевших в анамнезе МВТ в возрасте от 21 до 55 лет. Особенности функционального состояния опорно-двигательного аппарата военнослужащих с МВТ (n=46 чел) изучены с помощью общепринятых в реабилитационной терапии методик, официально утвержденных МЗ РФ и входящих в Международный профессиональный стандарт [Пр. МЗ РФ от 10.12.97г. «О введении специальности...»; Пр. МЗ РФ от 10.02.98г. «О мерах по улучшению...»; Образовательный стандарт..., 2000; и др., 2003]. 3 группы пациентов 1. Пациенты с ампутированной конечностью 2. Нейропатия 3. Иные повреждения (повреждения внутренних органов ушиб сердца, легких,, повреждение органов брюшной полости). Все пациенты имели когнитивные особенности и неуровновешенность, а также снижение слуха и зрения

Результаты на основе При МВР с отрывом конечности у инвалидов определялись выраженные биомеханические нарушения: изменение тонуса мышц спины и плечевого пояса, развитие остеохондроза позвоночника, плоскостопия вследствие перегрузки стопы, ограничение подвижности тазобедренного сустава, сколиотическая деформация нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Инвалиды, перенесшие ампутации нижних конечностей, нуждаются в адекватных средствах двигательной реабилитации. В реабилитационном процессе одно из ведущих мест принадлежит адекватному протезированию.

Сравнительная оценка показателей состояния психического здоровья и опорно-двигательной системы на основе реабилитационного лечения, учитывая неврологические показатели пациентов при МВТ. 1. показало стихание патологического процесса, развитие восстановления, возрождения - например завершение регенерации анатомической целостности повреждения структур - сращение переломов костей, мышц, связок. При использовании ЛФК, в дальнейшем при тестирования мышц – определяется равновесие, и стабильность сустава, появляется возможность развивать мышечные усилия без боли, получать количественные характеристики мышц 2. Увеличилась значимость социальной адаптации (показатели реактивной тревожности и субъективного состояния) и иммунитета.

Выводы По результатам анализа показателей качества жизни военнослужащих с признаками нарушения опорно-двигательного аппарата, нейропатиями и когнитивными расстройствами - установлено, что после реабилитации(ЛФК, иглорефлексотерапии, психологической поддержки), по сравнению с исходными данными, отмечается возрастание значимости психологического компонента в структуре факторов здоровья, у любой группы пациентов (показатели реактивной тревожности и субъективного состояния) и укрепление всей костно-мышечной системы, подготавливая ее к все возрастающим нагрузкам.

Хасанова Г.А., Хасанов С.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сальмонеллез – инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Salmonella*, которое особенно опасно для детей раннего возраста (до 5 лет) из-за их восприимчивости к инфекциям и высокой вероятности осложнений. Изучить клинико-эпидемиологические особенности сальмонеллеза у детей раннего возраста, вызванного различными штаммами *Salmonella*, а также оценить эффективность современных методов диагностики, лечения и профилактики инфекции. Для исследования были проанализированы клинические данные детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных с диагнозом сальмонеллез в инфекционные отделения детских больниц в период с 2023 по 2024 год. Всего в исследование было включено 120 пациентов, которые были разделены на подгруппы по возрасту (до 1 года, от 1 до 3 лет, и от 3 до 5 лет), степени тяжести заболевания и наличию осложнений.

Проведено анкетирование родителей для выяснения источников заражения (употребление зараженной пищи, контакт с животными).

Бактериологический посев кала — основной метод для выявления возбудителя *Salmonella*, применялся на первых этапах диагностики.

ПЦР — для подтверждения серотипа и исключения других возбудителей.

Результаты исследования. В ходе анализа клинических данных 120 детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных с диагнозом сальмонеллез, были получены следующие результаты:

Из 120 пациентов 30% (36 детей) были в возрасте до 1 года, 45% (54 ребенка) — от 1 до 3 лет, и 25% (30 детей) — от 3 до 5 лет.

Заболеваемость среди детей до 3 лет была выше, что подтверждает их уязвимость к инфекциям и повышенный риск осложнений.

Основными симптомами у всех возрастных групп были высокая температура (средняя температура 38,5°C), диарея (до 10 раз в сутки), рвота и боли в животе.

Дети в возрасте до 1 года демонстрировали более выраженные симптомы обезвоживания, такие как сухость кожи и слизистых оболочек, вялость и уменьшенное мочеиспускание.

Наибольшая частота тяжелых проявлений, таких как выраженная интоксикация и электролитные нарушения, отмечалась у детей младше 3 лет. В 85% случаев возбудитель *Salmonella* был выделен методом бактериологического посева кала, что позволило подтвердить диагноз на раннем этапе.

Метод ПЦР был использован у 40% пациентов для уточнения серотипа, что выявило преимущественно серотипы *Salmonella enteritidis* и *Salmonella typhimurium*.

Серологические исследования подтвердили наличие антител у 72% пациентов, что позволило подтвердить инфекцию у детей с сомнительной клинической картиной.

У 90% детей была проведена регидратационная терапия. У младших пациентов потребовалось внутривенное введение растворов, в то время как старшим детям проводилась пероральная регидратация.

Антибиотикотерапия (в основном цефалоспорины третьего поколения) применялась у 78% пациентов. Средняя продолжительность курса составляла 5–7 дней.

Улучшение состояния у большинства пациентов наблюдалось на 3–4 сутки лечения, а средняя продолжительность госпитализации составила 8 дней.

Осложнения в виде обезвоживания были зафиксированы у 25% детей младше 1 года и у 18% детей в возрасте 1–3 лет.

Летальных исходов не зафиксировано, однако у 15% пациентов наблюдалось затяжное восстановление с симптомами слабости и периодическим нарушением стула.

В 60% случаев инфекция была связана с употреблением потенциально зараженных продуктов (яиц, молочных продуктов).

В 15% случаев источником заражения стал контакт с больными детьми в дошкольных учреждениях.

Заключение: Результаты исследования показали, что дети раннего возраста подвержены более тяжелому течению сальмонеллеза и нуждаются в активной терапии для предотвращения обезвоживания и осложнений.

Хацко В.В., Шаталов С.А., Коссе Д.М., Страшко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЛАПАРОТОМНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Цель работы - уточнить показания к лапаротомным операциям при холедохолитиазе больших размеров (более 1,5 см) и оценить их возможности.

Материал и методы. Проведен анализ лапаротомного лечения 47 больных с крупным холедохолитиазом (ХДЛ), которые лечились в I хирургическом отделении РКБ им. М.И. Калинина за последние 5 лет. За это время малоинвазивные операции выполнены у 296 (86,3%) пациентов с крупным ХДЛ, лапаротомные – у 47 (13,7%). В группе больных с лапаротомными операциями женщин было 29 (61,7%), мужчин – 18 (38,3%) в возрасте от 26 до 82 лет. Для уточнения диагноза применяли методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), фиброхолангиоскопию.

Результаты. Лапаротомные операции (у 47 чел.) в клинике выполняли в случаях, когда было невозможно эндоскопически разрешить билиарную гипертензию: стенозы фатерова сосочка – у 10 (21,3%) чел., слишком крупные конкременты – у 13 (27,7%), вколоченные надсосочковые камни – у 9 (19,1%), грубая деформация двенадцатиперстной кишки – у 8 (17,0%), у пациентов после резекции желудка по Бильрот-II – у 2 (4,3%). Конверсию выполняли у 5 (10,6%) пациентов среди общего числа видеолапароскопических операций вследствие технических трудностей, обусловленных наличием плотного воспалительного инфильтрата в области шейки жёлчного пузыря и печёчно-двенадцатиперстной связки, что нарушало анатомические ориентиры.

В клинике проведены следующие вмешательства: холецистэктомия (ХЭ), холедохолитотомия (ХЛТ), наружное дренирование по Вишневскому – 11 (23,4%), ХЭ, ХЛТ, холедоходуоденостомия – 26 (76,6%). В среднем, длительность лапаротомной холедохолитотомии составила $137,8 \pm 33,2$ минут; холедохостому удаляли на $10,9 \pm 2,2$ сутки; активизация пациента происходила через $52,3 \pm 12,5$ часов; длительность болевого синдрома была в течение $7,2 \pm 1,7$ дней; количество осложнений после операции – 7 (14,8%); длительность госпитализации – $12,3 \pm 3,2$ дней; летальность – 1 (2,1%). Умер 1 пациент 80 лет от прогрессирования холангита и полиорганной недостаточности. Хороший эффект показало разработанное в клинике «Комплексное устройство для дренирования гнойных полостей» (патент UA №151146 от 30.12.2021г.).

Заключение. Лапаротомные операции у пациентов с ХДЛ больших размеров целесообразно применять при невозможности или безуспешности эндо- или лапароскопических методов лечения. Различные методы завершения лапаротомной холедохотомии следует не противопоставлять друг другу, а применять их индивидуально, в зависимости от особенностей конкретного случая и данных специальных методов исследования.

Холина Е.А., Иванова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА И РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Коморбидность ишемической болезни сердца (ИБС), субклинического гипотиреоза (СГТ) и расстройства адаптации (РА) существенно изменяет клиническое течение стенокардии.

Под нашим наблюдением находилось 306 больных ИБС (женщин 71,6%; мужчин - 28,4%), средний возраст которых составил $56,9 \pm 5,4$ года. У 107 больных ИБС протекала в сочетании с СГТ и РА (основная группа), у 199 - носила изолированный характер (группа сопоставления). Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

У больных основной группы по сравнению с группой сопоставления наблюдались особенности течения приступа стенокардии: одышка возникала соответственно в 34,0% и 23,4%, атипичная локализация боли – в 10,1% и 6,6% ($p < 0,05$), тошнота – в 5,5% и 3,4% ($p > 0,05$) случаев.

Количество типичных приступов стенокардии у больного основной группы в течение стационарного периода наблюдения в среднем составило $6,14 \pm 0,13$, по длительности в среднем – $2,83 \pm 0,14$ минуты ($p < 0,05$); в группе сопоставления соответственно $3,28 \pm 0,14$ и $1,23 \pm 0,09$ минуты ($p < 0,05$).

Разница в частоте и длительности приступов стенокардии находилась в зависимости от количества приёма нитратов в течение недели. В среднем количество приёма нитратов за период стационарного пребывания в основной группе составило $5,12 \pm 0,15$ таблеток, что на 47,6% (в 1,9 раза; $p < 0,05$) больше относительно группы сравнения – $2,68 \pm 0,13$ таблеток.

Таким образом, клиническая картина стабильной стенокардии напряжения, коморбидной с СГТ и РА, характеризуется наличием ангинального синдрома атипичного по интенсивности, частоте и локализации боли, а также по ее эквиваленту в виде одышки в сравнении с больными изолированной формой ИБС.

Характерной особенностью течения приступов стенокардии в основной группе было то, что в 56,0% случаев боль возникала во время физической нагрузки и вынуждала прекратить выполнение работы; эмоциональное напряжение (чувство тревоги, страха и диссомния) провоцировало эпизоды стенокардии в 40,4%, а курение только в 3,6% случаев.

В группе сравнения причиной развития приступа стенокардии были физическая нагрузка – 61,0% ($p > 0,05$); эмоциональное напряжение – 19,3% ($p < 0,05$) и курение – 19,8% ($p < 0,05$) встречались реже.

Таким образом, коморбидное течение ИБС, СГТ и РА изменяет традиционную клиническую картину стенокардии и проявляется атипичной локализацией боли, эквивалентами которой являются одышка или тошнота.

Холина Е.А., Иванова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Сочетанная кардиоэндокринная патология остается актуальной проблемой современной медицины. Под наблюдением находилось 306 больных хроническими формами ИБС (женщин – 71,6%; мужчин - 28,4%), средний возраст которых составлял $56,9 \pm 5,4$ года. У 107 больных ИБС протекала в сочетании с субклиническим гипотиреозом – основная группа, у 199 - ИБС носила изолированный характер – группа сравнения. Качество жизни пациентов оценивалось с использованием опросника «SF-36 Health Status Survey» (Ware J.E., 1992). Статистическую обработку полученных результатов осуществляли на персональном компьютере с помощью пакетов лицензионных программ Microsoft Exel и Statistica 6.0.

Сравнительный анализ данных анкетирования установил существенные различия между группами сравнения. Показатель, отражающий физическую активность (PF), был существенно ниже 100 баллов, медиана составила 62,0 [48,0;72,0] и 65,0 [50,0;76,0] соответственно в основной группе и группе сравнения, без статистически значимой разницы ($p > 0,05$). Показатель (RP), указывающий на физическое состояние, в основной группе имел тенденцию к увеличению ($p > 0,05$) относительно группы сравнения, что свидетельствует о незначительной роли физической боли в ограничении движения у этой категории больных, и составил 56,0 [46,0;68,0], в группе сравнения - 52,0 [50,0;70,0]. Болевой синдром характеризовался пациентами основной группы, как более интенсивный (BP) и был на 4,7% ($p < 0,01$) ниже, чем в группе сравнения - 61,0 [50,0;70,0] и 64,0 [48,0;71,0] соответственно. Полученные баллы имеют обратную связь, т.е. в основной группе боли более существенно ограничивали физическую активность больных. Оценка пациентами состояния здоровья (GH), в том числе по сравнению со знакомыми лицами, статистической разницы в группах не имела, медиана соответствовала 58 и 59 ($p > 0,05$). Жизнеспособность (VT) у больных основной группы была на 13,3% ($p < 0,05$) ниже, чем в группе сравнения, медиана составляла 52,0 [45,0;69,0] и 60,0 [50,0;70,0]. Социальная активность (SF) в основной группе была на 14,3% ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения, медиана составила 60,0 [47,0;70,0] и 70,0 [50,0;77,0] соответственно. Роль эмоциональных расстройств в ограничении жизнедеятельности (RE) у обследованных больных была значительно ниже 100 баллов, при этом в основной группе на 13,1% ($p < 0,001$) ниже группы сравнения и составила 56,0 [45,0;67,0] и 63,0 [54,0;76,0] соответственно. Психическое здоровье (MH) у больных основной группой было на 11,1% ($p < 0,001$) ниже, чем в группе сравнения - 56,0 [45,0;67,0] и 63,0 [54,0;76,0] соответственно. Таким образом, в основной группе показатели были статистически значимо ниже.

Храмова Е.Б., Юсупова Н.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРА

ЦЕЛЬ: провести анализ эпидемиологического профиля сахарного диабета 1 типа (СД1) у детей и подростков на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры (ХМАО—Югра) в период с 2017 по 2022 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: для оценки эпидемиологического профиля СД1 у детей и подростков применялись методы аналитической и статистической эпидемиологии, производилась оценка распространённости и заболеваемости, проведён анализ методов инсулинотерапии, структуры осложнений на фоне заболевания, способов самоконтроля, применяемых пациентами. Анализ данных проведен на основании деперсонифицированной базы данных Федерального регистра сахарного диабета и годовых статистических отчетов «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» в период с 2017 по 2022 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ: К 2017 году число детского населения в ХМАО-Югре составляло 426 650 детей и подростков, к 2022 году данная цифра увеличилась до 433 003, из них число детей и подростков с СД 1 типа составило 694 ребенка, распространённость СД1 на 2022 год - 160,2 на 100 тыс. детского населения, с впервые выявленным СД1 - 68 детей, заболеваемость составила 15,7 на 100 тыс. детского населения. Число мальчиков с СД1 превышало число девочек на 4,6% (в 1,1 раз). Наибольшее число детей с СД1 типа отмечалось среди подростковой группы - 37,1%. Средний возраст детей с СД1 составил $11,5 \pm 3,8$. Число детей со стажем заболевания менее 5 лет составило 421 (60,6%), со стажем заболевания более 5 лет - 273 (39,4%). К концу 2022 года 142 (20,4%) пациента получают помповую инсулинотерапию. Обеспечение расходными материалами к помпам осуществляется бесплатно для всей детской возрастной группы. 552 ребенка (79,5%) получают болюс-базисную терапию. По данным регистра у 495 (71,3%) детей не выявлено осложнений диабета, 199 (28,7%) детей имеют осложнения.

ВЫВОДЫ:

1. В динамике 2017–2022 гг. отмечается умеренный рост распространённости СД1 в детской возрастной группе с одновременным снижением заболеваемости, что может быть связано с увеличением числа детей и подростков с СД1 за счёт притока населения из других регионов.
2. Наибольшее число детей с СД1 отмечалось среди подростковой группы.
3. Более 50% детей и подростков в округе обеспечены и используют дополнительные методы самоконтроля гликемии.
4. В округе отмечается низкая смертность среди детей и подростков с СД1.

Храпкин Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ОСНОВНАЯ ОПОРА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Введение. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это совокупность действий и привычек, направленных на поддержание физического, психического и социального здоровья. В условиях современного общества, характеризующегося увеличением темпов жизни, высокими нагрузками и стрессами, ЗОЖ становится неотъемлемой частью общей стратегии по улучшению качества жизни. Основная опора ЗОЖ это физическая активность: занятие спортом, бег, плавание, танцы, активные игры, работа на даче и просто ходьба. Регулярная физическая нагрузка основа поддержания здоровья, укрепления иммунитета и профилактики хронических заболеваний.

Цель данной работы – изучить влияние физической активности на здоровье населения.

Методы и материалы. Применили аналитический и анкетный методы. В основу исследования положены данные официальных источников, таких как Министерство здравоохранения РФ, исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), научные статьи и экспертные мнения.

Результаты исследования. Провели опрос 110 человек разного возраста. Регулярно занимаются спортом 10% опрошенных в возрасте 18-30 лет. бегают по утрам или вечером 20%, посещают бассейн 12%, активные игры-11%, работают на даче 32%(40 лет и старше), прогулки на свежем воздухе и просто быстрая ходьба-45% (люди разного возраста), пользуются велосипедом, электровелосипедом-28%. Информированы об активном образе жизни 89%. Причины не соблюдения различные: лень-77%, загруженность учебной, работой-61%, плохое здоровье-34%, плохое настроение-32%. Правильный отдых у 36%.

Анализ заболеваемости показал те кто занимается регулярно физической активностью реже или не болеют вирусными болезнями, они не знают что такое депрессия и др заболевания.

Вывод. Здоровый образ жизни играет ключевую роль в укреплении здоровья и улучшении качества жизни как отдельного человека, так и общества в целом. В РФ реализуется комплексный подход к популяризации ЗОЖ, что создает условия для формирования здорового общества. Тем не менее, необходимы дополнительные меры, направленные на устранение барьеров, таких как нехватка времени, недостаток информации и доступности ресурсов для ЗОЖ. Внедрение ЗОЖ в повседневную жизнь каждого человека – это важный шаг к устойчивому развитию и повышению продолжительности жизни.

Христуленко А.А., Провизион П.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СТРЕСС У ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

В рамках студенческой научной работы был проведен опрос: выявить наличие стресса военного времени у учеников 11 классов МБОУ «Лицей №12 города Донецка» и предложить немедикаментозные рекомендации по его уменьшению.

Материалы и методы: 40 учеников 11 классов, проживающих в Донецке в зоне военного конфликта. Обучающие разделены на 2 группы: 20 человек – учеников 11 класса МБОУ «Лицей №12 города Донецка» (Калининский район города Донецка, считается «тыловым» районом) и 20 человек – учеников 11 класса МБОУ «Лицей №70 города Донецка» (Киевский район города Донецка, считается районом интенсивных обстрелов) Для определения состояния психоэмоциональной сферы и состояния когнитивных функций применялись детские тесты с балльной оценкой результатов.

Анализ ответов на вопросы анкеты показал похожие результаты среди учеников 11 классов лицеев 12 и 70. Впервые задумались о происходящей ситуации в городе Донецке дети еще в 2014г. Информацию о начале специальной военной операции 80% получили от родителей, 20 % из социальных сетей, реакцией у 90% была тревога и надежда на быстрое урегулирование конфликта. В настоящее время школьники отмечают растущее чувство тревоги и волнения за жизнь свою и близких, неуверенность в завтрашнем дне, страх. Ученики отмечают неудовлетворенность вынужденным изменением образа жизни: резким уменьшением контактов с друзьями, прогулок, не возможность посещать любимые спортивные секции, танцевальные коллективы и другие кружки. Резкое уменьшение привычных интересов, снижает настроение и соответственно уменьшаются успехи в учебе.

Таким образом по результатам исследования:

- Ухудшение самочувствия и настроения, вследствие военной ситуации в нашем городе у 90-100% учеников.

- Отсутствие уверенности в завтрашнем дне у 90% анкетированных.

- Уменьшение мотивации к учебе, затруднение в учебной деятельности, вследствие сложившейся ситуации у 100%.

Рекомендации для школьников по профилактике стресса в период СВО

• Соблюдение режима дня: важно составить его собственноручно, это повышает ответственность за его выполнение.

• Обязательные пункты режима дня:

о - диапазон времени утреннего подъема;

о - время на утренние процедуры: туалет, зарядка, умывание, завтрак;

о - время на уроки;

о - обед;

о - отдых;

о - выполнение домашних заданий;

о - свободное время;

о - диапазон времени отхода ко сну.

• Физические упражнения по обстановке (на улице, в доме, бассейне, спортзале)

• Дыхательная гимнастика

• Музыкотерапия, просмотр фильмов – комедии

• Питание: частое и дробное употребление здоровой пищи с целью обеспечения должного поступления витаминов и микроэлементов; снижение потребления поваренной соли, в том числе и скрытой (колбаса, сосиски и другие полуфабрикаты), рафинированных продуктов, ортофосфорной кислоты (газированные напитки), а также психостимуляторов и других психоактивных веществ, употребляемых подростками (например, энергетические напитки); ограничение потребления полуфабрикатов, фастфуда, которые содержат глутамат и аспарат.

Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Христуленко А.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКСИЛЯРНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Спондилоартриты (СПА; код по МКБ-10 — М46.8) — группа хронических ревматологических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями.

Основные положения рекомендаций по лечению аксиального спондилоартрита ASAS-EULAR 2022.

АкксПа являются потенциально тяжелыми заболеваниями, лечение которых требует мультидисциплинарного подхода под наблюдением ревматолога

Оптимально сочетанное применение нефармакологических и медикаментозных методов терапии АкксПа

Лечение нерентгенологического АкксПа проводится по тем же принципам, что и лечение АС (рентгенологический СПА)

Мониторинг заболевания при акксПа должен включать: историю заболевания (например, в виде заполненных вопросников); клинические проявления болезни; лабораторные показатели; визуализирующие методы рентгенография, магнитно-резонансная томография (МРТ) и др.]. Частота мониторинга рассчитывается индивидуально с учетом: клинических проявлений болезни; тяжести заболевания; особенностей лечения. Показатель активности (ASDAS) стал более подходящим инструментом для оценки активности заболевания у пациентов с анкилозирующим спондилитом (axSpA). Он рекомендуется для использования при наблюдении за этими пациентами

НПВС остаются первой линией медикаментозного лечения

Аналгетики, такие как ацетаминофен и морфиноподобные препараты могут быть рекомендованы в случае «потери» эффекта ранее проводимой терапии, наличия противопоказаний или плохой переносимости проводимого лечения

Глюкокортикоиды могут быть рекомендованы для локальной терапии. Доказательств эффективности системного применения глюкокортикостероидов при АкксПа получено не было. Они могут быть назначены в особых случаях: беременность, воспалительное заболевание кишечника, увеит

Пациентам с чисто аксиальными заболеваниями, как правило, не следует назначать препараты csDMARDs. Сульфасалазин может быть рекомендован пациентам с периферическими симптомами (артритом, теносиновитом, энтезитами), но не рекомендуется при заболеваниях осевого отдела позвоночника.

Определены критерии для начала терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) / таргетными синтетическими препаратами: поставленный ревматологом диагноз аксиального спондилоартрита и повышение СРБ или рентгенологический сакроилиит и неэффективность стандартной терапии и высокая активность ASDAS \geq 2.1 и Положительное мнение ревматолога

Определены показания для ГИБП и таргетных синтетических препаратов: ингибиторов фактора некроза опухоли (и-ФНО) и ингибиторов интерлейкина 1 (и-ИЛ17) или янус-киназ (JAK), текущая практика старт терапии с и-ФНО и и-ИЛ17. Рекомендации по выбору терапии: рецидивирующий увеит или воспалительные заболевания кишечника – предпочтительнее и-ФНО, значимый псориаз - и-ИЛ17.

Неэффективность терапии требует переоценки диагноза и учета существующей коморбидности.

При сохранении активности акксПа: (любое) переключение на другой ГИБП или таргетный синтетический препарат.

Снижение дозы ГИБП при устойчивой ремиссии (не рекомендовано для таргетных синтетических препаратов).

Христуленко А.Л., Киосева Е.В., Жидких Т.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ, КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ В ОРДИНАТУРЕ

Контроль является крайне важной составной частью обучения; при правильном использовании он может содействовать достижению конечных целей обучения. Нельзя переоценить важность принятия решений о том, как и когда проводить оценку знаний и умений ординаторов.

При проектировании и организации контроля необходимо получить ответы на вопросы:

- есть ли уверенность в том, что предлагаемые контрольные задания находятся в соответствии с изучаемым разделом предмета, насколько полно они его охватывают?
- насколько можно доверять результатам данного контроля?
- каковы аргументы в пользу того или иного вида контроля?
- какая форма контроля наиболее приемлема в данных условиях?
- является ли выявленный уровень усвоения материала приемлемым с точки зрения целей обучения?
- сколько времени требует качественный контроль?

Контроль знаний в ординатуре представлен текущим контролем знаний и умений, промежуточными аттестациями, государственной итоговой аттестацией

В осеннем семестре 2024-2025 учебного года уже прошли обучение по данной дисциплине 142 ординатора 23 специальностей. В конце изучения темы «Контроль знаний» был проведен анонимный опрос ординаторов, были заданы следующие вопросы:

- ü Обучались ли Вы на специалитете в ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России?
- ü Удовлетворены ли Вы объективностью контроля знаний на практических занятиях, итоговых занятиях, экзаменах в студенческие годы?
- ü Удовлетворены ли Вы объективностью контроля знаний в ординатуре?
- ü Какая форма контроля знаний предпочтительней? (устный ответ, письменный ответ, тестовый контроль)?
- ü Какие наиболее важные проблемы Вы видите в организации контроля знаний в Университете?

Анализ результатов опроса:

Выпускниками ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России являются 100% опрошенных ординаторов;

Удовлетворены объективностью контроля знаний на практических занятиях, итоговых занятиях, экзаменах в студенческие годы 72% ординаторов.

Удовлетворены объективностью контроля знаний в ординатуре 85 % ординаторов.

Считают лучшей формой контроля знаний: устный ответ - 48 % ординаторов, письменный ответ - 7% ординаторов, тестовый контроль – 45% ординаторов

Среди наиболее важных проблем в организации контроля знаний в Университете ординаторы выделяют:

- Ø Несоответствие контроля знаний преподаваемому материалу;
- Ø Несоответствие контроля знаний рекомендуемой литературе;
- Ø Фактические ошибки в тестах
- Ø Несоблюдение преподавателями положения (инструкции) по оцениванию учебной деятельности

Таким образом для повышения эффективности образовательного процесса в ординатуре нам предстоит большая работа по формированию фонда оценочных средств ординатуре, совершенствованию форм и методов контроля знаний

Хусаинов И.В., Вахобжонова Г.И., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ФАКТОРЫ РИСКА И ЭТИОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Актуальность. Основной заболеваемостью у детей до 18 лет является патология органов дыхания, число заболеваний которого изменяется в зависимости от времени года. Осложнения, вызванные пневмонией, требуют раннего выявления и лечения. В том числе профилактика и снижение количества смертей связанных с пневмонией у детей требует тщательного исследования.

Цель. Изучение и анализ клинического течения, осложнений пневмонии у детей, а также способы ранней диагностики заболевания с последующими алгоритмами лечения.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 20 детей (12 девочек - 60% и 8 мальчиков - 40%) в возрасте от 0 до 18 лет с различными формами пневмонии. В ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы. 1-я исследуемая группа, состоящая из 3 (15%) пациентов с пневмонией наблюдалось течение заболевания с осложненным кардитом, энтеритом, острой анемией. 2-я исследуемая группа, состоящая из 17 (75%) пациентов, наблюдалось неосложненная форма заболевания. В ходе данного исследования использовались общие, анамнестические, биохимические, клинико-инструментальные исследования (ЭКГ, Эхо КГ, рентгенография органов грудной клетки).

Результаты. При сравнении клинической симптоматики пациентов, симптомы заболевания у 1-й группы (признаки дыхательной недостаточности, гипертермический синдром, боль в груди, снижение аппетита, общая слабость, кашель) были более выражены, чем у больных 2-й группы. Пациент с осложнением кардит наблюдалось ухудшение состояния с выраженной тахикардией, гипертрофией, постоянными болями в области грудной клетки, приглушением тонов сердца. У больного с осложненной пневмонией энтеритом наблюдались запоры, тошнота, расстройства пищеварения, а также у пациента с острой анемией наблюдалось слабость, изменение цвета тела, снижение памяти.

Для улучшения эффекта от лечения исследуемой группе были назначены такие препараты как: Цефатаксин, Амброксол, Мукалтин, Циклоферон.

Выводы. Использование специфических препаратов, таких как Цефатаксин, Амброксол, Мукалтин и Циклоферон, продемонстрировало положительный эффект в лечении пневмонии и связанных с ней осложнений. Данные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии пневмонии у детей, а также важность профилактических мероприятий для снижения заболеваемости и смертности от этого заболевания. Рекомендуется дальнейшее исследование для оптимизации алгоритмов лечения и улучшения исходов у детей с пневмонией.

Цатурян Л.Д., Товмасын В.Э.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь

ГЕННЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО РЕГИОНА

Генные полиморфизмы системы гемостаза определяют риск развития тромбофилии, которая приводит к повышенной склонности к формированию патологических внутрисосудистых венозных или артериальных тромбозов (Colucci G. et al., 2020), а также определяют риск геморрагических осложнений, что повышает вероятность развития кровотечений (Robinson KS. et al., 2019). Вышеописанные состояния тромбоцитарно-плазменного гемостаза являются следствием множественных взаимодействий генов и/или окружающей среды, что может привести к тромбо-геморрагическим осложнениям в молодом возрасте (Gaddh M. et al., 2021).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей генного полиморфизма системы гемостаза у здоровых юношей и девушек, проживающих на территории Северо-Кавказского региона.

Оценка генетического полиморфизма системы гемостаза проводилась среди студентов, относящихся к Индо-Европейской (31 девушка и 32 юноши) и Северо-Кавказской (29 девушек и 30 юношей) языковым семьям.

Методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) с детекцией в режиме реального времени на детектирующем амплификаторе «ДТпрайм» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) с использованием реагентов «R1-N901-N3/4, КардиоГенетика Тромбофилия» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Основа данного метода заключалась в многократном удвоении определённого участка ДНК при помощи ферментов в искусственных условиях (*in vitro*). Определялись мутации плазменных факторов свертывания (Ф1, Ф2, Ф5, Ф7, Ф13), мембранных рецепторов тромбоцитов семейства интегринов (ITGA2-A2-интегрин –рецептор к коллагену и рецептор фибриногена – ITGB3-интегрин), а также эндотелиального антагониста тканевого активатора плазминогена (PAI-1).

У девушек обеих языковых семей достоверно чаще наблюдались мутации Ф7 и PAI-1 в сравнении с юношами. Тогда как среди юношей достоверно чаще выявлялись мутации Ф13. При этом, в большинстве случаев преобладал гетерозиготный вариант наследования полиморфизма системы гемостаза. Так, среди юношей гомозиготный вариант встречался только в 2% случаев по гену ITGA2-A2, а среди девушек гомозиготный вариант выявлен в 2% случаев по генам Ф13A1, Ф1, ITGA2-A2 и в 10% случаев в гене PAI-1.

Исследование генетических полиморфизмов системы гемостаза с учетом гендерной и этнической принадлежности установило более выраженную частоту встречаемости мутаций системы гемостаза в группах девушек Северо-Кавказской языковой семьи и юношей Индо-Европейской языковой семьи. При этом, в выборке девушек Северо-Кавказской языковой семьи установлено преобладание мутаций генов, кодирующих Ф7 и PAI-1, тогда как в группе юношей Индо-Европейской языковой семьи превалирует мутация гена, кодирующего Ф13.

Цибрий К.С., Золотухин С.Е., Добродомова Н.Б., Мазниоглов А.В.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПОЛИАРТРИТЕ, ВЫЗВАННОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Актуальность темы. При системной красной волчанке (СКВ) возникает симметричный полиартрит преимущественно мелких суставов. Наряду с поражением сухожильно-связочного аппарата суставов в патогенез включаются мышцы. Со временем в суставах формируются подвывихи, сгибательные контрактуры, реже костно-хрящевая деструкция. В синовиальной оболочке развивается воспалительный процесс, который определяет клиническую картину суставной патологии и является движущей силой ее прогрессирования.

Цель исследования – определить значение эндогенной интоксикации в патогенезе системной красной волчанки.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 63 больных СКВ в возрасте от 16 до 57 лет (в среднем $34,1 \pm 1,3$ лет), среди которых было 5 (7,9%) мужчин в возрасте $29,0 \pm 4,7$ лет и 58 (92,1%) женщин в возрасте $34,6 \pm 1,4$ лет ($t=1,1$, $p=0,3$). Длительность манифестации заболевания составила $10,0 \pm 0,1$ лет, подострое течение СКВ констатировано в 12 (19,1%) наблюдениях, хроническое – в 80,9%), минимальная степень патологического процесса имела место в 14 (22,2%) случаях, умеренная – в 25 (39,7%), высокая – в 24 (38,1%). Поражение суставов отмечено у 100% от общего числа обследованных пациентов.

Методы исследования. Определен характер изменений маркеров эндогенной интоксикации (ЭИ): продуктов перекисного окисления липидов, небелковых азотистых соединений, МСМ разных фракций, токсичных микроэлементов – МЭ, у больных с полиартритом при СКВ с разным клиническим течением заболевания.

Результаты собственных исследований. Установлено, что синдром эндогенной интоксикации развивается у 73% от числа больных волчаночным полиартритом. Его выраженность зависит от степени активности заболевания, поражения почек, печени, легких, наличия асептических остеонекрозов, легочной гипертензии, АФЛС, концентрации АДНК и АКЛ. Синдром эндогенной интоксикации проявляется повышением в крови активности ксантиноксидазы, концентрации нитритов, фракций МСМ и свинца. Высокую степень активности СКВ отражают: ИИИ $>1,4$ баллов, IgG-ЭТА >500 103 у.е. и Sr >90 мкг/л. У больных с волчаночным полиартритом концентрация антител к эндотоксину грамотрицательной кишечной флоры – IgG-ЭТА и IgM-ЭТА превышает показатели здоровых людей в 2,6 раза ($p < 0,001$) и на 23% ($p < 0,001$). Она имеет прогностическое значение и зависит от степени активности патогенетического процесса, содержания АКЛ, наличия и тяжести асептических остеонекрозов, поражений суставов, почек, печени, нуклеотидной фракции МСМ, межфазной активности в зоне средних времен существования поверхности сыворотки, параметров аммонемии и урикемии. Величина эндотоксического индекса тесно связана с концентрацией антинуклеарных антител (АНФ, АДНК), небелковых азотистых продуктов, фракций МСМ и стронция. На азотемию и почечную недостаточность указывает величина ЭТИ $>4,3$ у.е. У больных с волчаночным полиартритом концентрация токсичных микроэлементов – лития и свинца превышала показатели здоровых людей в 2,7 раза ($p < 0,001$) и на 77,0% ($p < 0,001$). Интегральное состояние микроэлементоза имеет прогностическое значение и достоверно зависит от возраста пациентов, длительности манифестации и степени активности патологического процесса, тяжести поражения печени, клапанов сердца, нарушений возбудимости миокарда и диастолической функции левого желудочка. Концентрация бария, лития, стронция достоверно коррелирует с ядерными аутоантителами – АНФ, АДНК, АКЛ и ЭТИ, что указывает на роль этих токсических микроэлементов в механизмах аутоиммунного процесса и эндогенной интоксикации. Эндогенная интоксикация связана и достоверно определяет степень активности системной красной волчанки. Она влияет на появление антинуклеарных антител (АНФ,

ФДНК), асептических остеонекрозов, серозитов, нефрита, АФЛС и легочной гипертензии. По данным ANOVA/MANOVA, продукты перекисного окисления липидов участвуют в патогенезе поражения сердца и легких, азотистые соединения – в поражении лимфоузлов и почек (чем замыкается порочный круг), МСМ – в появлении остеонекрозов, поражении серозных оболочек и скелетных мышц. Токсические микроэлементы участвуют в развитии алопеции и патологии периферической нервной системы.

Чайка В.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

Актуальность. Преэклампсия – одно из наиболее грозных осложнений беременности. Данное состояние характеризуется резким повышением артериального давления и уровня белка в моче, что в свою очередь может привести к ограничению кровоснабжения плаценты, и при несвоевременной профилактике и лечения может привести к гибели как матери, так и плода.

Цель. Определить оптимальные методы профилактики преэклампсии у беременных.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ГБУ ДНР РКБ им. М.И. Калинина. Проанализированы данные медицинской документации (истории болезни) 40 пациентов за 2023-2024 гг. Все пациенты были разделены на 4 группы. 1 группа в качестве профилактики преэклампсии принимала ацетилсалициловую кислоту в малых дозах – 75-160 мг (11 пациентов – 27,5 %), 2 группа – дипиридамол (12 пациентов -30 %), 3 группа – кальций (10 пациентов – 25 %), 4 группа – не принимала профилактические препараты преэклампсии (7 пациентов – 17,5 %). Всем пациентам проведено комплексное обследование, которое включало: контроль артериального давления, оценка системы гемостаза (уровень фибриногена в крови, АЧТВ, протромбин, тромбиновое время), контроль общего анализа мочи (содержание белка), проведение ТКДГ сосудов головного мозга.

Результаты и обсуждение. В 1 группе у 2% пациентов в общем анализе мочи было обнаружено повышение содержания белка до 0,132г/л, у 1,5% пациентов - подмечено наличие отеков нижних конечностей. У пациентов 2 группы (7,5% пациентов) было зафиксировано повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст. У пациентов 3 группы в 5% случаев) было обнаружено повышение артериального давления до 145/90 мм рт.ст.. В 4 группе было выявлено повышение артериального давления до 145/90 мм рт.ст. (5,5% пациентов), наличие отеков нижних конечностей (10%пациентов), в общем анализе мочи – повышение количества белка до 0,3 г/л (12% пациентов). В результате инструментального метода обследования (транскраниальной доплерографии) у всех 4 групп не было обнаружено патологических изменений.

Так же в 3 и 4 группе отмечались жалобы, которые указывают на общемозговую симптоматику (общая слабость – 5% пациентов из 3 группы, 15% пациентов из 4 группы и головная боль – 20% из 4 группы пациентов).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что важность проведения профилактики преэклампсии у беременных неотъемлемая часть контроля данного периода. Благодаря применению фармакотерапии можно уменьшить частоту приступов преэклампсии. По результатам исследования большую эффективность продемонстрировал препарат профилактики преэклампсии – ацетилсалициловая кислота в малых дозах. Поскольку преэклампсия может протекать без выраженных симптомов, важно регулярно проходить диагностические осмотры и плановые анализы.

Чайка Н.В., Победенная Г.П., Бисов А.С., Вагина Ю.И.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Внебольничная пневмония (ВП) – инфекционное заболевание дыхательных путей, тяжесть течения и исходы которого зачастую определяет коморбидность. Среди таких коморбидных состояний, утяжеляющих течение ВП, рассматривают субклинический гипотиреоз (СГ). Неманифестно проявляющееся клиническое течение СГ остается длительно не распознанным в клинической практике, но изменения в организме, вызванные СГ, могут значительно осложнить течение ВП и ухудшить ее исходы за счет влияния на выраженность системного воспаления.

Цель исследования - изучить показатели системного воспаления у пациентов с внебольничной пневмонией, сочетанной с субклиническим гипотиреозом.

Материал и методы. Наблюдали 100 больных, сред которых -32 с ВП, сочетанной с СГ (основная группа), 68 – ВП без СГ (группа сравнения) , в т.ч. женщин было 56 (56%), мужчин – 44 (44%). В контрольную группу включили 34 практически здоровых донора такого же возраста и пола. Все исследованные были в возрасте $37,4 \pm 3,3$ года. Диагностику ВП, СГ и лечение больных осуществляли соответствии с клиническими рекомендациями. У всех пациентов с ВП, наряду с рутинными лабораторными и инструментальными обследованиями, принятыми для обоих заболеваний, определяли концентрацию С-реактивного белка (СРБ), ферритина, концентрацию метаболитов оксида азота NOx и уровень «средних молекул». Для исследования системы перекисное окисление липидов (ПОЛ) – антиоксидантная защита (АОЗ) определяли концентрацию малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгат (ДК) и активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты. Исходный показатель СРБ у больных основной группы превышал референтную норму в 6,2 раза ($p < 0,001$) и аналогичные значения пациентов группы сравнения – в 1,2 раза ($p < 0,05$). Начальный уровень ферритина у больных основной группы был выше, чем у практически здоровых, в 2,9 раза ($p < 0,001$) и выше, чем в группе сравнения, – в 1,5 раза ($p < 0,01$).

Исходные концентрации МДА и ДК у пациентов основной группы были соответственно в 4,0 раза ($p < 0,001$) и в 2,4 раза ($p < 0,001$) выше, чем референтная норма, и чем таковые в группе сравнения - в 1,3 раза ($p < 0,05$). Уровни активности ферментов АОЗ каталазы и СОД в начале наблюдения у больных основной группы существенно не отличались от таковых у практически здоровых. Такое дисбаланс состояния ферментов ПОЛ и активности АОЗ можно оценить как оксидативный стресс.

У больных ВП в ассоциации с СГ исходное содержание NOx в сыворотке крови в начале исследования было повышенным в 2,2 раза ($p < 0,05$) от таковой в группе сравнения, что оценено как нитрозивный стресс. У больных основной группы концентрация в сыворотке крови СМ в начале наблюдения превысила условную норму в 2,7 раза ($p < 0,01$), и таковую в группе сравнения в 1,4 раза ($p < 0,01$) как проявление синдрома эндогенной метаболической интоксикации.

Выводы. Таким образом, у больных ВП в ассоциации с СГ были выявлены системное воспаление с увеличением СРБ, уровня ферритина в крови, оксидативный и нитрозивный стрессы, синдром эндогенной метаболической интоксикации с увеличением уровня в крови СМ с наибольшими величинами, чем у пациентов с ВП без СГ. Данный факт следует учитывать в диагностике и лечебных подходах больных с коморбидностью ВП и СГ.

**Чайковская И.В., Кондратьев П.А., Соболева А.А., Комаревская Е.В.,
Шibaева В.О., Хузин С.В.**

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

Введение: структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает третье место после кариеса зубов и пульпита. В возрастной группе 25-47 лет доля такой формы осложненного кариеса достигает 50%.

Цель исследования: изучить видовой состав микробных ассоциаций персистирующих систему корневого канала при хроническом фиброзном периодонтите.

Материал и методы исследования: в работе представлены результаты наблюдения 30 пациентов с хронической формой фиброзного периодонтита в возрасте от 20 до 45 лет.

До начала исследования соответствующий зуб изолировался от полости рта с помощью коффердама. Далее формировали доступ к корневым каналам без использования антисептических и дезинфицирующих средств. Длину корневого канала измеряли при помощи апекс-локатора до апикального отверстия, фиксируя ручным инструментом «K-file» размером №15 с силиконовым фиксатором. Забор содержимого из корневых каналов проводили бумажным стерильным штифтом №20 в стерильную транспортную среду. Материал доставляли в бактериологическую лабораторию в течение двух часов после взятия содержимого с наружной поверхности корня зуба в стерильной посуде для устранения контаминации посторонней микрофлорой.

Результаты исследования: данные показывают, что в системе корневых каналов у всех обследованных пациентов с установленным диагнозом хронический фиброзный периодонтит обнаружены представители как аэробной, так и анаэробной флоры.

Микробиота системы корневых каналов представлена 21 представителями микромира, что свидетельствует о пестроте и разнообразии микробных ассоциаций, которые представлены от максимума к минимуму.

Все выделенные микроорганизмы, являются обитателями нормальной микрофлоры, однако по частоте обнаружения и увеличению удельного веса, лидирующие позиции в системе корневых каналов занимают аэробные и факультативно анаэробные, а также незначительно анаэробные ассоциации, что свидетельствует о смешанном типе микробиоты. *Staph. aureus* 52,5±3,5. *Staph. haemolyticus* 52,4±4,71, *Str. sanguis* -43,8±4,37, *Peptostreptococcus* spp. - 42,9±4,19, *Prevotella intermedia*- 45,71±4,21, *Actinobacillus actinomycetem comitans*-42,76±4,14, *Corynebacterium* spp. - 39,3±3,4. Не менее значимую позицию занимают клинически значимые микроорганизмы, относящиеся к неспорообразующим анаэробам *Fusobacterium* spp.- 31,43±3,91 и *Bacteroides* spp - 26,4±3,2.

Данные микроорганизмы, ферментируют многие углеводы и разлагают пептоны, вызывая синдром эндогенной интоксикации при иммунодефицитных состояниях. Увеличение удельного веса выделенных микроорганизмов свидетельствует о дальнейшем утяжелении воспалительного процесса и перехода в более тяжёлое состояние дисбиоза.

Минимальный уровень удельного веса микроорганизмов у пациентов с хроническим фиброзным периодонтитом зафиксирован по *Candida* spp. и *Enterococcus faecalis*, которые составили по 7,2±1,9, *Peptostreptococcus* spp - 19,6±2,8, *Neisseria* - 17,1±2,7 также выявлены в системе корневых каналов, что свидетельствует о нарушении эубиоза и перехода в состояние дисбиотического процесса.

Выводы: Система корневого канала при хроническом фиброзном периодонтите представлена 21 представителем различных родов и видов микромира как с облигатно-анаэробным, так и со смешанным типом дыхания, а также выделены строго анаэробные формы патогенов. Обнаружены колонии кокков, в основном стрептококков, анаэробных микроорганизмов, а также дрожжеподобных грибов, что, собственно говоря, и является доказательством этиологической роли микроорганизмов не только в инициации, но и в поддержании процесса при периодонтите.

Чебалина Е.А., Салоникиди А.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАКЦИНИРОВАННЫХ И НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ COVID-19

В марте 2020 года ВОЗ объявила коронавирусную инфекцию пандемией «Ковид-19».

Массовая добровольная вакцинация в Российской Федерации началась осенью 2020 г.

Нами проведен ретроспективный сравнительный анализ вакцинированных и не вакцинированных пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, лечение которых завершилось гибелью пациентов. Пациенты для исследования набирались ретроспективно, методом свободной выборки. В настоящее исследование вошли 193 пациента, 57 (29,5%) из которых вакцинированные и 136 (70,5%) не вакцинированы. Сроки поступления в стационар вакцинированных пациентов более поздние в сравнении с не вакцинированными. Более 63% вакцинированных пациентов поступали в сроки более 15 дней, в то время как 50% не вакцинированных пациентов госпитализировались на 7-14 дни болезни и только 37% позднее 15 дня болезни. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах одинаковое. Возраст умерших вакцинированных пациентов в большей степени старческий (84,2%), небольшое число пожилых (12,3%) и незначительное количество (7%) пациентов среднего возраста. Непривитые пациенты в равной степени отмечался как старческий (33,8%), пожилой (30%) и средний возраст (24,3%). Основная масса больных коронавирусной инфекцией обеих групп поступали в стационар с тяжелой (соответственно 42% и 42,6%) и средней степенью (49% и 45,6%) тяжести. Преобладающее количество умерших вакцинированных пациентов имели значительное количество фоновых заболеваний в количестве 5 и более (63,2%) и 2 раза меньше с 3-4 фоновыми заболеваниями (36,8%). У не привитых умерших пациентов отмечается небольшое число пациентов с отсутствием фоновых заболеваний (8,1%) и с небольшой разницей между количеством фоновых заболеваний 1-2, 3-4 и более 5 (соответственно 23,5%, 30% и 38%). Характер фоновых заболеваний в обеих группах значительно не отличается. По данным динамики лабораторных показателей, в обеих группах (вакцинированных и невакцинированных) на момент поступления отмечалась коагулопатия с повышением уровня D-димера и показателей ПТВ, а также неспецифический фактор воспаления С-реактивный белок. Таким образом уровень повышения D-димера у вакцинированных пациентов почти в 2 раза ниже, чем в группе не вакцинированных (соответственно $394,5 \pm 101,1$ и $679,9 \pm 142,7$); и СРБ (соответственно $167 \pm 40,1$ и $284 \pm 78,3$); показатели ПТВ также имели различия (соответственно $16,1 \pm 1,1$ и $19,7 \pm 1,2$). У привитых пациентов в большинстве случаев возникало 1-2 осложнения (56,1%) реже 3-5 осложнений (31,6%); у не вакцинированных больных чаще возникало 6 и более осложнений (46,3%) и 3-5 осложнений (39,7%), пациенты с 1-2 осложнениями практически не встречались (4,8%). Невакцинированные больные, в более короткие сроки после госпитализации переводились в ОРИТ, чем вакцинированные. Характер осложнений заболевания, приведших к смерти пациента в группе вакцинированных и не вакцинированных пациентов, не отличается, однако у пациентов, получивших вакцинацию количество осложнений значительно меньше, чем у пациентов без вакцинации. В два раза реже возникали ОРДС, различная патология со стороны ССС, ОНМК. А также у привитых пациентов почти не наблюдались тромбозы, в два раза реже возникали ОРДС, различная патология со стороны ССС, ОНМК.

Выводы: несмотря на то, что финал у всех пациентов был летальный, пациенты, получившие вакцинацию от коронавирусной инфекции и умершие от нее – это, в основном, больные старческого возраста с большим количеством фоновых заболеваний и очень поздно обратившиеся за медицинской помощью.

Ченцова И.О., Иванова О.В., Божко И.Ю., Вовнянко А.В., Лащенко Ю.Р.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЙ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Тяжелые металлы и металлоиды (ТМ) являются неотъемлемыми элементами земного шара и стойкими загрязнителями окружающей среды. Воздействие ТМ на человека происходит различными путями, включая вдыхание воздуха, попадание в загрязненную воду или почву или через пищевую цепочку. Их биоаккумуляция может приводить к разнообразным токсическим эффектам, в том числе и к неспецифическому проявлению (влияние на показатели соматической патологии). В научной литературе освещены разнообразные факторы риска болезней крови и кроветворных органов: нарушения обмена веществ, инфекционные и аллергические заболевания, нерациональное питание, наследственность и др. Однако недостаточно внимания в развитии данной патологии уделено экологическим факторам и последствиям стресс-индуцированных состояний.

Целью работы выступает оценка неспецифического влияния тяжелых металлов на распространенность и заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов у подростков техногенного региона, в том числе в условиях последствий военного и эпидемического дистресса.

Материалы и методы. В качестве объекта окружающей среды нами была выбрана почва г. Донецка, а в качестве модели загрязнения – концентрация 12 ТМ. Выполнен расчет анализа уровней распространенности и заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов среди подросткового населения с учетом половых различий по всем районам и группам районов в сравнении со среднегородскими показателями в течение 5-ти временных периодов.

Результаты и обсуждение. Наибольшие показатели как распространенности (достоверно), так и заболеваемости (тенденция) анализируемой патологией в довоенный период определялись в самом загрязненном районе Б., а также районах Ка. и Ки., наименьшие – в районе Пр., контрольном районе В. и районах, в дальнейшем подвергшихся обстрелам, тогда как на протяжении всех военных периодов максимальные уровни были характерны для 2-х районов – Пр. и Ка., минимальные – в районе Б. и районах из зоны военного конфликта. Противоположная динамика уровней патологии в близлежащих районах (Б. и Пр.; Ки. и Л.; Кир., Ку. и П.). В целом отмечается четкая тенденция к росту уровней патологии в военные периоды, наиболее выраженная начиная с III периода, обратная зависимость наблюдается в районах Б. и Л. В последние два периода значимое снижение показателей определяется в районах В., Ки., Ку. и П. Гендерные различия характеризуются превалированием уровней патологии у девушек над юношами. Установлена достоверная связь распространенности патологии с концентрацией стронция (у подростков $R=0,717$, у юношей $R=0,747$; у подростков и юношей показатель Спирмена= $0,704$; у подростков, юношей и девушек $T_{\text{таи}}=0,596$, во всех случаях $p < 0,03$), меди (у подростков $R=0,748$, $p < 0,03$, у девушек $R=0,823$, $p < 0,006$), фосфора (у подростков $R=0,883$, $p < 0,02$, у юношей $R=0,793$, $p < 0,03$, у девушек $R=0,882$, $p < 0,02$) и свинца (показатель Спирмена у подростков= $0,750$, у девушек= $0,715$, $p < 0,03$). Отмечена значимая связь заболеваемости патологией с содержанием в почве меди (у подростков $R=0,725$, $p < 0,001$, у юношей $R=0,727$; у девушек $R=0,664$, $p < 0,03$; у подростков $T_{\text{таи}}=0,596$, $p < 0,03$, у юношей $T_{\text{таи}}=0,671$, $p < 0,01$; у юношей показатель Спирмена= $0,745$, $p < 0,03$) и кадмия (у девушек $R=0,660$, $p < 0,03$). Выполненные исследования подтверждают неблагоприятное неспецифическое действие ТМ на уровни распространенности и заболеваемости подростков экокризисного региона болезнями крови и кроветворных органов. С началом локального военного конфликта ведущими факторами риска анализируемой патологии становятся военный и эпидемический дистресс. Последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное влияние ТМ и обусловили рост патологии крови и кроветворных органов.

Червоня О.Я.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ДНР», Донецк

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ СТАРОБЕШЕВСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Теплоэлектростанции являются основным источником выработки электроэнергии для любой развивающейся страны. На крупном энергетическом предприятии работает несколько тысяч человек, которые подвергаются воздействию неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. Условия труда работников основных профессий на предприятиях теплоэнергетики характеризуются многофакторным воздействием производственных вредностей в различных их сочетаниях, неодинаковой интенсивностью в зависимости от сезонности, аварийности, внедрения новых технологий.

Цель. Оценить влияние условий труда на заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих основных профессий теплоэлектростанции.

Материалы и методы. Источником информации о предприятии, осуществляющем выбросы загрязняющих веществ, и перечне выбрасываемых химических соединений послужили отчетные формы «2-ТП Воздух», показатели подфакельных исследований промышленной лаборатории Старобешевской теплоэлектростанции (ТЭС) за 2010 – 2020 годы. Уровень заболеваемости, её структура и распределение по стажевым группам изучалась по листкам нетрудоспособности за 2010-2020 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена с применением программы «Medstat».

Результаты. Старобешевская ТЭС выбрасывает в атмосферу до 123734,06 тонн/год вредных веществ, из которых твердые составляют 55851,16 (45,1%) и газообразные – 67882,73 тонн/год (54,9%). В составе ТЭС находятся котельный и турбинный цеха, цех, топливоподачи, централизованного ремонта и другие вспомогательные производства.

Среднесменные концентрации взвешенных веществ на рабочих местах турбинного цеха варьировали по периодам года от 0,28 до 0,67 долей ПДК. Среднесменные концентрации диоксида серы в воздухе производственных цехов ТЭС варьировали в пределах от 0,01 до 0,22; диоксида азота - от 0,02 до 0,62; оксида углерода - от 0,125 до 0,38 ПДК воздуха рабочей зоны. Среднесменные концентрации взвешенных веществ на рабочем месте машиниста топливоподачи составляли в холодный период года 11,0 мг/м³, в теплый – 13,0 мг/м³, что превышало ПДК воздуха рабочей зоны соответственно в 1,83 и 2,16 раза. Среднесменные концентрации взвешенных веществ в холодный период в воздухе рабочей зоны котельного цеха превышали ПДК в 1,09 - 1,7 раза.

Общий показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) работающих составил в среднем 60,6 на 100 рабочих. Основной вклад в формирование заболеваемости работающих на ТЭС вносили болезни органов дыхания, доля которых в структуре общей заболеваемости составляла 50,1% (острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей - 17,76%, острый и хронический бронхит - 6,74%, острый и хронический фарингит - 5,90%). Второе место занимали болезни органов пищеварения, на долю которых приходилось 6,2% в структуре ЗВУТ. На третьем месте были болезни нервной системы, составившие 5,8% от общей заболеваемости.

С помощью дисперсионного анализа определена доля влияния фактора условий труда (запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны) на заболеваемость с временной утратой трудоспособности болезнями органов дыхания у работающих в основных производственно-профессиональных группах на предприятии теплоэнергетики: она составила 61,0% ($p \leq 0,05$).

Вывод. Таким образом, вредные условия труда оказывают статистически значимое влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников основных профессиональных групп на предприятии теплоэнергетики.

Черных С.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ СЛУЖБЫ КРОВИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Анализ данных статистики показал негативное влияние военных событий, экономических и социальных условий на Донбассе на показатели службы родовспоможения: отмечается снижение количества родов в 2,7 раза, ухудшается состояние здоровья женщин репродуктивного возраста (38 % беременных страдают анемией, 30,7% имеют инфекции мочевыводящих путей, 9,3% – заболевания щитовидной железы); отмечается увеличение частоты акушерской патологии (числа осложненных и преждевременных родов в 1,5 раза, количества замерших беременностей, антенатальной гибели плодов на 30 %, случаев преэклампсии в 6 раз, числа кровотечений в послеродовом периоде в 2,5 раза, что потребовало в 3 раза больше переливаний компонентов донорской крови), более, чем в 1,5 раза увеличилась частота родоразрешения путем операции кесарево сечение.

Цель. Осветить значение службы крови в перинатальном центре на основании тридцатилетнего опыта работы.

Материалы и методы. В 1994 г. в нашем перинатальном Центре была создана централизованная система оказания всех видов трансфузиологической помощи – отделение гравитационной хирургии крови (ныне – отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции), основными направлениями работы которого являются организационные и клинические вопросы трансфузионной медицины в акушерстве и гинекологии, что позволяет своевременно применять современные методы коррекции гомеостаза в плановых и неотложных ситуациях.

Результаты. В чрезвычайных ситуациях работа службы крови сопряжена с рисками нехватки донорской крови, усугубляющими связанные с гемотрансфузией риски мирного времени (обстрелы, миграция населения, резкое сокращение числа доноров, кадровый дефицит, последствия пандемии и др.). За время работы отделения экстракорпоральных методов гемокоррекции десяткам тысяч пациенток выполнено более 100 тыс эфферентных и неэфферентных операций: плазмаферез, плазмосорбция, фотомодификация аутокрови, озонотерапия, экстракорпоральная фармакотерапия; более, чем 4 тысячам беременным женщинам заготовлено около 1500 л их собственной плазмы. Трансфузиологические методы гемокоррекции включались в комплексную интенсивную терапию различных патологических состояний, основными показаниями для эфферентной терапии являлись тяжелая эндогенная интоксикация, гемокоагуляционные нарушения, ССВО, синдром полиорганной недостаточности. Из больных, пролеченных в отделении реанимации и интенсивной терапии, около 15 % – с болезнью критических состояний, число выполненных эфферентных методов пациенткам этого отделения увеличилось в 2,3 раза по сравнению с показателем довоенного времени, применение их способствовало сокращению периода критических проявлений, снижению перинатальной заболеваемости и смертности в 2-3 раза; профилактике развития полиорганных нарушений. С 2014 года в 2 раза чаще стала заготавливаться беременным и применяться в родах аутологичная плазма, таким образом, в условиях экономической и транспортной блокады, аутоплазмодонорство еще раз подтвердило свою целесообразность.

Выводы. В сложившейся неблагоприятной обстановке современные трансфузиологические технологии являются эффективной мерой улучшения исходов беременности и родов для матери и плода.

Черных С.В., Верешко Е.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЮНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Несмотря на то, что дисплазия соединительной ткани (ДСТ) не является противопоказанием для беременности и родов, она осложняет течение гестационного процесса, поскольку может спровоцировать декомпенсацию сопутствующей соматической патологии, а также развитие акушерских осложнений. Ввиду роста частоты наступления беременности у девочек-подростков и широкой распространенности у них ДСТ, представляет практический интерес разработка патогенетически обоснованной тактики ведения беременности и ранней профилактики гестационных осложнений у юных беременных.

Цель. Определить частоту акушерских осложнений у юных беременных с клиническими проявлениями ДСТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации несовершеннолетних беременных: 226 беременных с клиническими проявлениями ДСТ (группа 1) и 142 – без признаков ДСТ (группа 2). Критерии включения: возраст беременных до 18 лет (общие); наличие у юных беременных не менее пяти признаков внешних и висцеральных фенотипических проявлений ДСТ (для группы 1). Критерии исключения (общие): хромосомные и генные аномалии, нейроэндокринные синдромы, антифосфолипидный синдром, острые инфекционные заболевания; декомпенсированная экстрагенитальная патология. Данные из амбулаторных и обменных карт, историй беременности и родов заносили в электронную таблицу Excel и обрабатывали методами вариационной статистики с расчётом частоты признака и средних величин, достоверность расхождений данных оценивали методом углового преобразования Фишера, вычислением критерия Стьюдента.

Результаты. Средний возраст юных беременных в исследуемых группах не имел статистически значимых различий и составил $16,24 \pm 1,62$ года в группе 1, $16,42 \pm 1,32$ года - в группе 2 ($p > 0,05$). Акушерские осложнения имели место у большинства несовершеннолетних беременных (77,2 %), причем у девочек с наличием ДСТ они встречались значительно чаще (89,38 % по сравнению с 57,75 %), чем в группе сравнения без ДСТ ($p < 0,05$): угроза прерывания беременности и преэклампсия – в 2,2 раза; ранний токсикоз и плацентарные нарушения – в 1,8 раза; внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода – соответственно в 1,9 и 2,0 раза; анемия беременных – в 1,3 раза; преждевременные роды – в 1,7 раза; осложненные роды – в 2,5 раза; абдоминальное родоразрешение – в 2,2 раза; дистресс плода – в 2,9 раза; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 2,2 раза; аномалии родовой деятельности – в 1,8 раза; нарушения лактации – в 2,0 раза ($p < 0,05$). Средняя кровопотеря в родах через естественные родовые пути и при оперативном родоразрешении у пациенток группы 1 была в пределах физиологической нормы, но превышала аналогичные показатели в группе 2 (соответственно $268,5 \pm 32,4$ мл и $224,0 \pm 24,6$ мл; $576,8 \pm 38,5$ мл и $522,4 \pm 32,1$ мл) ($p > 0,05$). Анемия в послеродовом периоде имела место в 1,9 раза чаще в основной, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. Юные беременные с дисплазией соединительной ткани составляют группу риска по развитию акушерских осложнений, частота которых в несколько раз выше, чем у пациенток без данной патологии, в связи с чем эта категория несовершеннолетних нуждается в тщательном динамическом мониторинге с ранних сроков беременности.

Чернобай Р.А., Скопин П.И.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», Саранск

ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОВЕДЕННОЙ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ФОРМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ

Цель исследования: определение краткосрочной эффективности проведенной химиолучевой терапии (ХЛТ) нерезектабельных и неоперабельных форм немелкоклеточного рака легкого в различных комбинациях как предиктора ответа на курс консолидирующей иммунотерапии.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование включены 53 пациента ГБУЗ РМ РОД (г.Саранск) с диагнозом «Немелкоклеточный рак легкого» (НМРЛ) IIIA (неоперабельные)-IIIC стадий, завершивших химиолучевое лечение в полном запланированном объеме с января 2021 г по май 2023 г, в различных комбинациях (одновременное химиолучевое лечение – 17 пациентов, 2-3 цикла индукционной химиотерапии с последующим химиолучевым лечением – 10 пациентов, последовательное химиолучевое лечение – 26 пациент). 14 пациентов из вышеуказанных в дальнейшем получали консолидирующий курс иммунотерапии дурвалумабом. Средний возраст пациентов: $62 \pm 5,8$ года. Распределение пациентов по категории N (TNM8): N0 – 5 пациентов, N1 – 10 пациентов, N2 – 30 пациентов, N3 – 8 пациентов. В объем облучения входили первичная опухоль и метастатические лимфатические узлы в СОД 54-60 Гр, 21 пациент получил профилактическое облучение ипсилатеральных бронхопульмональных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в СОД 44-46 Гр. Краткосрочная эффективность лечения оценивались на основании проводимой компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки в сроки 0-14 день после заключительной фракции лучевого лечения.

Результаты работы: Среди 53 пациентов, получавших химиолучевое лечение, у 5 пациентов (9,4%) был достигнут полный ответ, частичный ответ – у 19 (36%), стабилизация – у 24 пациентов (45,3%), отрицательная динамика – у 5 пациентов (9,3%), из них у 3 прогрессирование по первичному очагу, у 2 – отдаленное метастазирование. Наибольшее количество позитивных ответов было отмечено в группе пациентов с проведенным одновременным химиолучевым лечением – 3 (17%) с полным ответом, 9 с частичным (53%), наименьшее – в группе пациентов с последовательным химиолучевым лечением – 1 (3,8%) с полным ответом, 7 с частичным ответом (27%). Пациенты в группе, получавших последовательную схему лечения, отмечались худшей оценкой общего статуса (10 пациентов ECOG 2 балла, 12 пациентов ECOG 1 балл) и наличием выраженной сопутствующей патологии. Следует отметить, что ни один пациент с опухолью T4 (TNM8) из выборки не достиг полного ответа после проведенного лечения. Среди пациентов с прогрессией: категория T4 – у 4 пациентов, T3 – у 1 пациента; категория N3 – у 3 пациентов, категория N2 – у 2 пациентов. Среди 14 пациентов, получавших курс консолидирующей иммунотерапии, 11 пациентов получали одновременную химиолучевую терапию, 3 – индукционную химиотерапию перед ХЛТ. 1-годичная выживаемость без прогрессирования – 71%. Среди пациентов с прогрессированием на фоне курса иммунотерапии, 3 пациента имели стабилизацию после ХЛТ, 1 – частичный ответ.

Заключение: Определение факторов риска прогрессирования и эффективности проводимого лечения у пациентов с раком легкого, получающим ХЛТ, является важной составляющей выбор оптимальной тактики лечения и ожидаемого ответа на консолидирующую иммунотерапию.

*Чернобривец Н.В., Долматова С.А., Мащенко Г.Р., Дементьева А.А.,
Гаврилюк Л.Ф., Вельма К.М.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССОВ РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Рабическая инфекция (бешенство) распространена практически повсеместно и представляет собой серьезную угрозу для здоровья населения, что связано со 100%-й летальностью этого заболевания. На территории Российской Федерации (РФ) в последние годы ежегодно регистрируется до 4-5 случаев заболевания рабической инфекцией (РИ) у людей и до 2,5 тыс. случаев среди животных. На фоне общего снижения заболевания у животных, в настоящее время вырос удельный вес инфицированных вирусом бешенства собак и кошек, что свидетельствует о формировании городских очагов бешенства.

Цель исследования: оценить эпидемический процесс РИ в 2023 г. и за 9 месяцев 2024 г. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев РИ у животных и человека по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: В ДНР в 2021 и 2023 гг. зарегистрировано по 1 случаю РИ среди людей в г. Макеевка и г. Дебальцево. В течение 2023 г. было зарегистрировано 89 случаев лабораторно подтвержденной РИ у животных, что в 2,9 раза выше уровня 2022 г. (31 случай). Случаи РИ среди животных регистрировались в гг. Донецк (16 случаев), Макеевка (11 случаев), Докучаевск (3 случая), Горловка, Снежное и Харцызск (по 1 случаю) и в Волновахском (23 случая), Тельмановском (12 случаев), Старобешевском (7 случаев), Амвросиевском, Шахтерском (по 4 случая), Володарском (3 случая), Великоновоселковском, Новоазовском и Марьинском (по 1 случай) районах. Заболеваемость регистрировалась среди кошек (37 случаев), собак (23 случая), крупного рогатого скота (14 случаев), лис (13 случаев), летучих мышей и волков (по 1 случаю). На долю животных, приближенных к человеку, пришлось 83,1% всех случаев бешенства среди животных, что представляет угрозу возникновения случаев заболеваний среди людей. Эпидемическая ситуация по РИ в ДНР была признана неблагополучной.

За 9 месяцев 2024 г. было зарегистрировано 45 случаев лабораторно подтвержденного РИ у животных, что на 18,2% ниже аналогичного периода 2023 г. (55 случаев). При этом, в ДНР сохраняется неблагополучная эпизоотическая ситуация по РИ.

Заболеваемость РИ регистрировалась среди собак (18 случаев), кошек (11 случаев), крупного рогатого скота (7 случаев), мелкого рогатого скота (2 случая), лис (5 случаев), хорьков и крыс (по 1 случаю). На долю животных, приближенных к человеку, приходилось 84,4% случаев РИ среди животных, что создает угрозу возникновения случаев заболеваний среди людей.

Всего за антирабической помощью в МО обратилось 3830 человек. Показатель обращаемости 144,5 на 100 тыс. населения, что на 6,0% выше уровня аналогичного периода 2023 года (3922 случаев., показатель 136,3 на 100 тыс. населения).

Выводы. В ДНР необходимо активизировать противоэпизоотическую и противоэпидемическую работу по недопущению развития эпизоотических вспышек РИ среди животных, тем самым предупреждая возникновение условий для укусов больными животными людей и передачи им вируса бешенства. Кроме того, необходимо решить вопрос об организации достаточного количества пунктов временной передержки животных, а также наладить учет численности домашних и бродячих котов и собак, урегулировать вопросы по сокращению численности бродячих животных.

Черноус В.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ГЕНДЕРНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Акне является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи; поскольку акне возникает в молодом возрасте, при назначении лечения необходимо учитывать репродуктивные планы пациентов, так как некоторые препараты для лечения акне оказывают тератогенное и сперматотоксическое действие.

Целью исследования была разработка гендерно-дифференцированных подходов к лечению акне, не оказывающих негативного влияния на репродуктивный потенциал молодых людей.

Результаты. Проведенные ранее исследования показали, что у женщин и мужчин с акне, по сравнению со здоровыми сверстниками, достоверно чаще выявлялись признаки эндокринной дисфункции. 75% обследованных пациентов планировали беременность в течении ближайшего года. Возникшая сейчас критическая ситуация в демографических процессах требует отдавать приоритет репродуктивным планам пациентов, поэтому высокоэффективные средства, такие как системные ретиноиды и нестероидные антиандрогенные препараты не могут применяться у лиц, планирующих беременность в связи с эмбрио-, фетотоксичностью и отрицательным влиянием на сперматогенез. Среди препаратов, показавших высокую клиническую эффективность при акне и отличающихся отсутствием эмбриотоксического и тератогенного действия у женщин можно рекомендовать в момент подготовки к беременности КОК с антиандрогенным действием и глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизолон), вегетотропные препараты; во время планирования и при наступившей беременности возможно продолжение приема глюкокортикоидов (по показаниям). У мужчин при подготовке к планированию беременности возможно назначение антибиотиков, вегетотропных препаратов и коррекция уровня половых гормонов. При планировании беременности спектр применяемых препаратов ограничивается витаминами, препаратами цинка, препаратами половых гормонов – по показаниям. При необходимости коррекции функции щитовидной железы применение препаратов L-тироксина неограниченно в любой период как у мужчин, так и у женщин. Поскольку перечисленные препараты, особенно у мужчин обладают средней или низкой терапевтической активностью, на первое место в лечении выступает местная терапия (антисептики, антибиотики, физиопроцедуры, терапия аутологичной плазмой). Разработанный нами комплекс включал дифференцированную коррекцию гормонального фона, коррекцию вегетативных нарушений и инъекции аутологичной плазмы в области высыпаний 4хкратно с интервалом 7-10 дней. Пациенты, получающие данный комплекс не нуждались в контрацепции во время лечения в связи с отсутствием доказанного эмбрио- и фетотоксического действия, негативного влияния на сперматогенез.

Выводы. Разработанные гендерно-дифференцированные подходы к лечению акне позволяли получить достаточно высокую клиническую эффективность и при этом не нарушать репродуктивные планы пациентов.

Черныш В.Ю., Донченко Л.И., Кравченко А.И., Люцкевич Л.А.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА В ДИНАМИКЕ ГОНАРТРОЗА

Введение. Роль противовоспалительных цитокинов, в частности, ИЛ-8 и ФНО- α , в механизмах повреждения хрящевой ткани и сустава в целом при гонартрозе изучена недостаточно. Не ясна связь уровня этих цитокинов с механизмами иммунологических нарушений, обусловленных травмой сустава и неспецифической инфекцией, которые в комплексе и приводят к подавлению синтеза матрикса, поражению костной и хрящевой тканей и, соответственно, развитию клиники гонартроза.

Цель исследования: изучить изменения иммунологических показателей у пациентов на разных стадиях гонартроза.

Материал и методы исследования. Основная группа исследования включала 146 больных гонартрозом, в том числе, 66 (45,3%) человек с гонартрозом I стадии, 60 (41,0%) пациентов с гонартрозом II стадии, у 20 (13,7%) обследованных отмечен гонартроз III стадии. Большинство пациентов были пенсионерами (79 (54,1%) чел.), 40 (27,4%) человек работали на различных предприятиях, 27 (18,4%) больных имели группу инвалидности, не работали. При обследовании обеих групп больных применялись клинический, рентгенологический, биомеханический методы, а также комплекс лабораторных исследований. Для изучения клеточных факторов иммунитета применяли цитотоксический тест с помощью моноклональных антител фирмы «Ortho Diagnostic Systems» (USA). В частности, использовали коммерческие моноклональные антитела классов CD3⁺ (к тотальной популяции Т-лимфоцитов), CD22⁺ (к В-клеткам), CD4⁺ (к субпопуляции Т-хелперов/индукторов), CD8⁺ (к Т-супрессорам/киллерам). Исследовали также показатели фагоцитоза и гуморального звена иммунитета (уровень циркулирующих иммунокомплексов, ЦИК, содержание иммуноглобулинов классов G, A и M сыворотки крови).

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что на первой стадии развития гонартроза иммунологические показатели указывают на неспецифическую микробную активацию Т-системы и фагоцитоза. По мере прогрессирования гонартроза активация фагоцитоза становится все более выраженной, начинает преобладать над активацией Т- и В-лимфоцитов, что вызывает дисбаланс в работе системы иммунитета и приводит к снижению содержания Т-супрессоров. Снижение возможностей иммуносупрессии приводит к утрате иммунологической толерантности и началу выработки аутоантител на аллоантигены костной, хрящевой и синовиальной ткани, постепенному увеличению выработки ЦИК, ИЛ-8 и ФНО- α . На протяжении второй стадии гонартроза завершается переход дегенеративно-дистрофического процесса, доминировавшего в первой стадии, в воспалительный. Воспаление в суставе в дальнейшем развивается с включением аутоиммунного механизма, причем, в отличие от типичных аутоиммунных заболеваний, при гонартрозе, как свидетельствуют полученные данные, эффекторные реакции иммунной системы представлены не клеточным, а гуморальным типом. На третьей стадии гонартроза имеют место признаки выраженного воспалительного процесса с увеличением активных форм Т- и В- лимфоцитов, активности фагоцитоза, концентрацией провоспалительных цитокинов, ЦИК и Ig G. **Выводы:** сведения об изменении иммунологических показателей у пациентов на разных стадиях гонартроза дают основание для проведения соответствующей иммунокоррекции.

Чернядьева А.В., Сытых Е.Н., Борзунова Ю.М.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург

ТЕННИС НА КОЛЯСКАХ КАК МЕТОД АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

ВВЕДЕНИЕ

Численность людей с ограниченными возможностями продолжает оставаться высокой. Качество жизни их безусловно снижено. Реабилитация и абилитация направлены на полное устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности этой категории пациентов для их социальной адаптации, интеграции в общество и признании его полноценным членом. Необходимо всестороннее развитие их физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни.

В последнее время набирает популярность возвращение человека, имеющего инвалидность, в социальную среду через участие в физкультурно-спортивной деятельности. Возникают вопросы в выборе подходящих видов спорта для инвалидов в целом и в частности для людей с патологией опорно - двигательного аппарата. Кроме того, важно дать возможность детям-инвалидам проходить абилитацию или реабилитацию в игровой форме, социализироваться и реализовываться с помощью тенниса на колясках.

Цель исследования- анализ результатов функциональных методов исследования детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата, использующих теннис на колясках как метод абилитации и реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Исследование было проведено на базе теннисного клуба «Уктусские горы», г.Екатеринбурга, где проходят тренировки детей-инвалидов с различной патологией опорно-двигательного аппарата: детский церебральный паралич (гиперкинетическая форма и спастическая диплегия), аномалии развития спинного мозга (спинномозговая грыжа-форма менингоградикулоцеле). В основу исследования был положен ретроспективный анализ случайной выборки чек-листов 15 детей (девочек-10, мальчиков 5) в возрасте от 7 до 16 лет, до и после занятий через 6 месяцев, регулярно посещавших занятия по теннису на колясках (частота тренировок 2-3 раза в неделю) в период с августа 2023 по февраль 2024 года.

Был разработан чек-лист, оценка производилась по следующим показателям: кистевая динамометрия (динамометр кистевой ДК-100, гониометрия (амплитуда движения в суставах верхних конечностей оценивалась с помощью угломера), мышечная сила – по Шкале оценки мышечной силы), мышечный тонус - по модифицированной шкале Ашворт), баланс - по шкале баланса Берга.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью языка программирования R, пакета статистических программ Statistica 10 for Windows, а также согласно U-критерию Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Динамика изменения показателей, оцененных по чек-листам:

1. Кистевая динамометрия.

По данным динамометрии наблюдалось увеличение силы в ведущей руке у 100% испытуемых, а во второй руке увеличение у 73,3%. До исследования среднее значение динамометрии в ведущей руке было 7,2 кг, после исследования-9,8 кг (согласно U-критерию Манна-Уитни различия уровня признака, в сравниваемых группах статистически значимы($p<0,05$), в неведущей руке: до-6,2 кг, после-7,0 кг ($p>0,05$ -статистически не значимы).

2. Гониометрия.

Отмечается увеличение амплитуды движения только в суставах верхних конечностей. Гониометрия плечевого сустава увеличилась у 100% исследуемых: сгибание и разгибание у

93,3%, отведение у 86,7%, приведение у 80%, внутренняя ротация у 73,3%, наружная ротация у 86,7%. Амплитуда движения локтевого сустава увеличилась у 86,7% детей: сгибание и пронация у 93,3%, разгибание и супинация у 86,7%. Объем движений в лучезапястном суставе увеличился у 100% исследуемых: сгибание-100%, разгибание-100%, пронация-73,3%, супинация-86,7%. Изменений в амплитуде нижних конечностей не выявлено. Гониометрия плечевого сустава: сгибание (среднее значение до исследования 119,4*, после исследования-129*, что согласно U-критерию Манна-Уитни различия уровня признака в сравниваемых группах статистически не значимо($p>0,05$), разгибание(среднее значение до исследования-36,3*, после исследования-60,3*(различия показателей статистически значимы ($p<0,05$)). Отведение: среднее значение до-151,5*, после-155*, приведение: среднее значение до-3*, после 4*($p>0,05$ - статистически не значимо). Наружная ротация до-63*, после-72*, внутренняя ротация: до-65*, после 73*($p>0,05$ - статистически не значимо).

3. Мышечная сила.

Мышечная сила увеличилась у 100% исследуемых в поясе верхних конечностей: сила дельтовидной мышцы увеличилась в 93,3% случаев, сила сгибателей локтя-86,7%, сила разгибателей кисти у 93,3% детей. До исследования средняя сила в дельтовидной мышце-4 балла, после-4,1 балл, сгибатели локтя до-3,87 баллов, после-4,2, разгибатели кисти до 4,21 балла, после- 4,28 баллов, что статистически не значимо($p>0,05$).

3.Мышечный тонус.

Мышечный тонус (оценка производилась по модифицированной шкале Ашворт) уменьшился у 40% исследуемых, что соответствует 100% от всех пациентов, у которых изначально был гипертонус. Средний суммарный балл по поясу верхних конечностей до исследования 3,7 балла, после исследования 3,2 балла, что статистически не значимо($p>0,05$).

4. Баланс.

Клинический тест способностей человека к статическому и динамическому равновесию (оценка производилась по шкале равновесия Берга) показал улучшение равновесия у 86,7% исследуемых (в выборке участвовали только 7 человек, так как остальным 8 детям, учитывая врожденную патологию, проводить тест не представляется возможным в вертикальном положении. Среднее значение до исследования-26,3 балла, после исследования-34,9 баллов, что согласно U-критерию Манна-Уитни различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимо ($p<0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных выявил статистически значимое увеличение силы в ведущей руке, что обусловлено более активным ее участием при игре в теннис и положительной динамикой в неведущей руке, что связано, скорее всего, с регулярными упражнениями для развития общей физической подготовки.

Существенных изменений в амплитуде движений и мышечной силы нижних конечностей не выявлено, так как у 90% детей нижний парапарез, а метод теннис на колясках исключает упражнения на пояс нижних конечностей.

Статистически значимое улучшение гониометрии и мышечной силы пояса верхних конечностей обусловлено активным включением мышц рук и корпуса в тренировочный процесс.

Мышечный тонус изначально был повышен только у 6 (40%) детей, это связано с органической патологией, к примеру, аномалия развития спинного мозга не предполагает развитие гипертонуса, в то время, как пациенты с ДЦП в ряде случаев имели спастический тетрапарез. Физические упражнения, включающие в себя активную нагрузку на мышцы верхнего плечевого пояса, грудной клетки, мышц рук привели у положительной динамике, а именно к снижению спастичности у всех 6 детей.

Улучшение баланса было отмечено у 8 (53%) детей, это связано с тем, что 7 (47%) исследуемых изначально имела максимально возможный балл по шкале Берга с учетом патологии, так как парапарезия нижних конечностей исключает возможность выполнения ряда заданий, начиная от способности стоять без поддержки с закрытыми глазами в сторону увеличения уровня сложности.

ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов функциональных методов исследования детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата, использующих теннис на колясках выявил достоверно значимое увеличение силы в ведущей руке, способности к статическому и динамическому равновесию и разгибание в плечевом суставе, положительную динамику в неведущей руке, а также улучшения объема движений и мышечной силы в верхних конечностях.

2. Результаты показателей мышечного тонуса по шкале Ашворт выявили положительную динамику у всех детей, у которых изначально мышечный тонус был нарушен.

*Черняк А.Н., Тетюра С.М., Шадян К.В., Келехсаева А.А.,
Выхованец Т.А., Никитенко С.Н., Чеботок Д.П.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
ГАОУ ВПО «Юго-Осетинский государственный университет им. А. А. Тибилова», Цхинвал,
Республика Южная Осетия

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КОНЦЕНТРАЦИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ ГОРОДА

Метеорологические факторы окружающей среды могут оказывать существенное влияние на концентрации различных химических веществ в атмосферном воздухе населенных мест. Большое количество источников выбросов в крупных городах делает их своеобразными островами тепла, особенно в зимний период года. Это сказывается на особенностях рассеивания загрязняющих веществ в городе. Цель исследований заключалась в изучении взаимосвязи между сезонными колебаниями некоторых метеорологических факторов окружающей среды и концентрациями химических веществ в атмосферном воздухе города. Научные исследования были выполнены на кафедрах медицинской физики, математики и информатики, а также гигиены и экологии имени проф. О.А. Ласткова ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в рамках научно-исследовательской работы за 2019-2023 г.г. Научными исследованиями установлено, что существуют определенные закономерности изменения концентраций химических веществ в зависимости от сезонных колебаний метеорологических факторов. В частности, максимальные концентрации пыли в атмосферном воздухе отмечались в весенний период года, которые составляли $0,17 \pm 0,002$ (95%ДИ: 0,16 - 0,19) мг/м³. Сезонные средние концентрации пыли в атмосферном воздухе в этот период года были на 25% выше по сравнению с зимним периодом года ($p < 0,05$). В этот период отмечались и высокие значения амплитуды среднесуточных колебаний скорости движения воздуха. Так, весной амплитуды среднесуточных колебаний этого показателя составляли от 14,0 до 15,5 м/с. Увеличение скорости движения атмосферного воздуха приводит к росту концентрации пыли в атмосферном воздухе ($r = 0,62$; $p < 0,05$). Необходимо обратить внимание на высокие средние концентрации в атмосферном воздухе оксида углерода в летний период года ($0,874 \pm 0,011$ (95%ДИ: 0,753 - 0,896) мг/м³, которые были выше концентраций этого вещества в среднем на $4,1 \pm 0,8\%$ по сравнению с зимним периодом года ($p < 0,05$). В этот период года отмечались, также и значительные амплитуды среднесуточных колебаний скорости движения воздуха, которые составляли от 11,0 до 16,2 м/с. Рост концентраций оксида углерода в летний период обусловлен увеличением скорости движения атмосферного воздуха в летний период года ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Следует обратить внимание на значительные средние концентрации диоксида азота в осенний период года, которые составляли $0,053 \pm 0,001$ (95%ДИ: 0,041 - 0,054) мг/м³. Сезонные средние концентрации диоксида азота в атмосферном воздухе в этот период года были в среднем на $13,7 \pm 1,1\%$ выше по сравнению с летним периодом года ($p < 0,05$). В этот период года отмечались небольшие среднесуточные колебания скорости движения воздуха. Проведенными исследованиями установлена взаимосвязь между годовыми сезонными среднесуточными показателями скорости ветра и превышением предельно-допустимых концентраций (ПДК) некоторыми веществами в атмосферном воздухе г. Донецка за ряд лет. Увеличение среднесуточной скорости ветра в весенний период года до $22,1 \pm 0,9$ (95%ДИ: 17,4 - 29,2) м/с приводит к превышению ПДК пыли в среднем на $0,09 \pm 0,005$ мг/м³ и ПДК фенола в среднем на $0,15 \pm 0,02$ мг/м³ ($r = 0,6$; $p < 0,05$). В результате проведенных исследований установлены сезонные колебания химических веществ в атмосферном воздухе в условиях городской среды. Была выявлена взаимосвязь между сезонными колебаниями метеорологических факторов окружающей среды и превышением предельно-допустимых концентраций ряда химических веществ в атмосферном воздухе города.

Чех А.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

НЕОНАТАЛЬНЫЙ ШОК

Актуальность темы: Шок у новорожденных - это синдром системной гипоперфузии, который приводит к недостаточному поступлению кислорода и питательных веществ к жизненно важным органам. Это клиническое состояние, а не конкретный диагноз, которое необходимо как можно скорее диагностировать и назначить терапию, для предотвращения необратимого повреждения органов и повышения шансов на выживание.

Цель: изучить индивидуальную нозологию шока и выбрать правильную тактику ведения пациента.

Материалы и методы: анализ проводился на основе нескольких литературных источников. Из полученных данных были выделены основные особенности отдельных нозологий.

Результат: ШОК – остро развившееся полиэтиологическое патологическое состояние, представляющее собой синдром циркуляторной дисфункции, проявляющийся нарушением перфузии тканей, характеризующийся вовлечением в процесс нескольких органов и систем

Патофизиология: Снижение сердечного выброса и/или периферического сосудистого сопротивления, приводящее к гипоксии, ацидозу и органной дисфункции.

Клиническая картина: неспецифическая. Можно наблюдать:

Изменения кожи: бледность, мраморность, цианоз, акроцианоз.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, брадикардия, снижение артериального давления (гипотензия), слабый периферический пульс.

Изменения со стороны органов дыхания: тахипноэ, одышка, апноэ.

Неврологические изменения: вялость, раздражительность, судороги.

Изменения со стороны почек: олигурия, анурия.

Диагностика: тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование (лабораторные анализы: газовый состав артериальной крови, электролиты, лактат, лейкоциты, коагулограмма, посев крови).

Инструментальные исследования: эхокардиография, рентген грудной клетки.

Лечение: поддержка жизненно важных функций: кислородотерапия, ИВЛ, поддержание водно-электролитного баланса (инфузионная терапия), коррекция ацидоза.

Лечение первопричины: антибактериальная терапия (при сепсисе), хирургическое вмешательство (при кровотечении, пневмотораксе), поддержка сердечной деятельности (инотропная поддержка). Мониторинг: непрерывный мониторинг жизненно важных функций и лабораторных показателей

Прогноз: зависит от своевременности постановки диагноза, тяжести основного заболевания и эффективности лечения.

Чжао Линкэ, Жаркин Н.А.

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

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ПОСТНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ

Частота встречаемости ГСД в мире составляет около 7%-14%, а в некоторых группах высокого риска этот показатель еще выше. В России частота ГСД оценивается как 10% всех беременных. ГСД оказывает значительное влияние не только на здоровье самой беременной женщины, но и на здоровье новорожденного. Более того, ГСД ухудшает прогноз для здоровья матери и ребенка в ближайшем и отдаленном будущем, способствуя частому формированию СД 2-го типа и заболеваний сердечно-сосудистой системы, ожирения и метаболического синдрома.

Несмотря на то что вред от ГСД широко признан и делаются попытки, порой успешные, в профилактике акушерских осложнений во время беременности и родов, в послеродовом периоде родильница имеет ограниченные возможности своевременного контроля за состоянием здоровья и проведением оздоровительных мероприятий в связи с необходимостью постоянного ухода за ребенком.

Известно, что после родов усиливается сердечно-сосудистый риск повышением маркеров воспаления, что приводит к усугублению атеросклероза и последующим сердечно-сосудистым осложнениям. Снижение чувствительности к инсулину и компенсация β -клеток, рецидивирующий ГСД, материнские факторы, такие как увеличение массы тела до и после родов и короткий период лактации, могут способствовать развитию СД2. Тем самым гипергликемия во время беременности оказывает долгосрочное воздействие как на сердечно-сосудистые заболевания, так и на риск развития диабета у матери.

Как и во время беременности, в период грудного вскармливания, особенно в первые 6 месяцев после родов метаболизм углеводов находится в постоянном напряжении и требует тщательного контроля и коррекции. Однако, коммуникативные ограничения родильницы в послеродовом периоде существенно влияют на отказ женщин от медицинского наблюдения и контроля. Подтверждением этому является публикация U.Linencamp et al. (2022), в которой указывается, что более 60% родильниц Германии, перенесших ГСД во время беременности, не выполнили рекомендации по постнатальному скринингу гипергликемии [doi:10.1111/dme.14861].

В связи с этим перспективным направлением профилактики постнатальных осложнений у родильниц, перенесших ГСД во время беременности является усовершенствование системы мониторинга, персонализации лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, поддержание устойчивого психоэмоционального состояния в условиях ограниченных возможностей послеродового периода.

Чинарев В.А.

ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница» № 1, Челябинск
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Аннотация. Первый психотический эпизод (ППЭ) представляет собой критический момент в жизни пациента, который может стать дебютом хронического процессуального эндогенного расстройства, такого как шизофрения или биполярное аффективное расстройство. Ранняя инетрвенция в этот период может значительно повлиять на дальнейшее течение заболевания и на качество жизни пациента. В последние десятилетия наблюдается рост интереса к интегративным подходам в психосоциальной реабилитации пациентов, которые сочетают различные методы и техники, включая психообразовательные мероприятия, формирование коммуникативных компетенций, когнитивная ремедация, долгосрочные групповые программы поддержки. К преимуществам интегративного подхода можно отнести: 1) Персонализация терапии: возможность адаптации методов к конкретным нуждам пациента; 2) Совмещение различных терапевтических техник: использование КПТ в сочетании с методами, направленными на преодоление травмы, например, работа с психоэмоциональными блоками. 3) Открытость к новшествам и научным достижениям: интегративный подход позволяет включать в практику новые методы.

Цель исследования: Изучение эффективности интегративных подходов в медико-психологической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом, а также определение факторов, влияющих на эффективность терапии. И разработка рекомендаций для оптимизации лечения и реабилитации.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты первого психотического эпизода для мужчин ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска в межприступный период. Методами исследования стали полуструктурированное интервью, клтинико-психопатологический и психометрический методы (шкалы PANSS, RAS-DS). Интегративный подход в терапии объединил в себе медикаментозную терапию, психосоциальную реабилитацию и психотерапию, позволяя максимально эффективно помогать пациентам на ранних стадиях заболевания. Проведены: групповые методы семейной психотерапии («родительские консилиумы») (4 сессии), психообразовательные занятия (5 сессий), индивидуальные консультации по мере поступления запросов от членов семей, а также индивидуальные и групповые психокоррекционные мероприятия (7 сессий).

Результаты и их обсуждение. В исследовании отмечено значительное снижение частоты и тяжести последующих психотических эпизодов у большинства пациентов (65,2%). Что свидетельствует о стабилизации психического состояния и уменьшению риска хронизации заболевания. Психосоциальные мероприятия, такие как групповая терапия, вовлечение в трудотерапию и семейные консультации, сыграли важную роль в личностно-социальном восстановлении пациентов. Они помогли укрепить социальные навыки и повысить самооценку, в дальнейшем способствуя лучшей адаптации в обществе.

Выводы. Интегративный подход при оказании мультиметодической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом представляет собой эффективную стратегию, способствующую улучшению исходов лечения и качества жизни пациентов, снижая вероятность повторных госпитализаций и «хронизацию» заболевания. Персонализированный подход в терапии, осознанное сочетание разных методов и поддержка со стороны семьи создают условия для более успешной реабилитации и уменьшения рецидивов.

Чинарев В.А.

ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница» № 1, Челябинск
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Аннотация. Приверженность к лечению (комплаентность) является ключевым условием успешного лечения и профилактики рецидивов, однако многие пациенты сталкиваются с трудностями в соблюдении назначений врача. Это связано с рядом причин, таких как недостаточная осведомленность о причинах и проявлениях заболевания, страх побочных эффектов антипсихотической терапии, отсутствие поддержки со стороны семьи и окружающих и др. Изучение социально-психопатологических детерминант позволит выявить факторы, препятствующие соблюдению режима лечения, и разработать эффективные стратегии для их устранения. Что, в свою очередь, поможет улучшить качество жизни пациентов и снизить риск рецидивов заболевания.

Цель исследования: является выявление и анализ социально-психопатологических факторов, определяющих комплаентность пациентов с первым эпизодом шизофрении. Это включает в себя изучение влияния таких параметров, как уровень осознания болезни, наличие социальной поддержки, отношение к лечению, а также психопатологические проявления, характерные для периоды манифестации заболевания. Понимание этих детерминант позволит разработать рекомендации по оптимизации терапевтических стратегий и повышению приверженности пациентов к назначенному лечению, что, в конечном итоге, будет способствовать улучшению прогноза и качества жизни пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты первого психотического эпизода для мужчин ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска с диагнозом: F20.09 Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года. Методами исследования стали полуструктурированное интервью, клинико-психопатологический и психометрический методы. Для сбора информации об особенностях комплаентности и социально-психопатологических факторах использовались специально разработанные анкеты, включающие вопросы о демографических характеристиках, уровне образования, наличии социальной поддержки, отношении к лечению и восприятию своего заболевания. Для обработки собранных данных использовался статистический пакет SPSS.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что те пациенты, которые осознавали серьёзность своего состояния и понимали необходимость длительного лечения, чаще проявляли высокую степень приверженности к назначенному режиму. Напротив, те, кто недооценивал тяжесть заболевания или отрицал его существование, имели тенденцию к нарушению рекомендаций врачей, риск рецидива заболевания. Выявлена взаимосвязь между выраженностью психопатологической симптоматики и комплаенсом. Пациенты с более тяжёлыми психотическими симптомами, такими как галлюцинации и бред, чаще нарушали режим лечения. Молодые пациенты и лица с низким уровнем образования оказались менее приверженными к лечению, чем старшие возрастные группы и люди с высшим образованием.

Выводы. Результаты исследования подчеркивают значимость комплексного подхода к оценке и управлению комплаенсом у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Осознание болезни, социальная поддержка, отношение к лечению и психопатологические симптомы являются ключевыми факторами, влияющими на приверженность к лечению. Для повышения комплаенции необходимо уделять внимание не только медикаментозной терапии, но и психологическому состоянию пациентов, а также взаимодействию с медицинским персоналом и ближайшим окружением.

Чурилин О.А., Кучеренко С.Л.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ГИСТОМОРФОМЕТРИЯ ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА ИНТАКТНЫХ КРЫС ПОЛОВОЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Целью данной работы было исследование изменений морфометрических показателей зубчатого ядра мозжечка белых половозрелых крыс в различные временные периоды.

Исследование проведено на 35 половозрелых белых беспородных крысах-самцах, полученных из вивария лабораторных животных. При проведении эксперимента были соблюдены действующие этические нормы при работе с подопытными животными. Животных содержали в условиях вивария 60 суток, где крысы получали 0,9% раствор натрия хлорида. Животных выводили из эксперимента через 3 (63), 10 (70), 15 (75), 24 (84) и 45 (105) сутки после введения хлорида натрия. Для изучения были проведены комплексные исследования мозжечка: гистологические – окраска препаратов, математические – методы вариационной статистики.

Тотальные гистологические срезы мозжечка проводились во фронтальной плоскости через VI дольку. Препараты, окрашенные гематоксилин-эозином, метиленовой и толуидиновой синью, изучали с помощью морфометрического и статистических методов. Для количественной характеристики коры мозжечка использовались следующие показатели: плотность нейронов, площадь поперечного сечения клеток, а также ядерно-цитоплазматическое соотношение.

Анализируя полученные данные можно отметить, что различия между полученными показателями в разные сроки наблюдения были статистически недостоверны. Цифровые данные парвоцеллюлярной части зубчатого ядра мозжечка половозрелых крыс меньше в сравнении с магноцеллюлярной во все сроки эксперимента. Плотность клеток мелкоклеточной части зубчатого ядра мозжечка больше плотности клеток крупноклеточной во все сроки эксперимента.

При измерении площади клеток зубчатого ядра мозжечка установлено, что наименьшая площадь поперечного сечения нейронов в парвоцеллюлярной части, наибольшая площадь – площадь поперечного сечения клеток магноцеллюлярной области.

Для половозрелых крыс измеряемые параметры коры мозжечка не зависели от сроков эксперимента и носили вариабельный характер, что может говорить об уже сформировавшихся структурах мозжечка в этой возрастной группе.

Шабан Н.И., Махматов Р.Ф., Журбий О.Е., Шапченко Т.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Ожирение у детей является одной из наиболее серьезных медико-социальных и экономических проблем во всем мире, актуальность которой определяется глобальной распространённостью. Большую обеспокоенность вызывает факт, что такие метаболические осложнения, ассоциирующиеся с ожирением, как инсулинорезистентность, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, которые встречались у взрослых, сейчас выявляются и у детей.

Цель исследования: выявление признаков метаболического синдрома (МС) у детей с конституционально-экзогенным ожирением.

Обследовано 44 ребёнка от 8 до 18 лет, с простым (конституционально-экзогенным) ожирением (14 (31,8%) девочек и 30 (68,2%) мальчиков). Всем пациентам проводились общеклинические обследования, мониторинг артериального давления (АД), антропометрия, изучались показатели общего холестерина (ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), мочевой кислоты, глюкозы натощак, инсулина, проводился тест на толерантность к глюкозе, оценка инсулинорезистентности (ИР).

При обследовании у мальчиков встречалось преимущественно ожирение II степени (61,5%), I степень – в 23,6% наблюдений, III – у 15,7% пациентов. У девочек: I степени выявлялась в 44,4% наблюдений, II – у 30,6% детей, а III – в 21,4% случаях. Морбидное ожирение отмечалось чаще у девочек, чем у мальчиков (3,6% и 2,2% соответственно).

При мониторинге уровня АД, в 38,6% наблюдений уровень АД превышал 95 перцентиль, трактовался, как артериальная гипертензия. В 43,2% случаев значения АД соответствовали уровню высокого нормального АД, только в 18,2% наблюдений показатели АД соответствовали норме.

Анализ липидного профиля показал высокую частоту дислипидемии – 52,3%. У 27,3% пациентов, преимущественно у девочек, отмечалось повышение концентрации ХС, в 18,2% – повышение ЛПНП. Снижение уровня ЛПВП наблюдалось в 41% случаев, гипертриглицеридемия – у 11,4% пациентов.

Гипергликемия натощак наблюдалась у 9,1% детей, нарушение толерантности к глюкозе у 12% пациентов, гиперинсулинемия – у 11,4% обследованных, ИР – у 11,4% детей. Уровень мочевой кислоты в 61,4% наблюдений был нормальный, а в 38,6% случаях – превышал референсные значения (у подростков с II-III степенью ожирения).

При рассмотрении комбинации компонентов МС отмечено: сочетание нарушений липидного обмена и гипергликемии в 15,9% наблюдений, гипертензии и дислипидемии в 25% наблюдений, в 13,6% случаях — сочетание гипертензии и гипергликемии, комбинация гиперурикемии и гиперлипидемии – у 11,4% детей, в 20,5% – гиперурикемии и гипергликемии. Наличие трех-четырех признаков определено у подростков в 18,2%. У одного ребенка (мальчик 14 лет с IV ст. ожирения) был обнаружен полный вариант МС.

Таким образом, простое ожирение у детей нередко характеризуется инсулинорезистентностью, гиперлипидемией, гипертензией, которые являются важными факторами формирования МС. Скрининг МС среди детей с ожирением важен для своевременной терапевтической коррекции метаболических нарушений. Выявленные факторы риска позволяют сконцентрировать внимание на группе управляемых факторов, выбрать наиболее эффективные мероприятия, позволяющие предотвратить или отсрочить манифестацию сердечно-сосудистых заболеваний и их трансформацию в хронические формы, реализацию сахарного диабета 2 типа, а также улучшить качество жизни, снизить частоту заболеваемости и смертности пациентов во взрослой жизни.

Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ В ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕЙРО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ 2 И 3 ТИПА

Спинальные мышечные атрофии (СМА) 2 и 3 типа – группа нейро-мышечных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим снижением двигательных возможностей, развитием инвалидизации. В основе лечения должна лежать стратегия персонализированной терапии, учитывающей индивидуальные особенности развития заболевания и ответа на применяемые методики воздействия. Одной из наименее изученных проблем у больных СМА остаются патофизиологические механизмы сопутствующего поражения моторной интеграции, включая миогенное и неврогенное нарушения, их клинические последствия для двигательной функции и значение в потенцировании формирования костно-мышечных осложнений (сколиоз и контрактуры).

Сплошное проспективное исследование 15 лет наблюдения включало 95 детей (66 мальчиков и 29 девочек) с генетически подтвержденным диагнозом проксимальной СМА. Исследование проводилось на базе Республиканского клинического центра нейрореабилитации МЗ ДНР: проведено 3440 клинико-неврологических осмотров, 1257 электронейромиографических (ЭНМГ) обследований, интерпретированы результаты 378 рентгенологических и 127 молекулярно-генетических исследований.

При изменении значений стимуляционной ЭНМГ в виде снижения амплитуды М-ответа на 70 % и более, идентификации спонтанной активности в виде положительных острых волн (ПОВ) по данным игольчатой ЭНМГ трактовали как вторичную аксональную невропатию. Алгоритм поэтапной комплексной терапии вторичного аксонопатического поражения базировался на результатах стимуляционной ЭНМГ. Снижение амплитуды М-ответа у детей со СМА 2 типа (с диапазоном значений от 1 до 0,6 мВ) и у детей со СМА 3 типа (интервал – от 2 до 1,6 мВ), наличие ПОВ не более 2 у.е. трактовалось как начальные проявления вторичной аксонопатии. На этой стадии применялся ипидакрин в виде мезопунктурных инъекций в рефлексотерапевтические точки дистальных отделов нижних конечностей: RP4-7, E40-43, V58-60, F2-6 по 0,5–1 мл, курс № 10, до 10 точек на процедуру, с последующим переходом на длительный (до 2 месяцев) пероральный прием препарата в дозировке 5–20 мг/сутки.

Значения амплитуды М-ответа ниже 0,6 мВ у пациентов со СМА 2 типа и ниже 1,6 мВ у пациентов со СМА 3 типа на фоне нарастания интенсификации ПОВ более 2 у.е., свидетельствовало об усилении процессов аксональной дегенерации. Пациентам назначалась терапия, направленная на потенцирование аксоплазматического транспорта, включая актовегин в дозе 50–200 мг/сутки в сочетании с тиоктовой кислотой (40–80 мг/сутки) длительностью до 2 месяцев.

Данный способ лечения СМА 2 и 3 типа позволил улучшить клиническое течение заболевания, сохранить двигательный потенциал на более высоком уровне, пролонгировать функциональную активность пациентов, замедлить процессы атрофии мышц, улучшить качество жизни.

Шаповалова И.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНО-ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Хронические токсические гепатиты (ХТГ) характеризуются прогрессирующим повреждением мембран гепатоцитов, нарушением функций печени, прежде всего белоксинтезирующей и детоксицирующей, с дальнейшим фиброобразованием. Клинический опыт показывает, что развитие ХТГ весьма характерно для жителей крупного промышленного региона Донбасса, что обусловлено высоким уровнем загрязнения окружающей среды химически вредными веществами, которые содержатся в отходах и выбросах крупных предприятий, и их негативным влиянием на паренхиму печени. Немаловажным является также нарушение состояния микробиоты кишечника, что отягощает гепатобилиарную патологию.

Целью исследования было изучение показателей макрофагально-фагоцитарной системы у больных ХТГ на фоне дисбиоза кишечника.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось две группы больных ХТГ, сочетанным с дисбиозом кишечника - основная (48 человек) и сопоставления (50 человек) в возрасте от 28 до 50 лет, получавших общепринятое лечения. Кроме того, пациенты основной группы дополнительно получали L-орнитина L-аспартат в течение месяца. Для оценки возможностей макрофагального / моноцитарного звена иммунного ответа применяли метод оценки фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови, как наиболее подходящий для проведения исследований в клинической практике. Использовали чашечный метод изучения ФАМ с анализом следующих фагоцитарных показателей: фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса аттракции (ИА) и индекса переваривания (ИП).

Полученные результаты и их обсуждение. При проведении иммунологического обследования было установлено, что до начала лечения в обеих группах больных ХТГ, сочетанным с дисбиозом кишечника, имеют место однотипные сдвиги иммунологических показателей, а именно снижение ФАМ. Так, ФИ был ниже нормы в основной группе в среднем в 1,85 раза, в группе сравнения - в 1,82 раза ($P < 0,01$), ФЧ было снижено в 1,82 раза в основной группе больных и в 1,78 раза в группе сопоставления ($P < 0,01$), ИА был умеренно снижен - в основной группе больных в 1,33 раза и в группе сравнения - в 1,28 раза ($P < 0,05$). Отмечено существенное уменьшение ИП - в основной группе в 2,17 раза и в группе сравнения - в 2,12 раза. При повторном иммунологическом обследовании больных было установлено, что в основной группе пациентов, которые дополнительно получали L-орнитина L-аспартат, отмечается четкая тенденция к нормализации показателей ФАМ. У пациентов группы сравнения отмечалась положительная динамика изученных показателей ФАМ, но существенно менее выраженная - на момент завершения лечения ФИ был в 1,43 раза ниже нормы, ФЧ было снижено в 1,36 раза, ИА - в 1,21 раза, ИП - в 1,52 раза.

Выводы

Таким образом, применение L-орнитина L-аспартата в комплексной терапии больных ХТГ, сочетанным с дисбиозом кишечника, патогенетически обосновано, поскольку способствует нормализации показателей макрофагально-фагоцитарной системы.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Фоминов В.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Цель исследования – уточнить возможности лучевых методов исследования в диагностике синдрома Мириizzi (СМ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования (УЗИ), мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), чрескожной чреспечёночной холангиографии (ЧЧХГ) у 72 пациентов с жёлчнокаменной болезнью, осложнённой СМ. Среди пациентов было 47 (65,2%) женщин и 25 (34,8%) мужчин в возрасте от 26 до 80 лет. Исследования проводили в Донецком диагностическом центре и клинике на современных диагностических аппаратах. У 57 (79,1%) диагноз СМ был установлен до операции, у 15 (20,9%) – интраоперационно.

Результаты и обсуждение. При УЗИ признаками СМ явились: крупный камень в шейке жёлчного пузыря (ЖП), сморщенный ЖП с расширением жёлчных протоков, деформация стенки общего жёлчного или печёночного протоков в месте прилегания пузыря, вклинённый камень шейки пузыря с расширением протоков выше места препятствия. Диагностическая чувствительность УЗИ в выявлении СМ составила 28,3%.

МСКТ в режиме холангиографии и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) в диагностике СМ являются перспективными из-за их неинвазивности и высокой точности (94 и 98% соответственно).

ЭРХПГ явилась ценным методом диагностики СМ, с прямым контрастированием жёлчных протоков. Она позволила также дифференцировать СМ от рубцовой стриктуры холедоха и опухолей. Но в 4% случаев не удалось канюлировать устье большого дуоденального сосочка (БДС), у 1,8% чел. это исследование осложнилось панкреатитом. Диагностическая чувствительность ЭРХПГ в выявлении СМ составила 76,8%.

ЧЧХГ выполнена только в 2 случаях, но это исследование более инвазивное. При этом не контрастировался дистальный отдел холедоха из-за препятствия, которое находилось выше.

Выводы. Диагностика СМ до операции является комплексной. До операции наиболее информативные методы – МРХПГ и МСКТ. Во время операции диагностика должна продолжаться, с применением холангиографии, фиброхолангиоскопии и ультрасонографии.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Шаталов С.А., Греджев Ф.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Цель исследования – уточнить клинико-диагностические и инструментальные критерии билиарного сепсиса (БС), обусловленного холедохолитиазом, для разработки оптимальной тактики лечения и улучшения результатов.

Материалы и методы. За 15 лет в клинике оперированы 1130 больных с холедохолитиазом. В 110 (9,7%) случаях выявлен билиарный сепсис. Среди пациентов были 72 женщины и 38 мужчин в возрасте от 30 до 84 лет. Острый калькулезный холецистит был в 23% случаев, хронический – в 72,4%, резидуальный холедохолитиаз – в 4,7%. Для диагностики БС применяли клинико-лабораторное обследование, бактериологическое исследование желчи и крови, УЗИ, компьютерную томографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию. Для оценки тяжести состояния больных использовали модифицированную шкалу APACHE II.

Результаты. В клинической картине билиарного сепсиса отмечали симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при неадекватном или поздно начатом лечении привели к развитию полиорганной недостаточности у 12 (10,9%) больных. Для диагностики тяжелого БС и билиарного септического шока мы учитывали: наличие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции; развитие синдрома полиорганной недостаточности; значение модифицированной шкалы APACHE II более 10 баллов; воспалительные изменения в магистральных желчевыводящих протоках; гипербилирубинемиию более 24 мкмоль/л. Бактериологическое исследование протоковой желчи, полученной интраоперационно и эндоскопически, выявило наличие бактериохлии у 94,6% обследованных. Изученные штаммы были наиболее чувствительны к цефалоспорином III-IV поколения и карбапенемам.

При БС и обтурационной желтухе основное значение придавали активной хирургической тактике, преимущественному применению миниинвазивных технологий в сочетании с интенсивной инфузионной и антибиотикотерапией. В клинике выполнены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей ЛХЭ через 5-7 дней – у 48 (43,6%) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5-7 дней – у 27 (24,5%); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 23 (20,9%); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 17 (15,4%); ранняя лапаротомия, ХЭ, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстедту или Вишневскому – у 22 (20%).

В клинике разработан и успешно применяется «Способ лечения острого обтурационного холангита» (патент №30307 от 25.02.2008 г.). Способ заключается в местной санации желчных протоков через дренаж озонированным раствором Мефоксина по схеме в сочетании с внутривенным капельным введением озонированного раствора Реамберина.

Умерли 12 (10,9%) из 110 больных вследствие нарастания явлений сепсиса и полиорганной недостаточности, из них 5 – после применения миниинвазивных и 7 – после открытых оперативных вмешательств. За последние 5 лет летальность уменьшилась на 4,3 %.

Выводы. Одной из основных причин развития острого холангита и БС является холедохолитиаз. Применение современных эндоскопических методов лечения острого холангита и БС, в сочетании с адекватной усовершенствованной антибактериальной терапией, является эффективным лечебным комплексом, который позволяет значительно снизить число осложнений и летальность.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Войтюк В.Н., Фоминов В.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ С ЦИСТОБИЛИАРНЫМ СВИЩОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Актуальность исследования. Эхинококкоз печени (ЭП) продолжает оставаться актуальной проблемой хирургии и паразитологии, особенно в эндемичных регионах. Спорным вопросом остаётся диагностика и лечение ЭП, осложнённого цистобилиарным сообщением, которое трудно выявить до операции.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и оперативного лечения гидатидозного ЭП, осложнённого цистобилиарным свищом.

Материалы и методы. С 2002 по 2023 гг. в I хирургическом отделении РКБ им. М.И. Калинина обследованы и оперированы 115 больных по поводу гидатидозного ЭП. Из них женщин было 75 (65,2%), мужчин – 40 (34,8%) в возрасте от 29 до 78 лет. Диаметр эхинококковых кист составил от 3 до 19 см. Для уточнения диагноза использовали следующие методы исследования (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные (с серологическими пробами), сонографический, мультисрезовая компьютерная (МСКТ) или магнитно-резонансная томография. Диагностические пункции под контролем УЗИ проводили разработанной в клинике иглой (патент UA №16961 от 15.09.2006 г.). У 11 (9,5%) пациентов выявлены цистобилиарные свищи, применяя разработанный в клинике «Способ обнаружения связи между кистозным образованием печени и внутрипеченочными желчными протоками» (патент РФ №2650590 от 28.12.2016 г.).

Полученные результаты. В 15 (13,0%) наблюдали обтурационную желтуху при прорыве эхинококковой кисты в магистральные желчные протоки. При гидатидозном ЭП в клинике выполнены операции: малоинвазивные и эндоскопические – 68 (59,1%), лапаротомные – 47 (40,9%). Дренирующие способы операций под сонографическим контролем применены в 15 (13,0%) случаях. Все пациенты получали специфическое консервативное лечение. При цистобилиарном свище полость кисты обрабатывалась ультразвуковым скальпелем и после перицистэктомии прошивали зоны желчеистечения. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением дочерних элементов из просвета холедоха проведена у 16 (13,9%) пациентов. После малоинвазивных операций различные осложнения были у 5 (7,5%) чел., после лапаротомных вмешательств – у 6 (12,8%). В 10 случаях желчный свищ закрылся в результате консервативного лечения, 1 больная оперирована повторно по поводу стойкого билиарного свища через 4 мес. после первичной эхинококкэктомии.

Выводы. Выявление до операции цистобилиарного свища позволяет планировать оптимальный выбор и объём операции. Радикальное одномоментное хирургическое лечение является наиболее эффективным.

Шаталов С.А., Межаков С.В., Войтюк В.Н., Страшко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПЕЧЕНИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ

Актуальность. Причинами обтурационной желтухи (ОЖ) являются холедохолитиаз (ХДЛ), рубцовая стриктура внепечёночных жёлчных протоков, опухоли печени, головки поджелудочной железы, эхинококкоз печени и др. Препятствие жёлчеоттоку приводит к повышению давления в выше лежащих протоках. Билирубин диффундирует через стенки жёлчных канальцев в гепатоциты, синусоидальные пространства и кровь. Возникают значительные нарушения функции гепатоцитов, холангит, холестатическая интоксикация. Гистологическое исследование печени позволяет планировать своевременное и рациональное лечение.

Цель исследования – изучить морфологические изменения в печени при ОЖ доброкачественного генеза (ОЖДГ).

Материалы и методы. Были изучены морфологические изменения в печени у 23 умерших больных с ОЖДГ, которые лечились в I хирургическом отделении РКБ им. М.И. Калинина за последние 15 лет. Женщин было 15, мужчин – 8 в возрасте от 57 до 84 лет. Морфологические исследования печени проводили в патологоанатомическом отделении РКБ им. М.И. Калинина.

Результаты и обсуждение. Морфологические исследования показали, что билирубин распределялся преимущественно в центральной части печёночной дольки. Отмечены некрозы клеток печени с небольшой воспалительной инфильтрацией (у 16 чел.). В портальных трактах наблюдали незначительные разрастания соединительной ткани, гистиолимфоцитарную инфильтрацию, отёк стромы. При длительной желтухе отмечен значительный холестаза почти во всех печёночных дольках (у 18 чел.). В стенках синусоидов и центральных вен была молодая соединительная ткань и спавшиеся синусоиды (у 9 чел.). Вокруг жёлчных протоков были разрастания соединительной ткани. Выражена пролиферация жёлчного эпителия. В 5 случаях разрастания соединительной ткани выходили за границы портальных трактов. При рецидивах ОЖДГ наблюдали диффузный холестаза со скоплением жёлчи в первой зоне (у 7 чел.). Эти изменения соответствовали хроническому холангиогепатиту со склерозом. Отмечены также жёлчные инфаркты с образованием жёлчных озерец, а вокруг – регенерирующие клетки печени и воспалительные инфильтраты. Стенки центральных вен были склерозированы. Обширные разрастания соединительной ткани и гистиолимфоцитарный инфильтрат отмечены в портальных трактах и вокруг них. По ходу портальных трактов наблюдали в 8 случаях значительную пролиферацию билиарного эпителия и новые жёлчные ходы.

Выводы. При ОЖДГ отмечен острый холестаза с частым поражением центральной зоны дольки печени. При длительной желтухе более всего поражается третья зона дольки печени, частично – вторая зона. В портальных трактах разрастается соединительная ткань, с пролиферацией жёлчного эпителия и протоков. При рецидивирующей ОЖДГ белковые дистрофии прогрессируют, отмечен склероз в портальных трактах и перипортально. Указанные морфологические изменения в печени необходимо учитывать при консервативном лечении и планировании оперативного вмешательства.

Шатило И.М., Мацынина М.А., Астафьева О.Б.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОСЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ В ПЕРИОД COVID-19

Актуальность. Заболеваемость детского населения является ведущим критерием общественного здоровья и считается результатом взаимодействия целого ряда факторов. Пандемия коронавируса (COVID-19) породила изменения социальной реальности, в частности, социальную изоляцию. Вызывает научный интерес изучение динамики заболеваемости по основным классам болезней детей в возрасте до 14 лет в период до и после социальной изоляции COVID-19.

Цель. Проанализировать основные тенденции динамики заболеваемости детей в возрасте до 14 лет в период до и после социальной изоляции COVID-19 (в 2018 и 2022 гг) в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по основным классам болезней в период до и после социальной изоляции COVID-19 (в 2018 и 2022 гг) в Санкт-Петербурге. Использовались данные сайта Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (Петростат) и сборников Управления Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области «Здравоохранение, образование, культура в Санкт-Петербурге в 2018 году» и «Здравоохранение в Санкт-Петербурге в 2022 году». Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением параметрических методов. Расчет проводился при помощи программы обработки электронных таблиц.

Полученные результаты: В 2022 году число жителей Санкт-Петербурга составило 5600,00 тыс. человек, что превысило уровень 2018 года (5383,8 тыс. человек) на 4,01 %. Следует отметить отсутствие ($p > 0,05$) существенного увеличения доли детей от 0 до 14 лет, которая составила 14,28 % и 14,76 % в 2018 и 2022 году, соответственно. Проведенный анализ данных уровня общей заболеваемости у детей до 14 лет позволил установить его увеличение на 18,05% в 2022 год (287828 на 100000 детей) в сравнение с 2018 годом (235857 на 100000 детей).

Анализ общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по классам заболеваний показал, что их структура не имела существенного изменения. Сохраняются высокие показатели заболеваний органов дыхания, последствия воздействия внешних причин, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционная патология.

У детей в возрасте до 14 лет, проживающих в Санкт-Петербурге в период до и после социальной изоляции COVID-19 (в 2018 и 2022 гг) отмечен рост патологии эндокринной системы (на 34,8%), заболеваний костно-мышечной системы (на 19,4%), новообразования (на 19,1%), болезни органов дыхания (на 15,75%), крови и кроветворных органов (на 15,00%), системы кровообращения (на 13,18%), мочеполовой системы (на 13,04%), заболеваний глаза и его придаточного аппарата (на 9,47%), нервной системы (на 7,9%), органов пищеварения (на 5,01%), инфекционных и паразитарных заболеваний (на 6,24%), травм и отравления (на 11,22%).

В 2022 году по сравнению с 2018 годом, у детей, проживающих в Санкт-Петербурге, отмечено снижение уровня врожденных аномалий (пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений) на 11,92%, составив 1534 и 1739 на 100000 детей, соответственно. Кроме того, болезни кожи и подкожной клетчатки зарегистрированы в 10853 случаях на 100000 детей в 2022 году, что на 5,77% меньше, чем в 2018 году.

Выводы: На основании проведенного анализа динамики заболеваемости детей в возрасте до 14 лет в период до и после социальной изоляции COVID-19 (в 2018 и 2022 гг) в Санкт-Петербурге отмечена тенденция к росту патологии эндокринной и костно-мышечной системы, новообразований. В то же время снизился уровень врожденных аномалий, заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Шатохина Я.П., Пушкарский О.А., Кариков М.М.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск
ГБУЗ «Луганская городская многопрофильная больница № 3», Луганск

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

На базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская городская многопрофильная больница №3» Луганской народной республики (ГБУЗ «ЛГМБ №3» ЛНР) функционирует отделение анестезиологии с койками интенсивной терапии (ОАИТ), а также сосредоточены отделения, несущие urgentную службу: хирургическое, гинекологическое, травматологическое, терапевтическое и неврологическое. В задачи ОАИТ входит: анестезиологическое обеспечение 175 коек хирургического и акушерско-гинекологического профиля. На 9 койках, с возможностью лабораторной диагностики, (при массовом поступлении, в чрезвычайных ситуациях, развертывается до 12 коек) проводится интенсивная терапия и реанимация больным с патологией, охватывающей почти все основные разделы клинической медицины. Достижение и основной потенциал ЛГМБ №3 – молодые специалисты, подготовленные в течении многих лет на базе ОАИТ и на кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России).

Ситуация в Донбассе динамично меняется, что оказывает влияние на работу анестезиологической службы ГБУЗ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР. Так, в мирном 2013 году было выполнено 1568 анестезиологических обеспечений оперативных вмешательств, из них 45,5% больных оперировано по urgentным показаниям. В 2022-2023 годах, с начала СВО, удельный вес пациентов, оперированных по неотложным показаниям, увеличился до 68,8%. При таких обстоятельствах, проводимые плановые операции были отложены, что не могло не повлиять на показатели прошлого года и выделить рост urgentных операций.

Благодаря помощи шефу региона г. Москва производятся ремонты, оснащение новым современным медицинским оборудованием, а также самоотверженному труду персонала больницы, тесному сотрудничеству отделений различного профиля удалось сохранить основные показатели работы ОАИТ.

Таким образом, имеющийся опыт позволяет внести коррективы в систему оказания неотложной помощи и выработать новые стандарты лечения в изменившейся экономической и политической ситуации, продолжить научные исследования и разработки в условиях многопрофильного лечебного учреждения.

Выводы. Возможности анестезиологической службы многопрофильного учреждения ГБУЗ «ЛГМБ №3» ЛНР с клиническими базами кафедр ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России позволяют оказывать пациентам плановую и неотложную медицинскую помощь в полном объеме при любых обстоятельствах.

Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Загуменный К.Р., Пеклун И.В., Томаш Л.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ДОННМУ, А ТАКЖЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Введение. Серьезную озабоченность в последние годы вызывает низкие показатели здоровья обучающихся, что обусловлено социальная незащищенностью студентов вследствие специфики возраста и учебных нагрузок. В этой связи необходима разработка и реализация программ охраны здоровья в т.ч. медицинского обеспечения студентов.

Многочисленными исследованиями показана слабая мотивация студентов-в т.ч и медиков к ведению и пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ) и ценностному отношению к своему здоровью, что является результатом как общего уровня образованности и культуры, так и недостаточным результатами реализации и внедрения принципов ЗОЖ в учебной процесс и повседневную деятельность.

Особая роль при этом отводится физиопрофилактике, которая в широком понимании – это предотвращение болезней цивилизации, процессов старения и инвалидности посредством улучшения эргономических показателей жизнедеятельности, физической активности и поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, а в узком – оздоровление и предупреждение заболеваний человека путём использования естественных и искусственно создаваемых физических факторов.

Основная часть. Важнейшими достоинствами лечебно-профилактического применения физических факторов является их универсальность, физиологичность, нормализующий (гомеостатический) и тренирующий эффекты, стимуляция компенсаторно-приспособительных процессов, длительное последствие, отсутствие побочных эффектов и алергизации организма, доступность и сравнительная дешевизна. К достоинствам физической терапии также можно отнести её хорошую совместимость с другими лечебными средствами, а также высокую эффективность при комбинировании (сочетании) друг с другом, что позволяет уменьшать адаптацию организма к проводимому лечению, способствует его индивидуализации.

Важным также является повышение уровня осведомленности населения в т.ч. студентов-медиков о возможности применения физиореабилитационных методов для предупреждения возникновения и развития заболеваний, который по результатам проведенных анкетирования является невысоким.

Перспективным направлением является разработка методики физиопрофилактики, основанные на оценке состояния физического и функционального здоровья студентов, Эффективность которой можно будет оцениваться по трём основным направлениям.

1. Определение уровня текущего физического здоровья студентов и факторов, влияющих на него с использованием метода анкетирования, адаптированного к целевой аудитории.

2. Оценка изменений уровня физического здоровья студентов до и после проведения физиопрофилактики на основе изучения комплекс антропометрических и физиометрических показателей, а также функционального тестирования.

3. Выбор оптимального метода физиопрофилактики здоровья студентов на основе учета и сопоставления результатов эффективности средств повышения сопротивляемости и резистентности организма.

Заключение. Реализация проекта позволит разработать и предложить методику физиопрофилактики у студентов-медиков, повысить сопротивляемость и резистентности их организма к неблагоприятным факторам внешней среды, улучшить показатели их функционального состояния и физического здоровья.

Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Терещенко И.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ И ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ИЗУЧЕНИИ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение. Современные требования, предъявляемые практическим здравоохранением к выпускникам медицинских вузов, подразумевает акцент в их подготовке на готовность выполнять свои обязанности сразу после окончания ВУЗа в качестве врача общей практики. Такой подход изменяет весь образовательный процесс от его содержания до организации обучения по новым образовательным технологиям, включающих увеличение удельного веса самостоятельной работы, широкое использование удаленного контроля подготовки студентов, интенсификацию как аудиторных методов обучения, так и клинических в т.ч. на основе аккредитационно-симуляционных центров, направленных на практическое применение полученных знаний.

Это предъявляет особые требования к реализации практико-ориентированного подхода (ПОП) в преподавании медицинской реабилитации (МР) с выделением вопросов необходимых для самостоятельного изучения и вопросов приоритетных для аудиторной работы. Это диктует необходимость включения в содержание аудиторных занятий последовательности (алгоритмами) освоения и отработки основ применения практических навыков.

Результаты. Изучение нормативных документов по направлению 31.00.00 «Клиническая медицина», специальность 31.05.01 «Лечебное дело», квалификация «врач общей практики» и литературных источников позволило выделить несколько направлений, лежащих в основе формирования программы получения практических навыков про МР:

– обучение МР должно быть направлено на достижение конечной цели, описанной в квалификационной характеристике врача-выпускника;

– порядок изучения МР на базовом и последующих клинических этапах должен соответствовать динамике формирования клинического мышления в процессе обучения и строиться на основе общих принципов изучения медицинских дисциплин;

– базовым критерием полноты компетенции по МР должно стать не общее количество знаний/умений, а способность их применения на практике; качественным показателем – способность адаптации базовых умений к частной клинической ситуации на основе полученных знаний по МР.

– подготовка по МР у студентов должна предусматривает дифференцированные требования к конечному практическому результату: для студентов 4 курса – овладение базовыми алгоритмами МР; для студентов 5-6 курса – их применение в стандартных (типичных) клинических ситуациях.

– актуальным вопросом остается разработка стандартных алгоритмов МР в общей клинической практике, а также принципов их оптимизации (индивидуализации) для конкретного больного.

– важным вопросом подготовки будущих врачей по вопросам МР является ознакомление со структурой и порядком оказания реабилитационной помощи на различных этапах МР, нормативными документами, регламентирующими деятельность врача в области реабилитации, а также ознакомление с теоретическими и клиническими основами применения базовых методов МР таких как физиотерапия и лечебная физкультура.

Заключение. Таким образом, особенности реализации ПОП в преподавании МР включают в себя необходимость выделения вопросов приоритетных как для аудиторной работы, так и для самостоятельного изучения, а также разработку алгоритмов приобретения умений и овладения навыками (базовыми, стандартными клиническими и индивидуальными), что позволит врачам-выпускникам, а в дальнейшем врачам общей практики и медицинским специалистам реализовать реабилитационные подходы в оказании медицинской помощи раненым и больным на начальных, а далее и продвинутых этапах лечения и реабилитации.

Швыдкий О.В.

ГБПОУ «Донецкий медицинский колледж», Донецк

ДВИЖЕНИЕ К ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Для здравоохранения важно выработать механизмы адаптации медико-экономических процессов к изменяющимся условиям внешней среды, решающие среди них - условия финансирования, критерии эффективности и качества стандартов медицинской помощи.

Каждый рачительный управленец, имеющий непосредственное отношение к организации или управлению в здравоохранении, стремящийся удержать и повысить достижения своей медицинской организации в сохранении и улучшении здоровья населения, ежедневно заходя в рабочий кабинет, обязан помнить: его задача - успешная деятельность вверенного ему коллектива.

И эта деятельность складывается из следующих основных составляющих: максимально-возможный объем требуемой номенклатуры оказываемых медицинских услуг высокого качества; прибыль. Главное при этом - соблюдение условия: высокий уровень качества оказываемых услуг и конкурентоспособные на них тарифы!

Главные звенья процесса управления медицинскими услугами можно представить как: показатели, характеризующие внешнюю среду медицинской организации; система управления медицинскими услугами; рост показателей деятельности медицинской организации.

Система управления во многом зависит от методов стимулирования рабочего персонала медицинской организации. Руководитель несет полную ответственность за создание благоприятных условий функционирования организации, позволяющих достичь намеченных целей. Такие условия создают позитивный настрой всего персонала, который добросовестным отношением к своим обязанностям, по результатам своего труда получает соответствующее вознаграждение и осуществляет достижение личных целей. При комфортных условиях стремление персонала к выполнению поставленных задач перетекает в норму и внутреннюю потребность каждого.

Показатели деятельности медицинской организации базируются на том утверждении, что высокое качество обслуживания и привлекательные ставки на услуги для потребителей будут стимулировать увеличение их потока и, как следствие, – рост прибыльности медицинской организации.

Усовершенствование методов стимулирования работы медицинской организации направлены на развитие принципов управления медицинскими услугами, которые дают возможность учитывать одновременно интересы медицинской организации и потребителей, и заключается в оптимизации процесса управления.

Среди инструментов управления медицинскими услугами выделяют применение основных принципов: гибкое сочетание медицинских услуг в системе ОМС и платных; повышение профессионального уровня и материальной заинтересованности медицинских работников; расширение арсенала организационно-правовых форм; развитие принципов демократизации и самоуправления, повышение экономической самостоятельности медицинской организации.

Основной целью внедрения эффективного управления в медицинской организации является обеспечение пациентов качественной медицинской помощью, что определяется многими факторами, как технической оснащенностью и квалификацией персонала, технологиями оказания медицинской помощи и результативностью лечения.

Медицинская организация, чтобы достичь цели, обязана решать задачи повышения конкурентоспособности за счет повышения окупаемости и рентабельности инвестиций, что даст возможность чаще обновлять медицинское оборудование и привлекать квалифицированные медицинские кадры. Все это способствует устойчивому развитию медучреждения, достойному вознаграждению персонала, формирует положительный имидж учреждения у населения, стимулирующий постоянный приток новых пациентов.

Шевякова Т.В., Базлов С.Б.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРЫХ ПЕРВИЧНЫХ ТРОМБОЗАХ СИСТЕМЫ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Актуальность: Острые первичные портomezентериальные тромбозы (ОППТ) характеризуются низкой частотой выявления, трудностями в диагностике, отсутствием единого подхода к выбору хирургической тактики и неудовлетворительными результатами лечения с летальностью от 37% до 76%. Согласно рекомендациям ESTE (European Society for Trauma and Emergency Surgery) большинству пациентов проводят консервативное лечение в виде системной непрерывной антикоагулянтной терапии. Возможность использования эндоваскулярных технологий и селективного тромболизиса находятся в стадии активного обсуждения, при отсутствии четких показаний к их применению.

Цель: изучить результаты применения эндоваскулярного тромболизиса при лечении больных с ОППТ.

Материалы и методы: В исследование включено 42 пациента с ОППТ, находившихся на лечении в клинике с 2014 по 2024 год. Основную группу составили 19 (45,2%) пациентов с применением в комплексе лечения миниинвазивных эндоваскулярных технологий. В контрольную группу вошли 23 (54,8%) больных, которым проводилось стандартное консервативное лечение. Всем больным в обеих группах выполнялось КТ и триплексное сканирование воротной вены для визуализации тромба и определения линейной и объемной скорости кровотока. Статистический анализ выполнен с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США) и программы Excel 16 (Microsoft, США). Сравнение выборок делали с помощью непараметрических методов по критерию Манна — Уитни, и по критерию Вилкоксона.

Результаты: Частота ОППТ составила 9,6% от общего числа случаев нарушений мезентериального кровообращения. Установлено, что у 89,5% больных имеет место тромбофилическая этиология ОППТ. Доступ в портальную систему осуществляли путем чрезкожной чрезпеченочной пункции. Пункция v.porte выполнялась под контролем УЗ-сканера «Toshiba Viano» в интрапеченочной ее части. Далее по проводнику 0,035' проводился интродьюсер 6 Fr., выполнялась портография и визуализация тромба. После попыток аспирационной тромбэктомии, непосредственно в тромботические массы вводилось 745000 МЕ (5 мг) Фортелизина®. Осложнений после манипуляции не было. В дальнейшем проводили консервативное лечение согласно рекомендациям ESTE. Уже через сутки у больных основной группы отмечено статистически достоверное увеличение просвета воротной вены и скоростных показателей портального кровотока по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Необходимость выполнения видеолапароскопии на 3 сутки лечения возникла у 3 (15,8%) пациентов основной группы и 9 (39,1%) больных в контрольной группе. В основной группе показаний к лапаротомии и выполнению резекционных оперативных вмешательств не выявлено. Лапаротомия и резекция участка тонкой кишки выполнена у 4 (17,4%) больных контрольной группы. В основной группе больных умерло 3 больных (15,8%). Во всех случаях летальный исход был обусловлен прогрессированием коморбидной патологии и не связан с проведением эндоваскулярного тромболизиса. В контрольной группе умерло 6 (26,0%) больных, в 2 (8,7%) случаях при развившейся несостоятельности швов и перитонита после резекции тонкой кишки, в 4 наблюдениях (17,3%) от выраженной сопутствующей патологии. Быстрое восстановление адекватного портального кровотока способствовало снижению частоты внутрибрюшных осложнений на 17% и летальности на 10% у пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

Заключение: Миниинвазивные эндоваскулярные технологии являются эффективным и безопасным методом тромболизиса при ОППТ. Их применение в комплексе лечения способствует улучшению результатов лечения в виде снижения частоты осложнений и летальности у больных с ОППТ.

*Шеменева А.С., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И.,
Сироид Д.В., Миримиренко А.С., Саул А.С.*

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА МОТИВАЦИЮ К ОБУЧЕНИЮ У СТУДЕНТОВ

Обучение в медицинском университете – сложный процесс, требующий дисциплины, устойчивости, проявления терпения при изучении материала. Как известно, именно успеваемость является одним из главных показателей усвоения полученных знаний и в дальнейшем, применения их на практике.

В настоящее время учёные не испытывают сомнений в том, что успеваемость студентов в значительной степени зависит от уровня учебной мотивации, а не только от врождённых способностей. Эти два фактора связаны между собой сложной системой отношений.

При определённых условиях, например, когда у человека есть интерес к определённой деятельности, может активироваться так называемый компенсаторный механизм. В этом случае недостаток способностей компенсируется развитием мотивации, что проявляется в интересе к предмету, осознанности выбора профессии и других аспектах. Это позволяет студенту достигать высоких результатов. Однако важно понимать, что способности и мотивация не только находятся в диалектическом единстве и влияют друг на друга, но и сами по себе являются важными факторами, определяющими уровень успеваемости.

Однако, тревожность является одним из негативных факторов, который может снижать мотивацию и, соответственно, успеваемость, что ухудшает качество освоения дисциплины.

Нами была использована тест-шкала определения самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина (шкала реактивной и личностной тревожности). В исследовании приняло участие 75 обучающихся 3 курса на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии женского и мужского пола. Все они отвечали на утвердительные вопросы из теста, соотнося предложенные варианты со своими обычными ощущениями. Исходя из полученных результатов, было установлено, что только у 20% исследуемых уровень ситуационной тревожности был низким, 67% испытывали умеренный уровень тревожности, а у 13% и во все ситуационная тревожность была на высоком уровне. Результаты определения уровня личностной тревожности оказались еще более критическим. Так, только у 6% студентов был определен низкий уровень тревожности, показатели среднего уровня составили также 67%, а количество исследуемых с высоким уровнем личностной тревожности составили 27%. Из всех опрошенных 38% отметили снижение мотивации при подготовке к занятиям. В это количество входят студенты с высоким и умеренным уровнем тревожности. Примечательно, что у студентов, имеющих высокий уровень тревожности низкая успеваемость. Ряд студентов связывает данный факт с тяжестью освоения материала, его объема. В качестве влияющих причин были отмечены: большое количество пропусков по уважительной либо неуважительной причинам и необходимостью «догонять» одногруппников по пропущенному материалу, окружающая военная обстановка, семейные проблемы, не связанные с обучением.

Таким образом, наше исследование подтвердило, что сильные и слабые студенты отличаются не только по интеллектуальным показателям, но и по тому, в какой степени у них развита профессиональная мотивация, с которой связано качественное изучение дисциплин

Шеменева А.С., Жилев Р.А., Танчева Д.А., Балыкина К.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЛПУ КАК ШАГ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Волонтерство как явление, пользующееся повышенным интересом в наше время, имеет долгую и разнообразную историю в Донецком государственном медицинском университете имени Максима Горького. В современном обществе волонтерская деятельность является не только фактором социальной поддержки, но и возможностью для студента реализовать себя в профессиональной сфере, обрести новые навыки и знания, расширить социальные связи и оказать свое влияние на окружающий мир. Вчера в условиях пандемии, а сегодня уже в условиях Специальной Военной Операции медицинское добровольчество обладает острым социальным значением.

Оказание волонтерской деятельности в ЛПУ является не только подспорьем в профориентации студентов-медиков, но и своеобразным трамплином, позволяющим погрузиться в сферу практического здравоохранения, изучить многие тонкости специализации и, как следствие, самоопределиться и трудоустроиться в желаемое отделение медицинского центра.

На данный момент направление «Волонтерская помощь в медицинских организациях» насчитывает 231 волонтера-медика, что составляет более 65% от общего числа волонтеров медицинского добровольчества. Из них в течение двух лет 137 студентов (60%) были трудоустроены в отделения, где оказывали волонтерскую помощь. В период обострения СВО, с февраля 2022 года в связи с нехваткой медицинского персонала во многих медицинских учреждениях, а также в связи с желанием погрузиться в будущую профессию и, главное, по искреннему желанию быть нужным и полезным – участники Волонтерского клуба ДонГМУ им. М. Горького приступили к оказанию волонтерской помощи в отделениях госпиталей Донецкой Народной Республики. Оказывая помощь раненым военным, мирным жителям, пострадавшим от обстрелов, от волонтера требуются не только медицинские знания и навыки, но и эмоциональная стабильность, способность принимать решения, а также четко и неукоснительно выполнять инструкции и задачи, поставленные врачами либо средним медицинским персоналом в экстренных ситуациях. Помимо этого, ежедневно волонтеры сталкивались со множеством барьеров в виде недостатка ресурсов (отсутствия многих лекарственных препаратов, перевязочного материала, медицинских изделий), нестабильным графиком из-за нехватки персонала, эмоциональными перегрузками. Все это требовало от них высокой организованности, гибкости и умения работать в определенных условиях. Стоит отметить, что все эти непростые жизненные обстоятельства сформировали в волонтерах такие важные личностные качества, как требовательность к себе, профессионализм и стрессоустойчивость. Как известно, личность формируется в деятельности, и именно характер социально значимой активности определяет мировоззрение ее отношения к себе и другим людям, к миру.

За полтора года деятельности направление «Волонтерская Помощь в медицинских организациях» продемонстрировало значительные результаты: прирост добровольцев увеличился более чем на 50% менее чем за два месяца, суммарно волонтеры провели 12000 часов помощи в лечебных учреждениях, что еще раз показывает стремление добровольцев данного направления вернуть долг обществу и приобрести новые знания для дальнейшего становления как будущего врача-специалиста.

Участие волонтеров-студентов в деятельности ЛПУ стимулирует их профессиональное развитие и социальную адаптацию за счет формирования важных навыков и компетенций. Взаимодействие с пациентами, участие в медицинских мероприятиях, работа в коллективе здравоохранения способствуют развитию коммуникативных навыков, лидерства, способности к эмпатии и решению медицинских задач.

Шериев С.Р., Фокин В.А., Труфанов Г.Е., Рыжков А.В., Баев М.С.

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

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ-СТРЕЙНА В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ КАРДИОМИОПАТИЯХ

Цель исследования

Оценить возможности применения МРТ-стрейна для анализа деформации миокарда у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы

В исследовании был проведен ретроспективный анализ стрейн-изображений, полученных с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) у 20 пациентов с подтвержденным диагнозом гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), который был верифицирован посредством биопсии миокарда. Средний возраст участников на момент исследования составил 45 лет, причем среди них 9 (45%) были женщины и 11 (55%) – мужчины. Все пациенты ранее обращались с клиническими проявлениями, связанными с ГКМП, что подтвердилось как при биопсии, так и по данным визуализации.

МРТ проводилась на двух современных высокопольных томографах с напряженностью магнитного поля 3 Тесла (Magnetom Vida и Magnetom Trio, производства Siemens, Германия).

Для анализа деформации миокарда использовались программные решения, включая программное обеспечение Saas MR Strain от Pie Medical Imaging's CMR software, которое позволяет с высокой точностью рассчитывать такие параметры, как продольный, радиальный и циркуферентный стрейн.

Методика анализа включала измерение ключевых показателей стрейна, таких как максимальная деформация (Peak, выраженный в %) и время до достижения пикового значения деформации (Time to peak, выраженный в миллисекундах) для каждого типа стрейна – продольного, радиального и циркуферентного.

Результаты и обсуждение

В данном исследовании у всех 20 пациентов диагноз был подтвержден биопсией, что обеспечило точность клинической картины. Проведенный стрейн-анализ миокарда с использованием МРТ выявил значительные изменения в основных показателях деформации миокарда, таких как радиальный, продольный и циркуферентный стрейн. Основное внимание было уделено циркуферентному стрейну, который показал снижение максимальной деформации, выраженной в процентах (Peak). Это снижение циркуферентного стрейна указывает на ухудшение способности сердечной мышцы сокращаться в поперечном направлении, что может свидетельствовать о прогрессировании заболевания и более тяжелой форме ГКМП.

Выводы

Применение методики МРТ-стрейна у пациентов с гипертрофическими кардиомиопатиями демонстрирует высокую информативность и точность в оценке состояния миокарда. Стрейн-анализ позволяет выявить скрытые изменения в механике сердца, которые могут оставаться незамеченными при использовании других методов визуализации, таких как эхокардиография.

Шеркузиева Г.Ф., Абдукаримов С.А., Гаибназаров С.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА СНА У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ

Актуальность: В условиях современной жизни проблема рациональной организации режима дня приобретает всё большую актуальность, особенно среди студентов высших учебных заведений. Недостаток сна приводит к усталости, снижению продуктивности и может стать причиной множества заболеваний, таких как сердечно-сосудистые болезни, ожирение, диабет, депрессия и когнитивные нарушения. Это негативно сказывается на здоровье, снижает уровень энергии и повышает риск профессионального выгорания.

Цель исследования: Основной целью данного исследования является изучение изменений в режиме сна у студентов после поступления в высшее учебное заведение, а также анализ влияния этих изменений на их физическое и психическое здоровье. Исследование направлено на выявление нарушений сна, таких как его продолжительность, качество, а также определение возможных профилактических мер, способствующих улучшению сна и, как следствие, общему состоянию здоровья студентов.

Материалы и методы: Для достижения поставленных целей был проведён опрос студентов, включая первокурсников и старшекурсников. В качестве методов исследования использовались анкетирование и наблюдение, что позволило собрать данные о продолжительности и качестве сна у студентов, а также выяснить факторы, влияющие на сон и здоровье, включая стресс, изменения учебного графика и нехватку времени на отдых.

Результаты: Исследование показало, что 53% студентов засыпают и просыпаются в разное время, что ухудшает качество сна. Количество студентов, спящих менее 4-5 часов, увеличилось, а тех, кто спит 8-9 часов, стало меньше. 40% студентов отметили, что не высыпаются, что повышает риск ряда заболеваний, связанных с нарушением сна. Недостаток сна может привести к депрессии, нарушению когнитивных функций, ослаблению иммунной системы и профессиональному выгоранию. Для профилактики данных состояний рекомендуется придерживаться регулярного режима сна, создавать благоприятные условия для отдыха и избегать употребления стимуляторов, таких как кофеин, перед сном.

*Шеркузиева Г.Ф., Расулов Р.С., Тошпулатов Б.М., Бахриддинова М.Н.,
Эгамбердиева З.З., Бойсариева М.Р.*

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ

Рациональное использование и охрана почв в Узбекистане занимают особое место в общей проблеме охраны и рационального использования природных ресурсов. Их современное состояние вызывает тревогу потому, что за последние 30-50 лет почвы подверглись засолению, водной и ветровой эрозии, загрязнению тяжёлыми металлами, фторидами и агрохимикатами. Охрана окружающей среды и рациональное использование природных ресурсов не отделимы от решения проблем с формированием и утилизацией отходов эффективный контроль за образованием, хранением, обработкой, транспортировкой и удалением отходов имеет чрезвычайно важное значение для здравоохранения, охраны окружающей среды, рационального использования природных ресурсов и обеспечения устойчивого развития.

Проблему с отходами следует рассматривать и решать не по отдельным элементам, а как проблему «надлежащего управления отходами». Комплексное управление предполагает и сведения и минимуму, насколько это возможно, образования опасных отходов, а также обработке этих отходов таким образом, чтобы они не причинами ущерба, окружающей среды. Твёрдые бытовые отходы имеют сложного многокомпонентный состав и из существующих различных методов обезвреживания ТБО основное распространение в Узбекистане получил метод захоронения отходов в грунте на свалках. Известно, что с каждым миллионом тонн бытовых отходов теряется 360 тыс. т пищевых отходов, 160 тыс.т бумаги и картона до 55 тыс. т текстиля, до 45 тыс. т пластмасс и многих других природных к переработке компонентов.

Активное участие микроорганизмов в аккумуляции энергии и трансформации биогенных элементов обеспечивает жизнедеятельность других звеньев биоценоза и функционирование экосистемы в целом. Обладая мощным, разнообразным и лабильным ферментативным аппаратом, микроорганизмы играют исключительно важную роль в самоочищении почвы от разнообразных веществ – продуктов производственной и прежде всего сельскохозяйственной деятельности человека.

Нами было изучено санитарное состояние почвы г.Ташкента. В связи с этим было отобрано пробы из следующих точек : почва в местах производство растениеводческой продукции (23) почва на территории промышленных предприятие (30) почва в зоне влияние промышленных предприятие и транспортных магистралей (30) почва в селитебной зоны, (3615) в том числе детских учреждение и детские площадки(2860).

Пробы отобраны в местах производство растениеводческие продукции было всего 23(100%) из них 3 пробы (13%) на пестициды, 6 пробы(26,0%) на соли тяжёлых металлов, 4 пробы(17,3%) на бактериологические показатели, 6 пробы(26,0%) на гельминтологические и 4 пробы(17,3%) на радиоактивные вещества:на территории промышленных предприятие отобраны всего 30проб(100%) из них 6 пробы (20%) на пестициды, 18 пробы(60%) на соли тяжёлых металлов и 10 пробы(33,3%)на радиоактивные вещества; на территории в зоне влияние промышленных предприятие и транспортных магистралей отобраны всего Пробы(100%) из них 4 пробы (18%) на пестициды, 26 пробы(82%) на гельминты и отобранные пробы по всем показателем отвечает гигиеническим требованием, а пробы селитебной зоны (469) детских учреждений и площадки (333) не соответствует санитарным и гигиеническим требованием.

На бактериологические показатели отобраны всего из селитебной зоны 1214 (100%) пробы из них 469 (36,8%) не соответствует гигиеническим требованием, из почвы детских учреждений и площадок отобраны 922 (100%) пробы из них 333 (36,1%) не соответствует гигиеническим требованием.

Остальные показатели: т.е. пестициды, соли тяжёлых металлов, количество гельминтов и радиоактивных веществ во всех пробах соответствует гигиеническим требованием.

Из выше указанных можно сделать вывод что в основном почва селитебной зоны , детских учреждений и площадки по микробиологическим показателем не соответствуют гигиеническим требованиям и основным источником загрязнения является ТБО.

Ширнин О.Э., Кондратюк Р.Б., Бакурова Е.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОСЛОЙНЫХ МНОГОНЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ И ФЕРМЕНТАТИВНОГО ТЕСТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АНГИОГЕНЕЗА ОПУХОЛИ

В 21 веке в связи с развитием искусственных нейронных сетей всё большее внимание уделяется искусственному интеллекту (ИИ). Актуально применение ИИ в медицине. Кибернетическая модель мозга, предложенная Фрэнком Розенблаттом, может анализировать все данные, которые измеряются в цифрах (например, активность ферментов), и поэтому может применяться в качестве многофакторного классификатора при метаболомных, протеомных исследованиях. Одним из возможных направлений может стать прогнозирование эффективности химиотерапии на основе взаимосвязей особенностей метаболизма опухоли и её патоморфологии. Нами впервые предпринята попытка применения обучаемой искусственной нейронной сети (ИНС) для оценки индивидуальных пролиферативных и ангиогенных свойств опухоли, коррелирующих с особенностями активности фермента обмена дезокситимидина. Известно, что тимидинфосфорилаза (ТФ) - полифункциональный белок, обладающий пролиферативными, ангиогенными эффектами.

Цель работы: изучить возможность применения обучаемой ИНС с пороговой передаточной функцией для оценки особенностей активности тимидинфосфорилазы в опухолях рака легких, сопоставить ее с иммуногистохимическими маркерами пролиферации (Ki-67) и сосудистым маркером (CD34).

Материал и методы. В гомогенатах плоскоклеточного рака легких спектрофотометрически по изменениям оптической плотности тимина (дезокси тимидина) в 0,01 nNaOH исследованы виды активности ТФ; контроль - отдаленные от опухоли ткани краев резекции (по 25 пар образцов опухоль – индивидуальный контроль). Исследование показателей пролиферации (Ki-67) и ангиогенеза (CD34) проводили в этом же материале иммуногистохимическим методом, определяя уровни их экспрессии.

Результаты и обсуждение. Выявлена метаболическая неоднородность образцов опухоли, коррелирующая с особенностями экспрессии маркеров ангиогенеза и пролиферации. Так при низких уровнях экспрессии CD34 фосфорилазная активность ТФ (ТФф) составляла $42,58 \pm 8,72$ нмоль/мин·мг, а при высоких - повышалась до $102,89 \pm 15,72$ нмоль/мин·мг ($p < 0,05$). Установлена корреляция между ТФф и CD34 ($r = + 0,612$, $p < 0,05$). Это хорошо согласуется со сведениями о стимулирующем влиянии на формирование сосудов продуктов ее реакции – тимина и дезоксирибозо-1-фосфата. Трансферазная активность ТФ (ТФт) в опухолях превышала более чем в 2 раза активность в контроле (соответственно, $140,47 \pm 11,25$ и $55,84 \pm 9,72$ нмоль/мин·мг, $p < 0,01$). При этом экспрессия Ki-67 составляла до 20% клеток, т.е была низкой или умеренной. При выраженной экспрессии Ki-67 в опухолевых тканях (30% и выше), активность ТФт повышалась до $313,47 \pm 23,72$ нмоль/мин·мг. При индивидуальном сопоставлении между собой двух видов активности фермента установили, что при максимальной трансферазной активности ТФ, ее фосфорилазная активность в опухолях была умеренной или низкой. Итак, преобладание одного вида активности над другим может способствовать реализации или пропролиферативных эффектов ТФ, или ее ангиогенных стимулов, следовательно, способствовать морфологической гетерогенности образцов опухолей одного вида.

Созданная нами ИНС распределяла все случаи на 4 класса, в зависимости от индивидуальных особенностей видов активности ТФ. По задаваемым параметрам активности ТФ ИНС прогнозировала индивидуальную экспрессию сосудистого и пролиферативного маркеров. Определение видов активности ТФ в гомогенатах тканей является рутинным, хорошо воспроизводимым и недорогим методом. В то же время, широкое внедрение углубленного иммуногистохимического исследования особенностей опухолевой экспрессии ряда маркеров в условиях клиники весьма затруднительно и затратно. Следовательно, в сочетании с нейронной сетью такое исследование может быть использовано для оценки индивидуальных показателей опухолевой агрессии – пролиферации и ангиогенеза для индивидуализации химиотерапии рака.

Шкляев А.Е., Хамидуллина В.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЕЙПЕРОВ

Исследование посвящено оценке уровня стоматологической гигиены у лиц, курящих электронные сигареты. Группу обследуемых составили 80 человек (40 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 18 до 30 лет, из которых 40 человек являются регулярными пользователями электронных сигарет, а 40 человек - никогда не курили.

При анализе анамнестических данных участников исследования выявлено, что стаж курения 75,0% участников группы наблюдения составил от 2 до 4 лет, у остальных - более 4 лет. В 80,0% проанализированных случаев содержание никотина в курительной жидкости составляло 20 мг/мл, в остальных - 50 мг/мл и более. Большинство (70,0%) обследованных делают 150-500 затяжек в день, 20% - до 150 затяжек в день, 10% - 500-1000 затяжек в день.

Обращает на себя внимание статистически значимо более высокая распространенность патологических процессов в группе наблюдения. Так, частота гингивита в группе курящих электронные сигареты оказалась в 6 раз выше, чем у не курящих, частота зубного камня – в 7,5 раз. Ксеростомия, весьма характерная по данным других исследователей для потребителей электронных сигарет, встречалась только у участников группы наблюдения.

При анализе состояния зубов выявлено, что группа курящих характеризовалась существенно более выраженным (на 57,1%) их кариозным поражением, а также плохим уровнем гигиенического ухода за полостью рта по данным индекса Грина-Вермиллиона (ОHI-S). Низкий уровень гигиены ротовой полости, очевидно, связан как с недостаточной тщательностью домашней гигиены за полостью рта в группе наблюдения, так и с действием компонентов ингалируемого аэрозоля при использовании электронных сигарет.

Стандартный состав курительной жидкости, который представляет собой смесь таких компонентов как пропиленгликоль, глицерин, никотин и ароматические добавки, оказывает прямое повреждающее действие на слизистую оболочку полости рта. Пропиленгликоль, продукты распада которого включают уксусную кислоту, молочную кислоту и пропионовый альдегид, при регулярном воздействии повреждает эмаль зубов, глицерин оказывает раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта и на малые слюнные железы, притягивая влагу, он приводит к ксеростомии. Кроме того, при нагревании состава жидкости, используемой при парении, глицерин становится более вязким и образует стойкую плёнку на зубах с последующей адгезией к ней патогенных бактерий, что провоцирует развитие зубных отложений, как не минерализованных, так и минерализованных, активируя тем самым воспалительный процесс десен. Никотин, несмотря на не высокое его содержание в курительной жидкости, не исключает риск никотиновой зависимости и при регулярном потреблении оказывает негативное действие на слизистую оболочку ротовой полости, вызывая, гингивит, а в дальнейшем, вследствие нарушения кровообращения в деснах, может послужить развитию пародонтита, ускоряет развитие зубного камня, меняет состав ротовой жидкости.

По результатам проведенного исследования, участниками которого являлись 40 потребителей никотинсодержащих электронных сигарет и 40 не курящих, выявлено существенное влияние вейпов на стоматологический статус. По итогам проведенного исследования установлено, что средние показатели индекса гигиены ротовой полости по индексу Грина-Вермиллиона ОHI-S, индекса распространенности кариеса и частота проявления патологических состояний слизистой оболочки полости рта (кровоточивость десен, гингивит, кандидоз, ксеростомия) у представителей группы курящих электронные сигареты существенно хуже средних показателей группы не курящих.

Шокоцько Л.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛЕКСЕМЫ «И» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ XVII ВЕКА (НА МАТЕРИАЛЕ «ЖИТИЯ ПРОТОПОПА АВВАКУМА»)

Принято считать, что служебные слова (предлоги, частицы, союзы) выполняют исключительно «утилитарные» функции: соединительную, формообразующую, словообразовательную. На самом деле служебные части речи, особенно частицы, могут вносить различные смысловые оттенки в предложения, помогают автору выразить свои чувства, самые разнообразные субъективно-модальные характеристики и, наряду с другими средствами художественной выразительности, делают речь живой, образной.

До второй половины XVII века литература, в особенности житийная, носила схоластический характер. «Только раз в омертвелую словесность, как буря, ворвался живой, мужицкий, полнокровный голос. Это были гениальные «Житие» и «Послания» бунтаря, неистового протопопа Аввакума <...> канон разрушен вдребезги, вы физически ощущаете присутствие рассказчика, его жесты, его голос.» (А.Н. Толстой). «Мужицкий», «подлый» язык «огнепального протопопа» изобилует просторечиями, «красными словами», в том числе частицами.

Одной из самых многофункциональных является лексема *и*, которая

1. Подчеркивала, усиливала, акцентировала сообщение или какую-то его часть:

(1) <...> там зима в те поры живет, да бог грел и без платья! (АЖит34, с. 91).

2. Выражала ту или другую оценку, качественную характеристику:

(2) <...> утес каменной, яко стена стоит, и поглядеть – заломя голову! (АЖит34, с. 87).

3. Могла участвовать в характеристике, оценке ситуации. Характеризовались следующие основные её компоненты:

а) действие:

(3) <...> и поесть было неколи, нежели спать (АЖит34, с. 91);

б) «осуществители» действия – и субъект, и объект действия:

(4) Я сам жене своей и молитву говорил и детей крестил с кумом с прикащиком, <...>. Тем же образцом и Афонася сына крестил и, обедню служа на Мезени, причастил (АЖит34, с. 109);

(5) <...> вечен отец, вечен сын, вечен и дух святой <...> (АЖит34, с. 70).

4. Вносила в предложение значение следственной обусловленности:

(6) <...> ребенок-де есть захотел, так и плакал! (АЖит34, с. 119).

Отмечены случаи контекстной синонимии *и*, которая проявлялась, когда:

1. Частица, употребляясь в значении усилительной, соответствовала даже:

(7) <...> ко мне прислал десять рублей денег, <...> Родион Стрешнев десять рублей же, а дружище наше старое Феодор Ртищев, тот и шестьдесят рублей казначею своему велел в шапку мне сунуть (АЖит34, с. 119).

2) употребляясь в значении выделительной, соответствовала ведь:

(8) <...> уж у него и своя седа борода, а гораздо почитает отца и боится его. Да по писанию и надобе так (АЖит34, с. 105).

Кроме этого, *и* употреблялась в составе союзов, выражающих причинно-следственные, условно-следственные, уступительно-противительные отношения, внося значения, близкие к «даже» или «также», а также совмещала значения частицы и союза:

(9) <...> Аще и млад, да по старому сделал (АЖит34, с. 134);

(10) Но милостив господь: наказав, покаяния ради и помилует нас (АЖит34, с. 86).

*АЖит34 – Аввакум. Житие протопопа Аввакума: [Основной текст] // Житие протопопа Аввакума, им самим написанное, и другие его сочинения. – М.: Academia, 1934. –С. 6 –157.

Шпаченко Н.Н., Золотухин С.Е., Кривенко С.Н., Штутин А.А.

ГБУ ДНР «Республиканский центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Донецк

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кровотечение остается одной из основных причин гибели раненых и пострадавших на поле боя, ДТП, техногенных катастрофах и несчастных случаях. Анализ санитарных потерь позволил выделить категорию «потенциально спасаемых раненых». Это раненые, которые могли бы остаться в живых при своевременном и правильном оказании помощи на догоспитальном этапе. Они составили 25%. Основная их часть – это пострадавшие с не остановленным кровотечением. На догоспитальном этапе применяются методы временной остановки кровотечения. Цель работы. Изучить особенности оказания медицинской помощи пострадавшим при повреждении сосудов конечностей на догоспитальном этапе. Материал и методы исследования. Проведен анализ оказания медицинской помощи 375 пострадавшим с открытой травмой конечностей, сопровождающейся выраженным кровотечением. У всех пострадавших был шок. Средний возраст пострадавших $38,2 \pm 0,5$ года. Для оценки тяжести шока использовали интегральный показатель $\pm T$, разработанный в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Результаты и обсуждение. Проведен анализ оказания экстренной медицинской помощи 375 пострадавшим. Повреждения верхних конечностей отмечены у 69, нижних – у 306 пострадавших. У пострадавших отмечалось 105 случаев травматических отрывов и разможений конечностей и их сегментов, что составляет – 28,0% всех наблюдений. Среднее время от травмы и до начала оказания медицинской помощи составило – $96,3 \pm 2,2$ мин.; от осмотра до госпитализации – $93,2 \pm 2,2$ мин.; от травмы до окончательной госпитализации $188,9 \pm 3,4$ мин. Учитывая отсроченное начало оказания врачебной помощи пострадавшим, а также специфические условия, в которых эта помощь оказывалась, последняя оказывалась по синдромному принципу. Главным при этом было устранение синдромов непосредственно угрожающих жизни. Для остановки наружного кровотечения использовали жгут, жгут + асептическую давящую повязку (АДП) и АДП. Частота применения жгута возрастала с 11,3% до 55,6% с I-й по IV-ю группы пострадавших, соответственно частота применения АДП уменьшалась с 34,9% до 14,3%. Частота применения наркотических анальгетиков во всех группах пострадавших была примерно одинаковой – 77,7% - 83,3%. Наркотические анальгетики вводили только внутривенно и титровано, на фоне инфузионной терапии, при таком способе введения мы ни разу не получали угнетения дыхания. Высокоэффективным препаратом для обезболивания на догоспитальном этапе зарекомендовал себя калипсол, применяемый в дозах от $155,5 \pm 18,5$ мг до $202,0 \pm 31,5$ мг. С целью нормализации метаболических процессов внутривенно вводили вит. С 500-800 мг, растворы глюкозы 5-20% с инсулином, витамины группы В, цитохром С. С целью профилактики жировой эмболии применяли липостабил в дозах от $32,3 \pm 6,3$ мл до $40,2 \pm 5,7$ мл. Надо сказать, что у пострадавших, которым вводили липостабил, не отмечалось ни одного случая жировой эмболии. Важную роль у таких пострадавших играет инфузионная терапия (ИТ). Катетеризация сосудов для ИТ наиболее часто проводилась в IV-й группе пострадавших, в 47,6% случаев, практически у каждого второго, что связано с низким исходным систолическим артериальным давлением, составлявшим $56,4 \pm 2,6/27,0 \pm 2,6$ мм Hg; у семи пострадавших при первичном осмотре АД не определялось. Частота ИТ возрастала с 77,8% в I-й группе до 95,7%, 96,3% и 97,6% соответственно во II-й, III-й и IV-й группах. По мере роста тяжести пострадавших возрастал и объем вводимых растворов. Так, в I-й группе он составлял $801,9 \pm 29,1$ мл, во II-й – $989,1 \pm 46,0$ мл, в III-й – $1202,4 \pm 154,1$ мл и в IV-й $1589,1 \pm 102,3$ мл. Наиболее оптимально начинать проведение ИТ с введения сбалансированных солевых растворов переходя в дальнейшем на введение декстранов. Частота ИТ возрастала с 43,4% в I-й группе до 95,2% в IV-й и дозы введенных глюкокортикоидных гормонов. Транспортную иммобилизацию проводи-

ли подручными и штатными средствами а также устройствами оригинальной конструкции. Проведение полноценной транспортной иммобилизации на догоспитальном этапе, способствует уменьшению осложнений в 1,24 раза. Оказанная своевременно и в полном объеме врачебная помощь на догоспитальном этапе позволила снизить общую летальность до 2,4%. Все погибшие относились к четвертой группе пострадавших. Выводы. 1. Применение на догоспитальном этапе оптимальной инфузионной терапии, полноценного обезболивания, бережной транспортной иммобилизации и щадящей транспортировки позволяет доставлять пострадавших в стационар с удовлетворительными гемодинамическими показателями. 2. Кровоостанавливающий жгут должен применяться по строгим показаниям: продолжающееся артериальное кровотечение, не остановленное другими более безопасными способами. Применение КЖ ниже коленного и локтевого суставов должно быть запрещено, за исключением случаев отрыва и размоложения конечностей и при продолжающемся кровотечении.

Шпрах В.В., Болотова Э.Г.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Иркутск

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ВАРИАНТЫ ЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают второе место среди причин смертности после ишемической болезни сердца (ИБС) и третье – среди причин инвалидности в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. При этом 85% случаев ОНМК приходится на долю ишемических инсультов (ИИ).

Цель исследования. Определить основные факторы, влияющие на прогноз клинического течения у пациентов с ИИ в ранний восстановительный период, и выявить варианты клинического течения ИИ в его острый и ранний восстановительный периоды.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование, в котором приняли участие 145 пациентов молодого и среднего возраста с ИИ. Проанализированы основные сердечно-сосудистые факторы риска. Динамическое наблюдение за больными ИИ на этапе ранней реабилитации позволило выявить пять вариантов клинического течения острого и раннего восстановительного периодов ИИ: регрессирующее, регрессирующее с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой, стабильное, медленно прогрессирующее и быстро прогрессирующее течения.

Результаты и обсуждение. Выполнен сравнительный анализ удельного веса основных сердечно-сосудистых факторов риска с применением непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона у групп пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением раннего восстановительного периода ИИ, в результате которого выявлены факторы риска, статистически значимо способствующие его неблагоприятному течению: наличие у пациента ИБС в анамнезе, более выраженные двигательные, чувствительные и речевые нарушения в момент приема пациента в стационар и на исходе раннего восстановительного периода ИИ, поражение каротидного бассейна головного мозга, тяжелая степень ИИ по шкале инсульта национального института здоровья National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), нерегулярный прием назначенной антитромботической, антигипертензивной, гиполипидемической терапии или отказ от нее ($p < 0,05$). Проанализированные факторы риска подтвердились и по данным ROC-анализа. Регрессирующее течение в остром периоде ИИ выявлено у 43 (29,7 %) больных; регрессирующее с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой – у 78 (53,8 %) пациентов; стабильное течение наблюдалось у 4 (2,8 %) больных; медленно прогрессирующее течение – у 15 (10,3 %) пациентов и быстро прогрессирующее течение – у 5 (3,4 %) больных, в раннем восстановительном периоде – у 58 (40,0 %), 66 (45,5 %), 9 (6,2 %), 8 (5,5 %), 4 (2,8 %) соответственно.

Выводы. Модификация «управляемых» факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, соблюдение комплаентности пациентов вторичной профилактике ИИ позволит снизить частоту их инвалидизации и способствовать максимальному восстановлению нарушенных функций. Применение в повседневной медицинской практике врачами-неврологами, реабилитологами вариантов клинического течения ИИ у пациентов позволит более точно персонализировано определить его прогноз, дальнейшие этапы лечения и нейрореабилитационные мероприятия.

Шульга А.Г., Коробицына О.В.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Челябинск

РЕФРАКТЕРНАЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ НА ФОНЕ GAVE-СИНДРОМА

Пациентка женщина, 53 года. Анемия в течение многих лет, не обследовалась, принимала препараты железа с последующей нормализацией гемоглобина. В ноябре 2018г пациентка отметила нарастание общей слабости. Клинический анализ крови (06.12.2018): НВ 34г/л, эр-2,0*10¹²/л, МСН-17, МСV-65 фл, Нт-13%, лц-8,6*10⁹/л, тц-320*10⁹/л, э2% п8% с50% лф32% м8% нц 4:100 СОЭ-28мм/ч. Сывороточное железо - 3,3мкмоль/л, ОЖСС - 72,6 мкмоль/л, билирубин общий — 7,4 мкмоль/л. В стационаре лечение проводилось пероральными препаратами железа, гемотрансфузиями. При выписке НВ 82 г/л. Амбулаторно пациентка продолжала принимать железа III полимальтозат 100 мг 2 раза в день. 10.01.19 на приеме у терапевта НВ-36 г/л эр-1,9*10⁹/л, лц-6,1*10¹²/л, МСV-68 фл, МСН-18,9 тц-230*10⁹/л. ЭГДС (17.01.19): Заключение: «Арбузный» желудок (очаговая сосудистая эктазия антрального отдела желудка). Трижды проведена трансфузия эритроцитарной массы, продолжен прием препаратов железа внутрь. Направлена к гематологу. При обследовании: Клинический анализ крови от 20.03.2019: лц-4,3*10¹²/л, НВ-63 г/л, эр-2,87*10⁹/л, МСV-74 фл, рц-2,9%, тц-330*10⁹/л, э5% п1% с54% лф36% м4% СОЭ-20 мм/ч. СРБ-1,7 мг/л трансферрин -2,81 г/л ЛДГ-137 ЕД/л, сывороточное железо - 3,01 ммоль/л, процент насыщения трансферрина железом - 5,98%, ОЖСС - 58,2 мкмоль/л, фолаты крови-10,10 нг/мл, витамин В12 – 219 пг/мл, ферритин – 133 нг/мл. Кал на скрытую кровь отрицательный. Прямая проба Кумбса отрицательная. ИФТ костного мозга: данных за лимфопролиферативное заболевание нет, сидеробласты в костном мозге - не обнаружены. ПКМ: бласты-0% мц-3,5% э-2,5% нф ряд-42% эр.ряд-26% лф-26% плазм-1%. Костный мозг малоклеточный. нормобластический тип эритропоэза с умеренным макроцитозом. ускорено созревание нейтрофилов. лимфоцитоз. 27.03.2019 диагностическая ЭГДС: В антральном отделе слизистая желудка ярко гиперимирована (по большой кривизне диффузно и в виде широких полос по малой кривизне). При близком рассмотрении отмечается дилатация сосудов слизистой диффузного типа. Слизистая несколько гиперплазирована в антральном отделе. Также в антральном отделе ближе к нижней трети тела желудка видны множественные очаги до 0.2-0.3 см с дилатированным сосудистым рисунком. Заключение: GAVE-синдром. Учитывая клинические и лабораторные признаки железодефицитной анемии (повышение ферритина расценено, как следствие гемотрансфузионной терапии), начато внутривенное введение препаратов железа, на фоне чего отмечена положительная динамика: уменьшение общей слабости, повышение уровня НВ с 63 до 107 г/л (без трансфузий) за 4 недели. Выявлен источник скрытой кровопотери в виде эктазии вен желудка (CAVE-синдром). В качестве метода лечения CAVE-синдрома проведен эндоскопический гемостаз - аргонноплазменная коагуляция (АПК) в 2 этапа. Клинический анализ крови при выписке от 09.05.2019: лц-6,4 10⁹/л, Тц-216 10⁹/л. МСНС 314 г/л, МСН 25,4 пг, МСV 81 фл, НСТ 37,7%, Нв-118 г/л, эр- 4,65 10¹²/л. Пациентка выписана, рекомендовано продолжить прием препаратов железа. На протяжении 5 лет за медицинской помощью не обращалась. Летом 2024г вновь появились признаки анемического и сидеропенического синдромов. Анализ крови от 05.09.2024: Нв- 107г/л, Тц-350 10⁹/л, МСНС 296 г/л. МСН 23 пг, МСV 77 нг/л, НСТ 36 %, эр-4,7 10¹²/л, Лц-9,1 10⁹/л, Ферритин 8 нг/мл. ЭГДС от 04.09.2024: GAVE-синдром, рецидив. Повторно выполнен 1 сеанс АПК с дальнейшим улучшением состояния.

Таким образом, эктазия вен антрального отдела желудка (GAVE-синдром) может являться редкой причиной рефрактерного течения железодефицитной анемии. Без терапии GAVE-синдрома лечение таких пациентов безуспешно. Учитывая невозможность полного устранения эктазии вен антрального отдела желудка, таким пациентам может быть рекомендован постоянный профилактический прием препаратов железа.

Щербинин А.В., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Бессонова А.Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, Донецк

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В настоящее время лапароскопическая аппендэктомия является «золотым стандартом» хирургического лечения острого аппендицита.

Цель. Проанализировать причины развития осложнений острого аппендицита и сравнить количество осложнений при открытой и лапароскопической методиках.

Материалы и методы. Лапароскопическая аппендэктомия, как метод активно применяется в РДКБ с 2019 года. В 2023 году прооперировано 186 детей с острым аппендицитом, из них 10,2% имело осложненное течение в виде перитонита, а 6,9% – в виде аппендикулярного инфильтрата.

Диагностическое обследование состояло из сбора анамнеза, объективных данных, оценки лабораторных показателей, микробиологического исследования отделяемого брюшной полости с определением чувствительности к антибактериальным препаратам.

Результаты. Основными причинами развития осложнённого течения острого аппендицита у 60% больных была давность заболевания более 24 часов, а у 40,1 % детей имело место атипичное расположение отростка.

На этапе освоения методики, доля лапароскопических операций составляет в нашей клинике от 6 до 47% по данной патологии (в среднем 44,6%). При том доля конверсии колеблется от 6 до 12%. В настоящее время 60,7% больных оперируются лапароскопически. Среди них в 11,5 % (13 случаев) была выполнена конверсия. Рост количества последних обусловлен тем, что по мере освоения методики, чаще стал использоваться эндовидеохирургический метод лечения при большей давности заболевания, а также в клинике местного перитонита.

Средняя длительность лапароскопической операции на этапе освоения составляла 1,5 часа, по мере накопления опыта согласно кривой обучения длительность операции в среднем уменьшилась до 45 минут.

Сопоставляя количество осложнений, хочется отметить, что на этапе освоения эндоскопическое вмешательство характеризуется большим количеством осложнений – 15% (1,25% при открытом). Среди них основными являются инфильтрат брюшной полости и послеоперационной раны и встречаются в равном соотношении. Причинами конверсии в наших случаях были аппендикулярный инфильтрат (67%), разлитой перитонит (16,5%), дивертикулит (16,5%). Единичные осложнения, имевшие место во время освоения методики: подкожная эмфизема, инсуффляция газа в большой сальник, кровотечение из места стояния порта.

За последний год количество послеоперационных осложнений при лапароскопической аппендэктомии (1,5%) сопоставимо с аналогичным показателем при открытой аппендэктомии (2,1%).

Выводы. 1. Основными причинами развития осложнений острого аппендицита являются атипичная клиническая картина и поздняя обращаемость за медицинской помощью.

2. Лапароскопическая аппендэктомия имеет несомненное преимущество, но на этапе освоения метода дает неизбежно большее количество осложнений. Это происходит до момента достижения хирургом плато, когда процент осложнений при открытом и эндоскопическом методе выравниваются.

Элизбарашивили Л.Г.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ЯЗЫК МЕДИЦИНЫ – У ИСТОКОВ ДРЕВНОСТИ

Тот факт, что на протяжении многих веков и в настоящее время медицинские термины образуются на основе латинско-греческой лексики, придаёт особое значение изучению латинского языка не только как языка, необходимого в практической деятельности студента-медика, но и как языка одной из древнейших культур.

Язык медицины отличен от любого другого языка, и отличие заключается в том, что на нём не говорят. Основываясь на греко-римской терминологии, он определяет специфику врачебной речи и понятен лишь людям медицинской профессии. На нём врач мыслит о том, что есть человеческая жизнь, фиксирует знания о строении человеческого тела, о болезни, способах и средствах восстановления жизненных сил человека.

Возникновение и развитие языка медицины тесно связано с историей медицины.

Истоки медицины восходят ко времени возникновения человеческого рода.

«Их (врачей) деятельность – ровесница человека ... Было бы несправедливо считать историю медицины с письменного ее периода» (И.П.Павлов).

Самой древней из документированных медицинских систем является медицинская система Древнего Египта,

Знания о древнеегипетской медицине основаны на текстах древних медицинских рукописей. Наиболее известны 10 египетских медицинских папирусов, получивших свои названия по имени первых владельцев (Эдвин Смит, Херст, Чес-тер-Битти, Карлсберг, Георг Эберс), по месту находки (Кахунский, из Рамсессума), или по названию города, где хранятся (Берлинский, Лондонский, Лейденский). Многие из них в настоящее время находятся в частной собственности или в университетах по всему миру.

Непосредственными продолжателями традиций врачевания развитых культур Востока явились древнегреческие мыслители. Врачи древней Греции, на основе преемственности, систематизировали, дополнили и развили накопленные за тысячелетия медицинские познания древних цивилизаций. Основные сведения по врачеванию находим в эпических поэмах «Илиада» и «Одиссея» Гомера, литературно-художественных произведениях немедицинского характера, которые стали первыми греческими (и европейскими) письменными литературными памятниками.

Заметный след в дальнейшем развитии медицины, философии и психологии оставили выдвинутые представителем кротонской медицинской школы древнегреческим врачом Алкмеоном Кротским – положения о связи психики с мозгом. На идеи Алкмеона будет опираться вся медицина Гиппократов и, в частности, его учение о четырёх типах темперамента. С «Гиппократова сборника» («*Corpus Hippocraticum*»), куда вошло более 100 сочинений древнегреческих врачей на медицинские темы, фактически начинается история европейской медицины. Наименования из «Гиппократова сборника» в активном употреблении современных врачей, хотя и претерпели некоторые изменения.

Большая же часть клинической терминологии формируется на базе слов греческого языка, и это представляет основную языковую ценность сборника Гиппократов. В арсенале греческого врачевания появляется раздел медицины, названный впоследствии «клинической медициной».

В древние времена греческий язык оставался научным языком медицины. Основой римской медицины было греческое искусство врачевания. Ведущие врачи Рима были греческого происхождения и писали свои работы на греческом языке.

Великий Гёте советовал: «Изучайте не своих сверстников и сподвижников, а великих людей старины, сочинения которых в течение столетий сохранили одинаковую прелесть и одинаковый интерес... Изучайте Мольера, изучайте Шекспира, но прежде всего и всегда древних греков».

На фундаменте наследия врачей древности были заложены знания современной медицины, состоящие в значительной степени из слов греческого происхождения и слов на основе греческих словообразующих элементов. Древнегреческий и латинский языки остаются важным источником для образования новой терминологии в современной медицинской науке, создают условия для формирования и развития профессионального языка медицины.

Известный афоризм *Non est via in medicina sine lingua Latina* – «Нет пути в медицине без латинского языка» включает не только понимание чисто практических целей обучения для будущего врача, но имеет более широкое значение, связанное с его общекультурным развитием.

Юзвак Н.А., Даренская М.А., Чугунова Е.В., Колесникова Л.И.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск

СИСТЕМА ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У МУЖЧИН С РАННИМИ СТАДИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Цель исследования: оценить активность реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной защиты (АОЗ) и эндогенной интоксикации (ЭИ) у мужчин, больных сахарным диабетом 1 типа (СД1) на начальных стадиях диабетической нефропатии (ДН).

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 97 мужчин молодого репродуктивного возраста (от 18 до 40 лет). В качестве основной группы были выбраны 69 мужчин молодого репродуктивного возраста с СД1 и высоким гликемическим индексом, поступившие в плановом порядке в стационар в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница». Контрольную группу составили 28 практически здоровых мужчин. Критерии исключения мужчин из основной группы: диагноз СД 2 типа или прочих эндокринных заболеваний, наличие первичных поражений почек, тяжелых осложнений СД в виде почечной недостаточности. Для оценки показателей процесса ПОЛ, АОЗ и ЭИ в исследовании использовались спектрофотометрические и флюорометрические методы. Параметры ПОЛ: первичные (Диеновые конъюгаты – ДК), вторичные (Кетодиены и сопряженные триены – КД и СТ) и конечные продукты (продукты, реагирующие с тиобарбитуровой кислотой –ТБК-АП) определяли в плазме крови спектрофотометрическим методом. Активность системы АОЗ измерялась по уровню общей антиокислительной активности (АОА), а также α -токоферола и ретинола (флюорометрические методы). Для характеристики процесса эндогенной интоксикации использовались значения среднемoleкулярных пептидов (СМП 238, СМП 254, СМП 280). Для описания данных применялось вычисление медианы и квартилей (Me, (25%-75% квартили), количественное сравнение двух независимых выборок выполнялось с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни с критерием значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования: Были выявлены более высокие значения первичных и вторичных продуктов ПОЛ – ДК и КД и СТ в основной группе относительно контроля ($p < 0,05$). В отношении конечных ТБК-АП регистрировалась тенденция в виде более низких значений в группе мужчин с начальной стадией нефропатии в сравнении с контролем ($p < 0,05$). При оценке уровня общей АОА было зафиксировано снижение её значений в группе мужчин с начальной стадией нефропатии ($p = 0,011$) относительно контроля, что может быть связано с нарастающей недостаточностью АОЗ, проявляющееся в виде уменьшения концентрации основных антиоксидантов. Концентрация α -токоферола отмечала более низкие значения в группе мужчин с начальной стадией диабетической нефропатии в сравнении с контролем, однако уровень ретинола в группах мужчин с начальной стадией нефропатии ($p < 0,001$) возрастал. Были зарегистрированы повышенные значения СМП 238 ($p < 0,05$) и сниженные СМП 280 ($p < 0,0001$) относительно контроля, что свидетельствует о воспалении и нарушении клеточных функций в организме.

Заключение.

У пациентов с СД1 на начальной стадии ДН регистрируются окислительные повреждения липидов, повышенные уровни первичных и вторичных продуктов липопероксидации. Антиоксидантные факторы у мужчин с СД1 на начальной стадии ДН представлены повышенными значениями ретинола; сниженными – общей антиокислительной активности, α -токоферола, свидетельствующими об особенностях реагирования системы антиоксидантной защиты в условиях манифестации диабетической нефропатии. Также была отмечена интенсификация процессов эндогенной интоксикации в крови мужчин с начальной стадией диабетической нефропатии.

Юлдашева Ф.У., Косимова Х.Т., Мардонова Ф.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОРЯДКА ДНЯ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Правильный повседневный образ жизни – основа физического, психического здоровья и жизненного успеха каждого человека. В этот период студентам особенно важно установить правильный распорядок дня. Неправильный распорядок дня может оказать серьезное негативное влияние на здоровье студентов. Если учебное время не спланировано должным образом, при неправильном распорядке дня, учащиеся столкнутся с трудностями в процессе обучения. Оставление домашних заданий и подготовки к экзамену на последнюю минуту приводит к нехватке времени, что приводит к стрессу и плохим оценкам. Недостаток сна и проблемы со здоровьем: Недостаток сна – одна из самых распространенных проблем среди студентов. Поздний ложиться спать и рано вставать или нерегулярный режим сна отрицательно влияет на физическое и психическое здоровье. Это, в свою очередь, приводит к снижению способности концентрироваться, утомляемости и даже к ослаблению иммунной системы. Стресс и умственное напряжение: из-за неправильного распорядка дня задания не выполняются вовремя, что вызывает у ученика постоянный стресс и беспокойство. Высокий уровень стресса может ухудшить настроение, снизить мотивацию и увеличить риск депрессии. Снижение физической активности: без правильного распорядка дня становится трудно найти время для физической активности или спорта. Малоактивный образ жизни может привести к увеличению веса, сердечно-сосудистым заболеваниям и другим проблемам со здоровьем. Недостаток физической активности также негативно влияет на психическое здоровье, снижая настроение и снижая трудоспособность. Расстройства пищевого поведения. Неправильный распорядок дня обычно приводит и к неправильной организации питания. Среди студентов распространена быстрая и нездоровая еда. Это приводит к дефициту витаминов и питательных веществ, снижению энергии и ухудшению общего состояния здоровья.

Юлдашева Ф.У., Косимова Х.Т., Туйчибоева Д.Ш., Музрапова И.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В современном мире мобильные телефоны стали неотъемлемой частью повседневной жизни. Несмотря на их многочисленные преимущества, такие как доступ к информации и возможность общения, их использование оказывает значительное влияние на здоровье человека. Кроме того, электромагнитное излучение от устройств вызывает озабоченность в отношении его потенциального влияния на мозг и риск развития опухолей. Также смартфоны ассоциируются с ухудшением сна, повышением уровня стресса и развитием зависимостей. Важным аспектом является осознание рисков и разработка мер по минимизации негативных последствий использования мобильных устройств, таких как соблюдение гигиены цифрового пространства и ограничение времени, проводимого с телефоном.

В сегодняшней день мобильные телефоны стали неотъемлемой частью нашей жизни. Они влияют значительно на различные аспекты здоровья и гигиены человека. Исследования показывают, что мобильные телефоны могут быть источником бактерий и микробов, а также излучают электромагнитные волны, которые могут воздействовать на организм. Широкое распространение мобильных телефонов. Сегодня мобильные устройства стали неотъемлемой частью повседневной жизни. Большинство людей используют их для общения, работы, получения информации и развлечений. В медицине мобильные телефоны также играют важную роль, например, в телемедицине, мониторинге здоровья и доступе к медицинским услугам. Влияние на здоровье. Исследования показывают, что чрезмерное использование мобильных телефонов может негативно влиять на различные аспекты здоровья, включая: Нарушение сна из-за синего-голубого света экрана. Развитие болей в шее и спине из-за длительного нахождения в одной позе. Ухудшение зрения из-за постоянного напряжения глаз. Потенциальные риски от электромагнитного излучения, хотя их влияние на здоровье человека остается спорным и требует дальнейшего изучения. Психологическое воздействие. Увеличение зависимости от мобильных устройств связано с ростом случаев тревожных состояний, депрессии и ухудшением концентрации. Это особенно актуально для молодого поколения, которое больше подвержено риску развития зависимости от гаджетов. Использование мобильных приложений в медицине. Мобильные приложения для контроля за здоровьем становятся важными инструментами, позволяющими пациентам отслеживать параметры здоровья (например, артериальное давление, уровень сахара в крови), напоминать о приеме лекарств и получать консультации врачей удаленно. Это делает мобильные телефоны полезными для улучшения качества жизни и медицинского обслуживания. Кибербезопасность и конфиденциальность. В связи с ростом использования мобильных телефонов в медицине (например, для хранения и передачи медицинских данных), возникает важный вопрос кибербезопасности и защиты конфиденциальной информации пациентов.

Яворская Л.В., Макеев Г.А., Озерова Т.Л., Ларичева Т.С., Бутук Д.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ ПО РАЗДЕЛУ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

В начале профессиональной деятельности большинство врачей-стоматологов испытывают трудности во время приёма пациентов с различными врождёнными и приобретёнными дефектами челюстно-лицевой области при их ортопедическом лечении, что не является исключением для ординаторов кафедры ортопедической стоматологии. Внедрение в клиническую практику программы «Выбора конструкции шинирующего протеза» позволит молодым врачам-стоматологам-ортопедам повысить точность расчета силовых взаимоотношений между зубами-антагонистами, объективизировать выбор конструкции протезов. Это позволит избежать диагностических ошибок по выбору количества опорных зубов при планировании ортопедического лечения.

Медицинские учреждения нашей страны нуждаются в высококвалифицированных специалистах стоматологах, освоивших новые технологии и совершенствующих своих практические навыки, готовых к воспроизводству знаний и умений в современном социуме.

Цель программы ординатуры по специальности 31.08.75. «Стоматология ортопедическая» - подготовка квалифицированного врача-специалиста стоматолога ортопеда, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях специализированной, в том числе высокотехнической медицинской помощи.

Для решения этой проблемы нами разработана программа диагностики состояния пародонта с использованием одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского и подсчёт коэффициентов выносливости пародонта. Для определения количества опорных зубов в будущей конструкции протеза применяли правило: сумма коэффициентов опорных зубов должна быть больше или равна половине суммы коэффициентов зубов-антагонистов. Это правило легло в основу программы выбора конструкции протеза.

Отработка практических навыков выбора конструкции шинирующих протезов при заболеваниях пародонта ординаторами проводилась на диагностических моделях челюстей пациентов, которым планировалось изготовление протезов.

Всего обследовано 10 пациентов с заболеванием пародонта, которым изготавливались шинирующие конструкции протезов. Анализ выбора конструкции протезов ординаторами проводился дискуссионным методом с учётом ошибок, допущенных каждым ординатором под руководством опытного преподавателя.

Обследование полости рта пациента, ординаторы измеряют глубину десневых карманов, определяют степень подвижности опорных зубов, и на основании изменений устанавливают функциональную ценность зубов, и на основании измерений устанавливают функциональную ценность каждого зуба по четырёх бальной системе.

Нами дополнена пародонтограмма В.Ю. Курляндского. С помощью сконструированного прибора - пародонтодинамометра собственной конструкции - определяем степень выносливости пародонта отдельных зубов. После занесения этих данных, выраженных в килограммах, в пародонтограмму автор предлагает называть её пародонтостезиограммой. Кроме того, определяли остаточную мощность опорного аппарата зубов при различной степени атрофии их лунок для каждого зуба в отдельности и для каждой челюсти в килограммах и в процентах. Клинические (статистические) методы определения функционального состояния зубочелюстной системы доступны, несложны и отнимают мало времени у ортодонта. Каждый ординатор определяет конструкцию шинирующего протеза на гипсовых моделях челюстей пациентов.

Явтуховский А.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение. В настоящее время послеродовое кровотечение является одной из ведущих причин материнской смертности в России и во всем мире. Точный расчет объема циркулирующей крови и персонализированная оценка объема кровопотери играют ключевую роль в ранней диагностике послеродового кровотечения и выбора соответствующей тактики лечения.

Цель исследования. Сравнить методы оценки объема кровопотери во время родов и в раннем послеродовом периоде по эффективности и возможность прогнозирования неблагоприятных исходов.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников, посвященных оценке эффективности использования методов объема кровопотери: гравиметрического метода, метода оценки шокового индекса, метода использования мешков коллекторов.

Результаты и их обсуждение. Гравиметрический метод оценки при помощи измерения веса использованных подгузников, марлевых салфеток и других материалов, которые могли впитать кровь до и после родов является достаточно простым в использовании методом не требующим специального оборудования и дополнительных данных, однако его погрешность в сторону недостаточной оценки объема кровопотери равняется больше 15%. Оценка объема кровопотери при помощи расчета шокового индекса является с точки зрения клинической практики наиболее простым и быстрым методом диагностики послеродовой кровопотери. Скрининговый потенциал данного метода позволяет прогнозировать неблагоприятные материнские исходы. Однако его погрешность равна 12-15% и может увеличиваться в связи с индивидуальными особенностями организма женщины. Например, в случае повышения значения шокового индекса в раннем послеродовом периоде у женщин, не получивших обезболивания во время родов. Это связано с болевым синдромом во время схваток, что индуцирует активацию симпатической нервной системы и приводит к учащению частоты сердечных сокращений, увеличению сердечного выброса, ударного объема (15%), детерминирует повышение систолического артериального давления. Метод оценки объема ранней послеродовой кровопотери с использованием мешков-коллекторов, имеющих градуированную шкалу для определения объема крови поступившей в них во время родов и в раннем послеродовом периоде, является наиболее точным (с погрешностью <5%) и объективным. Однако, применение его ограничено, поскольку в некоторых лечебных учреждениях мешки-коллекторы могут быть недоступны. Для обеспечения точности измерений медицинский персонал должен быть проинструктирован и обучен правильному использованию мешков-коллекторов. Что также ограничивает применение данного метода.

Выводы. Выявлено, что гравиметрический метод оценки объема кровопотери не может рассматриваться как самостоятельный, так как при его использовании присутствует большая погрешность. Комбинирование гравиметрического метода и метода оценки объема кровопотери при помощи шокового индекса может значительно повысить качество диагностики и улучшить клинические исход в родах и раннем послеродовом периоде. Оценка объема кровопотери в послеродовом периоде с помощью мешков-коллекторов является наиболее эффективным и точным методом, который позволяет максимально быстро и объективно оценить состояние пациентки, незамедлительно выбрать тактику лечения.

Якименко Р.Д., Головенко В.А., Полозова А.С., Верич А.А., Куйдан Д.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Актуальность. Пандемия COVID-19 существенно повлияла на эффективность системы иммунизации в 2020-2022 гг., что привело к накоплению значительной прослойки не привитых и недостаточно привитых детей. В связи с этим, в Российской Федерации (РФ) в 2023 г. количество случаев заболевания корью составило 8 тысяч, что почти в триста раз превышало аналогичную статистику 2022 г. Кроме последствий изоляционно-ограничительных мер против COVID-19, рост числа случаев кори в стране также был обусловлен увеличением количества негативно настроенных к вакцинации родителей, а также притоком в РФ мигрантов из соседних стран с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией.

Цель исследования: оценить эпидемический процесс кори в 2023 г. и за 9 месяцев 2024 г. в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев кори по данным Федерального бюджетного учреждения здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Донецкой Народной Республике» за 2023 г. и 9 месяцев 2024 г.

Результаты и обсуждение: Распространению кори в ДНР в 2023 г. предшествовал ее завоз из других регионов РФ - городов Санкт-Петербург, Москва, Ростов-на-Дону. В возрастной структуре заболевших 76,7% (23 человека) составляли дети в возрасте от 1 года до 17 лет и 23,3% - взрослые (7 человек). Среди детей первого года жизни случаи заболевания корью не регистрировались. Также зарегистрировано 3 семейных очага с множественными случаями, в т.ч. один - с 8-ю случаями и два - с 5-ю случаями. Удельный вес детей в семейных очагах составил 88,8 % (16 человек).

За 9 месяцев 2024 г. было зарегистрировано 39 случаев кори, показатель заболеваемости составил 1,48 на 100 тыс. населения, что примерно соответствовало показателю заболеваемости за аналогичный период 2023 г. Случаи заболевания корью зарегистрированы в гг. Макеевка (21 случай), Донецк (9 случаев), Мариуполь (3 случая), Харцызск (2 случая), Снежное (1 случай), в Амвросиевском (2 случая) и Первомайском районах (1 случай).

Как и в 2023 г. в возрастной структуре заболевших корью преобладает детское население 69,2% (27 чел.). Среди взрослых заболеваемость этой инфекцией составила 30,7% (12 чел.). Диагноз «корь» подтвержден лабораторно в 38 случаях, у одного ребенка биологический материал не отбирался из-за отказа матери.

В 2024 г. среди заболевших против кори привито двукратно 9 человека, однократно 4 человека и 26 человек не имели прививок. Из не привитых 3 ребенка не достигли возраста вакцинации, один не привит по причине медицинского отвода и 23 человека (12 в том числе, взрослых) - из-за отказов от проведения профилактических прививок.

У всех заболевших корью отбирали биологический материал (сыворотка крови) для исследования, который направлялся в вирусологическую лабораторию ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области». Во всех образцах были выделены IgM к вирусу кори.

Выводы. В регионе следует активизировать противоэпидемическую работу против кори, вкладывая ресурсы в развитие надежных систем эпидемиологического надзора и в формирование противоэпидемического потенциала, позволяющего оперативно выявлять и сдерживать вспышки этой инфекции в настоящем и будущем, а также рационально организовывать экстренную вакцинопрофилактику кори в очагах.

Якименко Ю.Ю., Мурко А.М., Русанова К.В., Дмитренко Б.В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ COVID-19 И ПОСКОВИДНОГО СИНДРОМА НА РЕАНИМАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

Актуальность проблемы. COVID-19 вызвал глобальные изменения в подходах к интенсивной терапии и реанимации, что связано с особенностями течения заболевания, тяжелыми осложнениями и развитием постковидного синдрома (ПКС). У пациентов с COVID-19 отмечаются острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), тромбоэмболические осложнения и полиорганная недостаточность, требующие уникальных реанимационных стратегий. Постковидный синдром, включающий длительные респираторные, кардиологические и неврологические симптомы, усложняет ведение пациентов на этапах реанимации и восстановления.

Цель. Изучить влияние COVID-19 и постковидного синдрома на изменения в реанимационных подходах и интенсивной терапии на основе анализа данных клинических исследований.

Материалы и методы. Проведен анализ 40 исследований из баз данных eLibrary, PubMed, Scopus за 2020–2024 годы. Основные критерии: изменения протоколов реанимации у пациентов с COVID-19, эффективность новых подходов (например, применение ЭКМО), особенности ведения пациентов с постковидным синдромом. Включены данные по взрослым пациентам с тяжелым течением COVID-19 и длительными последствиями после перенесенной инфекции.

Результаты

1) Реанимационные подходы при ОРДС. У 80% пациентов с тяжелым COVID-19 развивался ОРДС. Введение прон-позиции (лечение в положении на животе) улучшало оксигенацию на 40% и снижало смертность на 15%. Применение ЭКМО показало эффективность у пациентов с рефрактерной гипоксемией, однако ограничивалось высокой стоимостью и ресурсозависимостью метода.

2) Тромбоэмболические осложнения. Частота тромбоэмболий у пациентов с COVID-19 составляла до 30%. Протоколы антикоагулянтной терапии, адаптированные к COVID-19, снижали летальность на 20%, но увеличивали риск геморрагических осложнений.

3) Постковидный синдром и реанимация. У пациентов с ПКС в 60% случаев сохранялись респираторные и кардиологические нарушения, включая сниженный диффузионный потенциал легких и миокардиальную дисфункцию. Эти изменения повышали потребность в повторной госпитализации и реанимационных мероприятиях.

Обсуждение. COVID-19 вызвал пересмотр стандартных подходов к интенсивной терапии. Реаниматологи сталкиваются с необходимостью управления ОРДС с уникальными патофизиологическими особенностями, требующими использования высокопоточников кислорода, прон-позиции и экстракорпоральных методов. Постковидный синдром, влияющий на долгосрочную функцию легких, сердца и нервной системы, приводит к увеличению числа реанимационных пациентов даже спустя месяцы после первичного заболевания. Эти пациенты требуют комплексного подхода, включающего мультидисциплинарное ведение.

Заключение. Пандемия COVID-19 изменила подходы к реанимации и интенсивной терапии, сделав акцент на новые протоколы лечения ОРДС, профилактике тромбоэмболий и ведении пациентов с постковидным синдромом. Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации лечения и реабилитации таких пациентов, а также для снижения нагрузки на реанимационные отделения в долгосрочной перспективе.

Якименко Ю.Ю., Чачанидзе О.В., Годсков К.А., Вечеровский В.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ ГЕНЕТИКИ В ВЫБОРЕ АНЕСТЕТИКОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Актуальность проблемы. Современная анестезиология сталкивается с необходимостью повышения безопасности и эффективности анестетических пособий. Индивидуальные различия в метаболизме и фармакодинамике препаратов являются одной из основных причин вариабельности клинического ответа на анестетики. Фармакогенетика изучает влияние генетических полиморфизмов на лекарственный метаболизм, распределение и рецепторные взаимодействия, что открывает перспективы для персонализированного выбора препаратов. Дети, ввиду незрелости ферментных систем, и взрослые с полиморфизмами генов, таких как CYP2D6, CYP3A4, RYR1 и UGT1A1, требуют особого подхода при планировании анестезиологического обеспечения.

Цель. Оценить роль генетических факторов в выборе анестетиков и их дозирования у детей и взрослых на основании анализа данных современной литературы.

Материалы и методы. В исследовании проведен мета-анализ данных из 25 публикаций, включающих обзоры, рандомизированные клинические исследования и наблюдательные исследования за 2010–2024 годы. Поиск источников осуществлялся в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Были проанализированы данные о влиянии полиморфизмов генов CYP2D6, CYP3A4, RYR1, OPRM1, SLCO1B1 и UGT1A1 на метаболизм анестетиков и анальгетиков, частоту побочных эффектов и клинические исходы.

Результаты

Мета-анализ показал, что:

1. Полиморфизм CYP2D6 влияет на метаболизм опиоидов. У ультрабыстрых метаболитаторов (7,4% случаев) отмечается повышенный риск токсичности кодеина и трамадола, тогда как у медленных метаболитаторов (9,2%) снижается анальгетическая эффективность.

2. Ген RYR1 ассоциирован с риском злокачественной гипертермии при использовании ингаляционных анестетиков. Заболевание встречается у 1:10 000–1:100 000 пациентов, чаще у детей.

3. Полиморфизм UGT1A1 замедляет метаболизм пропофола, увеличивая риск его накопления у детей.

4. Ген SLCO1B1 участвует в транспорте некоторых анестетиков и анальгетиков, влияя на скорость их выведения и частоту побочных эффектов.

Обсуждение. Данные анализа подтверждают необходимость генетического тестирования пациентов перед проведением анестезии, особенно в педиатрической практике и у пациентов из групп риска. Разработка персонализированных протоколов, учитывающих генетические особенности, способна минимизировать частоту осложнений и улучшить клинические исходы. Однако основными барьерами для внедрения таких подходов являются отсутствие стандартов тестирования и его высокая стоимость.

Заключение. Фармакогенетика является перспективным направлением анестезиологии, которое способствует переходу к персонализированному подходу в выборе препаратов и их дозировок. Внедрение рутинного генетического тестирования требует дальнейших исследований, направленных на стандартизацию методов и оценку их экономической целесообразности. Учет генетических особенностей пациентов позволит повысить безопасность и эффективность анестезии, особенно у детей и взрослых с особенностями метаболизма.

Якимович С.Е.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ, Луганск

АНАЛИЗ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ежегодно на территории Луганской Народной Республики регистрируется в среднем около 10 тыс. позитивных результатов при исследовании на маркёры вирусных гепатитов. Наибольшее количество положительных результатов оказывается среди маркёров парентеральных гепатитов, при этом процент позитивных результатов среди исследований на гепатит В составляет 3,5 %. Весьма злободневной представляется проблема сочетанного поражения внутренних органов, в частности сочетание вирусных гепатитов с воспалительными процессами в желчном пузыре, преимущественно в виде хронического некалькулезного холецистита, что негативно влияет на течение обеих заболеваний. Распространенность хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) у больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) колеблется в пределах 22 – 42% и сопряжена с прогрессированием нарушений гепатобиллиарной патологии

У больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита отмечается типичная клиническая симптоматика, характеризующаяся наличием синдрома «правого подреберья»: тяжесть и болезненность в области печени, положительные симптомы Керра и Ортнера; астеновегетативного синдрома: слабость, недомогание, снижение работоспособности, нарушение сна; синдрома гепатоспленомегалии; синдрома желтухи: субиктеричность кожных покровов и склер; диспептического синдрома: горечь и металлический привкус во рту, тошнота, обложенность языка налетом; наличие «печеночных знаков»: пальмарная эритема, телеангиоэктазии, матовость ногтевых пластинок, расширение мелких венозных сосудов.

Биохимические показатели у обследованных больных ХВГВ на фоне ХНХ характеризовались умеренно выраженной гипербилирубинемией, преимущественно за счет прямой фракции, умеренной гипертрансфераземией, повышением показателя тимоловой пробы, содержания «анаэробных» фракций ЛДГ 4+5 в сыворотке крови. При этом обращает внимание значительное количество частоты встречаемости у обследованных больных синдрома холестаза, у этих пациентов отмечались повышенный уровень холестерина и ЛПВП в сыворотке крови, значительное повышение активности экскреторных ферментов – ГГТП и ЩФ.

По данным сонографического исследования органов брюшной полости установлено наличие увеличения размеров печени, неравномерность ее контуров, повышение эхогенности паренхимы с наличием мелкозернистых включений, размытый или стертый сосудистый рисунок, нечеткая визуализация диафрагмального контура печени. У части больных – расширение внутripеченочных протоков.

Выводы. Современная оценка распространенности и заболеваемости хроническим вирусным гепатитом В на территории Луганской Народной Республики подтверждает тот факт, что на смену резкому подъёму заболеваемости острыми вирусными гепатитами, наблюдавшуюся в 1996-1999 гг., пришла эпидемия хронических вирусных гепатитов, нередко сочетающихся с хроническим некалькулезным холециститом.

Якобчук А.В., Косенкова-Дудник Е.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В АНТИЧНОМ ОБЩЕСТВЕ (НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКОЙ ФРАЗЕОЛОГИИ)

Алкоголь играл в истории человечества как положительную роль, являясь своего рода первым антисептиком и источником вдохновения, так и отрицательную, лишая человека воли и здравого рассудка. Отношение римлян и греков к алкоголю отражено в афоризмах, возникших ещё в древние времена, и носит, как позитивный, так и негативный характер. Люди античности, по большей части, придерживались умеренности в еде и питье, старались оградить молодёжь от вредных привычек, заинтересовать спортом и интеллектуальным трудом.

В Древней Греции культ вина был чрезвычайно распространён и, несмотря на то, что умеренность была одной из основных добродетелей древнего грека, часто разбавленное вино (неразбавленное применялось исключительно в кулинарии и медицине в качестве лекарства) употребляли на Агоре при обсуждении государственных вопросов и на симпозиумах, ритуальных пиршествах, посвящённых богу вина Дионису. В современном обществе слово «симпозиум» прочно обосновалось в научной среде в значении «конференция, научное совещание». Пить вино разрешалось только взрослым гражданам, у которых были дети; мужчины и женщины репродуктивного возраста вино не употребляли. Древнегреческий философ Плутарх писал: «*Ebrii ebrios gignunt*» - «Пьяные рожают пьяных». Свободные спартанцы вино не употребляли и пропагандировали трезвый образ жизни среди молодёжи, зато раб должен был выпивать несколько чашек вина в течение дня, таким образом спартанцы лишали рабов возможности нормально мыслить и предотвращали вероятность возникновения восстаний.

В Риме эпохи царства и ранней республики вино разрешалось пить в незначительном количестве только гражданам, достигшим тридцатилетнего возраста. Употребление вина женщинами не поощрялось, муж мог избить и даже убить жену, если узнавал, что она пьёт вино, и не подвергался наказанию за свои действия.

И всё же у алкоголя были и положительные свойства, младенцам и детям добавляли вино по капельке в питьё, таким образом обеззараживая воду и предотвращая распространение желудочно-кишечных заболеваний. В наше время фраза «*In vino veritas*» - «Истина в вине» как правило употребляется в качестве пропаганды употребления спиртных напитков, якобы человек получает ответы на все свои вопросы, пребывая в состоянии изменённого состояния сознания. Хотя афоризм трактовался древними совершенно иначе - человек в состоянии алкогольного опьянения склонен к неоправданной, неуместной, а иногда и опасной откровенности, в русском языке соответствует поговорка «Что у трезвого на уме, то у пьяного на языке». В медицинской фразеологии получила распространение развёрнутая версия выражения «*In vino veritas, in aqua sanitas*» - «Истина в вине, здоровье в воде», которое употребляется Плинием Старшим в Естественной истории. Ему же приписывается ещё один вариант фразеологизма «*In vino veritas multum mergitur*» - «В вине истина часто тонет». Известное изречение Аристотеля, распространённое в эпоху Римской империи Сенекой, гласит «*Ebrietas est voluntaria insania*» - «Пьянство - добровольное безумие» или у Плутарха «*Ebrietas est metropolium omnium vitiorum*» - «Пьянство - средоточие всяческих пороков». Эти афоризмы однозначно порицают неумеренное употребление спиртных напитков, сопровождающееся буйством и изменением морального облика человека.

Известно, что спиртные напитки, в частности красное вино, имеет ряд полезных качеств: оно богато витаминами и микроэлементами, обладает дезинфицирующими свойствами, снижает уровень холестерина в крови и т.д., но в употреблении следует быть умеренным и не доходить до состояния опьянения. Древним это явление было хорошо известно, что отразилось в большом количестве устойчивых выражений, порицающих неумеренное употребление алкоголя. Ещё до нашей эры величайший врач древности Гиппократ сформулировал один из основных принципов здорового и благополучного существования человека «*Cibi, potus, somnus, venus omnia moderata sint*» - «Пища, питьё, сон, любовь - пусть всё будет умеренным».

Яковлева М.Н.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

ОСОБЕННОСТИ САРКОПИИ У ДЕТЕЙ

Саркопения (СП) – это атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы. Различают первичную СП, вызванную возрастными изменениями и вторичную, развитие которой связано с болезнью (лечением, особенностями питания, снижением активности). СП у детей носит вторичный характер. Распространенность зависит от нутритивного статуса (НС) и фоновой патологии. По данным литературы у детей сочетается с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) в 2-11%, с ожирением в 69%.

Стандарты диагностики СП у детей до настоящего времени не разработаны, в практике используют те же методы, что и у взрослых. Для диагностики может быть использован опросник SARC-F (у подростков), у детей младшего возраста (2-12 лет): шкала оценки риска падений «Шалтай-Болтай», тесты для оценки моторных навыков и функциональные тесты для оценки физической силы и выносливости (тест подъема со стула, определение скорости ходьбы, кистевая динамометрия). Важно помнить, что отставание в психомоторном развитии по отношению к возрасту у детей может быть признаком заболеваний, а не только косвенным признаком наличия СП. Инструментальные методы: двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика с определенной степенью градации эхогенности мышц, биоимпедансометрия (БИА). Оценивают соотношение количества мышечной и жировой массы по отношению к нормам распределения этих тканей в организме. Для СП характерно уменьшение мышечной массы и увеличение жировой массы.

С целью изучения особенностей СП у детей и разработки доступных методов диагностики, проведено исследование. Проанализирована база данных компонентного состава тела методом БИА пациентов, госпитализированных в клинику ФГБОУ ВО СПбГПМУ в период с 2018 по 2023 гг, всего 1897 заключений. Среди пациентов с нарушениями нутритивного статуса, на основании критериев «Способа диагностики СП» (Евразийский патент №044862 Завьялова А.Н с соавторами, 2023г), выделена группа - 592 (31,2%) человек.

Признаки СП по БИА у пациентов с ожирением выявлено у 509 человек. По результатам теста «подъема со стула» выделена группа в 87 (17,1%) человек, которые не смогли выполнить задание в установленное время. СП достоверно чаще выявлена у девочек 64 (73,6%). Средний возраст пациентов 15[13,00;16,00] лет, статистически значимых отличий по полу не выявлено ($p=0,066$). В этиологической структуре преобладают пациенты с экзогенно-конституциональным ожирением 45(51,7%), сочетанием ожирения и эпилепсии-15(17,2%), аллергическими заболеваниями 8(9,2%), хронической болезнью почек-5(5,7%), псориазом-4(4,7%), ювенильным ревматоидным артритом-4(4,7%), сахарным диабетом 1 типа 3(3,4%) и гастроэнтерологическими заболеваниями -3(3,4%). СП выявлена у пациентов при высоких степенях ожирения (3 степень- 47(54%), 4 степень- 17 (19,5%)).

Признаки СП у пациентов с БЭН выявлены у 83(8,1%) человек. В этиологической структуре преобладают маломобильные дети с ДЦП (3-5 уровень GMFCS) -82 (98,8%), в связи с чем функциональные нагрузочные тесты не выполнялись. Так же СП выявлена у 1 (1,2%) ребенка с тяжелым течением болезни Крона. Среди пациентов преобладали девочки 79 (95,2%), мальчиков было 4 (4,2%). Средний возраст группы 10,0 [9,0-13,0] лет. СП выявлена у пациентов при тяжелом дефиците массы (3 степень-65 (78,3%) детей).

Выводы. 1. СП выявляется у пациентов с разным нутритивным статусом, у пациентов с БЭН – 8,1%, при ожирении - 17,1%. 2. СП чаще диагностируется у девочек. 3. В этиологической структуре преобладают маломобильные пациенты с ДЦП на фоне тяжелого нутритивного дефицита и пациенты с высокими степенями экзогенно-конституционального ожирения-51,7%. 4. У пациентов с ожирением и признаками СП по БИА целесообразно использование тестов для оценки переносимости физической нагрузки, что позволяет избежать гипердиагностику и учитывается при разработке программ восстановления.

Ярошенко С.Я., Ольховик И.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ВЛИЯНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

В условиях закрытых учреждений (домов ребенка, детских домов) проживает еще достаточно большое количество детей (в федеральном банке данных содержится более 33 тысяч анкет детей, которые могут быть усыновлены). Работы отечественных и зарубежных авторов (М. R. Gunnar et al., 2007; Д. И. Черного, Р. Ж. Мухамедрахимов, 2013; R. Kumsta et al., 2015) показывают, что институционализация сама по себе является достаточно мощным стрессовым фактором, оказывающим отрицательное влияние на развитие ребенка: физическое, нервно-психическое (НПР), эмоциональное, социальное, что является проявлением «синдрома госпитализма», формирующегося при длительной депривации. Исследования показали, что каждые 5 месяцев, проведенные в доме ребенка, приводят к задержке линейного роста на 1 месяц (А. Е. Johnson et al., 2011), а абсолютное различие в уровне коэффициентов развития между детьми в домах ребенка и их сверстниками из семей достигает двух стандартных отклонений (М. Н. van IJzendoorn et al., 2008), более того, Т. В. Бородулиной (2009) установлена прямая корреляционная зависимость ($r = 0,61$) степени задержки НПР от длительности пребывания ребенка в воспитательном учреждении.

Патогенез вышеуказанных изменений сложен, однако рассматривать его, по нашему мнению, следует с позиций влияния хронического, истощающего, «токсического» стресса на регуляторные системы развивающегося ребенка. Так, К. А. McLaughlin et al. (2014) выявили, что у детей, оставшихся в условиях институционализации, реакция симпатической нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГН) на психосоциальный стресс была значительно притуплена. При этом, Е. А. Воробьева (2008) выявила у институционализированных детей фазовые изменения уровней адренокортикотропного гормона и кортизола в сыворотке крови: более высокие показатели в раннем возрасте отражают напряжение системы ГГН, которые в дошкольном возрасте сменяются низким содержанием указанных гормонов, что расценено автором как истощение нейроэндокринной регуляции.

Схожие изменения выявлены нами при анализе показателей кардиоинтервалограмм (КИГ). Нами оценены 918 КИГ 134 воспитанников Республиканского специализированного дома ребенка г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Исследование проводилось посредством записи плетизмограмм при помощи кардиомонитора ЮМ-300С.

По изменениям амплитуды моды можно выделить ряд периодов, значимо отличающихся от соседних (максимально высокие значения в эпикризные сроки 27 и 42 месяца и при продолжительности институционализации 48 месяцев, с последующим постоянным снижением до максимально низкого значения в эпикризном сроке 60 месяцев и на сроке институционализации 72 месяца) и свидетельствующих, таким образом, о значительном напряжении в первом случае и дефиците симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) – во втором. Вышеуказанные периоды связаны с изменениями в условиях жизни воспитанников дома ребёнка: после 24 и 36 месяцев дети переводятся в старшие группы, что сопровождается значительными изменениями режима дня, питания, занятий с педагогами (становятся регулярными, более насыщенными, к детям предъявляется больше требований в связи с совершенствованием навыков самообслуживания); после 48 месяцев начинается процесс подготовки детей к переводу в заведения системы образования для дальнейшего обучения и воспитания. В этих возрастных периодах воздействие стрессовых факторов имеет стимулирующее, благоприятное влияние, отражая резерв абилитационных возможностей. В то же время, снижение активности симпатического отдела ВНС в старшем дошкольном возрасте подтверждает истощение нейроэндокринной регуляции. Таким образом, психоэмоциональный стресс в разные периоды институционализации имеет различную природу: если на ранних этапах ребенок переживает стресс от разлуки с родителями, материнскую депривацию, то в более позднем возрасте можно отметить преобладание иных видов депривации (социальной, эмоциональной), проявляющихся в дефиците активности симпатического отдела ВНС, что предопределяет необходимость дифференцированного подхода к абилитационно-реабилитационным мероприятиям.

Ясинецкая Е.И., Масенко В.В., Антонова Л.Н., Бубликова А.М.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ: МЕТААНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Актуальность. Нейропатическая боль трудно поддаётся фармакотерапии, обычно только 40–60 % пациентов с этой патологией испытывают некоторое облегчение состояния, что показывает актуальность исследования данной проблемы. Без адекватной коррекции эта патология приводит к снижению качества жизни и, в тяжёлых случаях, даже к инвалидизации. Учитывая высокую частоту встречаемости а амбулаторной клинической практике, нейропатическая боль является также социально-экономической проблемой, ведь снижается работоспособность человека, а затраты государства на социальное и медицинское обслуживание повышаются.

Цель исследования. Проанализировать доказательства эффективности перорального и внутривенного применения альфа-липоевой кислоты (АЛК) как перспективного метода для лечения нейропатической боли.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании был использован информационно-аналитический метод. Изучены и проанализированы статьи с отечественных ресурсов (eLibrary, научная электронная библиотека «КиберЛенинка») и зарубежных источников (PubMed, ResearchGate) за период 2019-2024гг., посвящённые данной проблематике.

Результаты исследования. Нейропатическая боль – широко распространённая и изнуряющая форма хронической боли, возникающая из-за травм или заболеваний соматосенсорной системы.

На появление и сохранение нейропатической боли влияют различные факторы, включая повреждения, вызванные окислительным стрессом. Альфа-липоевая кислота, природный антиоксидант, представляется перспективным средством для лечения НБ. Ряд доклинических исследований *in vitro* и *in vivo*, а также клинических испытаний подтверждают анальгетическое действие АЛК при лечении нейропатической боли.

Исследование Ziegler D. et al. (2021г.) показало эффективность внутривенного введения альфа-липоевой кислоты (600 мг в день) для облегчения симптомов neuropathic. Также авторы обнаружили потенциал альфа-липоевой кислоты в лечении диабетической сенсомоторной полинейропатии (ДСПН). Это было подтверждено результатами клинического испытания с участием 460 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа и лёгкой или умеренной формой ДСПН. АЛК улучшила естественное течение заболевания и хорошо переносилась пациентами на протяжении четырёх лет.

Abdelrahman, K.A. et al. (2021г.) оценивали эффективность применения АЛК в качестве вспомогательного метода в сочетании с импульсной радиочастотной терапией для лечения хронических дюмбосакральных болей. Пациенты с радикулярными болями в пояснично-крестцовой области получали лечение с использованием импульсной радиочастотной терапии или в сочетании с этой терапией и пероральным приёмом АЛК (600 мг с различными интервалами дозирования). Исследование показало лучшие результаты в группе, которая дополнительно принимала АЛК. Для оценки уровня боли у пациентов использовались разные методы, и все они продемонстрировали значительное снижение болевых ощущений через три и шесть месяцев после начала исследования. Этот результат связывают со способностью альфа-липоевой кислоты улучшать метаболизм в нервной ткани и уменьшать воспаление.

Выводы. Клинические испытания демонстрируют анальгетический эффект альфа-липоевой кислоты благодаря её антиоксидантным свойствам у пациентов с диабетической сенсомоторной полинейропатией и хронической люмбагоиалгией. Однако, в данных клинических исследованиях отсутствуют чётко определённые протоколы лечения, включая дозировку и интервалы между приёмами. Кроме того, многие коммерческие препараты содержат АЛК в комбинации с другими веществами, что затрудняет оценку эффективности АЛК как монотерапии. Основываясь на положительных результатах доклинических и клинических исследований, можно сделать вывод, что альфа-липоевая кислота может быть дополнительным средством для лечения neuropathic.

Яхонтова Е.В., Левченко Н.В., Беляева А.В.

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

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВОЛГОГРАДСКОГО СТРОИТЕЛЬНОГО ТЕХНИКУМА

Одним из методов оценки физической подготовленности студентов является тестирование физических качеств и способностей на основе испытаний.

Цель исследования: оценить уровень физической подготовленности студентов строительного техникума.

Тестирование проходили 120 студентов-юношей первого и второго курсов Волгоградского строительного техникума, обучающихся по программам подготовки квалифицированных рабочих, служащих «мастер отделочных строительных и декоративных работ», «мастер общестроительных работ», «мастер по ремонту и обслуживанию инженерных систем жилищно-коммунального хозяйства». Все юноши по состоянию здоровья были отнесены к основной медицинской группе, средний возраст 18,4 лет.

Физическую подготовленность оценивали по результатам выполнения основных тестов: «Прыжок в длину с места, см», «Подъем туловища из положения лежа на спине за 1 мин (Пресс), количество раз за 1 мин», «Подтягивание из виса на высокой перекладине (Подтягивание), количество раз», «Сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу (Отжимания), количество раз», «Бег 50 м, с».

Результаты тестов ФП оценивались двумя способами: по базисной программе СПО с выставлением оценок (баллов) от «2» до «5», предоставленными кафедрой физического воспитания техникума.

Анализируя полученные данные, выявлено, что средние значения показателей физической подготовленности юношей по основным тестам соответствуют разному уровню от низкого (тест не выполнен) до выше среднего (базовый уровень).

Оценка уровня физической подготовленности студентов в соответствии с базисной программой СПО показала следующие результаты. Студенты лучше всего справились с тестами «Бег 50 м» и «Подтягивание». Тест «Бег 50 м» свидетельствует, что 85,6% студентов выполнили упражнение, причем 40,6% - на «5». Бег 50 м относится к нестандартной дистанции, которую проводят в помещении, где небольшая площадь не позволяет провести забеги на 60 метров. При выполнении теста «Подтягивание» 34,8-43,8% юношей справились на «4» и «5».

Хуже студенты техникума справились с тестом «Прыжок в длину с места». Выполнение упражнения «Прыжок в длину с места», свидетельствующего об уровне развития скоростно-силовых качеств, показало, что только третья часть студентов 1 и 2 курса обучения выполнили тест на удовлетворительный балл (3 балла), что соответствует среднему уровню физической подготовленности. Вместе с тем 43,3% юношей вообще не справились с выполнением данного упражнения. На «5» и «4» выполнили только 8,6% и 11,5% студентов соответственно.

Самым слабым местом в физической подготовленности студентов техникума является тест на силовые способности мышц туловища «Поднимание туловища из положения лежа на спине за 60 сек. - Пресс». Так, 97,1% студентов не справились с данным упражнением.

Сравнивая результаты физической подготовленности юношей 1 и 2 курсов, выявили статистически значимые различия в выполнении теста «Отжимание» (Табл. 3). Так, студенты 2 курса лучше справились с выполнением данного упражнения: около 40% юношей сдали тест на «5» и «4», при этом больше половины студентов 1 курса не справились с данным тестом (U Манна-Уитни 170,000, Асимптотическая значимость,034).

Таким образом, уровень физической подготовленности студентов 1-2 курса Волгоградского строительного техникума по результатам различных тестов соответствует уровню от низкого (тест не выполнен) до выше среднего (базовый уровень).

Лучше всего юноши справились с тестом на скоростные способности «Бег 50 м», вместе с тем хуже всего студенты выполнили тест на силовые способности мышц туловища «Поднимание туловища из положения лежа на спине за 60 сек.

Яцененко А.А., Панов И.О., Зыкина Л.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: КАК ОН ВЛИЯЕТ НА ЖИЗНЬ СТУДЕНТОК

Актуальность. Текущая ситуация с репродуктивным здоровьем девушек и женщин вызывает значительный интерес у системы здравоохранения, поскольку она играет ключевую роль в общем состоянии здоровья нации и служит основой для процветания России. На международной арене девушки рассматриваются как репродуктивный потенциал государства, представляя собой важный резерв для воспроизводства населения. В связи с этим вопросы защиты их соматического и репродуктивного здоровья становятся особенно актуальными в современных условиях.

Предменструальный синдром (ПМС) является распространённым состоянием, затрагивающим женщин репродуктивного возраста, в том числе девушек-студенток. Симптомы ПМС, такие как раздражительность, депрессия, изменения настроения, физическая боль и утомляемость, могут значительно снижать качество жизни и учебную эффективность.

Цель исследования. Изучение физиологических и психологических аспектов девушек во время ПМС.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 40 студенток в возрасте от 18 до 25 лет, не состоящие в браке и имеющие половую жизнь. Все девушки заполнили анкету, разработанную ВОЗ в 1992 году, которая включала вопросы о физическом и психологическом здоровье.

Результаты исследования. В ходе анкетирования было выявлено, что около 80% девушек-студенток испытывают симптомы ПМС. У 20 (51,3 %) девушек отмечались 2–4 симптома за 5–10 дней до менструации – легкие проявления синдрома, у 12 (30,4%) – 4–7 симптома за 5–10 дней до менструации – умеренно выраженные, у 6 (17,1 %) – 5–11 симптомов были отмечены за 5–14 дней до начала менструации – выраженные симптомы ПМС. Причем 15 (36,2%) отмечали нагрубание, увеличение размера и болезненность молочных желез; высыпания на коже лица или тела за несколько дней до начала менструации – 16 (39,4%); повышенную тревожность, эмоциональное напряжение, раздражительность, агрессивность перед менструацией – 18(43,6%); задержки менструации наблюдались у 12 (28,7%).

Исследование выявило высокую распространенность симптомов предменструального синдрома у студенток. Данное состояние может приводить к снижению концентрации, ухудшению памяти и общему снижению успеваемости. Исследования показывают, что в периоды обострения симптомов учащиеся реже участвуют в занятиях и учебных мероприятиях.

Заключение. Комплексный подход к пониманию и поддержке девушек-студенток, страдающих ПМС, может значительно улучшить их академическую успеваемость и общее благополучие, что является важным аспектом современного образовательного процесса.

Alkhasoneh Yahia

World Healthcare Organisation

SECURITY ISSUES IN USING ELECTRONIC MEDICAL RECORDS

Electronic medical records (EMRs) are an essential tool in modern healthcare, enabling improved access to patient data and simplifying interactions between medical institutions. However, their implementation comes with significant risks related to data security.

Threats to Confidentiality

The primary issue with EMRs is the risk of personal data breaches. Patient histories, diagnoses, and other sensitive information are highly valuable to cybercriminals. There have been cases where the data of millions of patients fell into the hands of malicious actors, leading to large-scale leaks and extortion.

Medical information is irreversible: unlike credit cards, it cannot be «replaced» or annulled. This makes such data a long-term target for attackers, requiring heightened attention to protection measures.

Technical Protection Issues

Many institutions rely on outdated data management systems. These platforms are poorly protected against modern cyberattacks, and the lack of funding and regular updates only exacerbates the problem.

There are documented cases where ransomware viruses blocked access to medical data, causing disruptions to operations and halting the work of hospitals.

Human Factor

Often, threats arise from the staff themselves. Misuse of systems, weak passwords, or accidental data disclosure are common causes of breaches.

For example, in one clinic, a doctor accidentally sent a patient's data to the wrong email address, leading to a leak. Regular cybersecurity training for staff could help prevent such incidents.

Risks from Third-Party Contractors

Another significant threat comes from external companies that service medical systems. If contractors fail to adhere to security standards, even the most protected systems become vulnerable. One known case involved the loss of hundreds of thousands of patient records due to a vulnerability in a contractor's system.

Solutions

To ensure the security of medical data, a comprehensive approach is required:

1. **Technical protection measures:** Implementing data encryption, multi-factor authentication, and regular system updates.
2. **Staff training:** Conducting training sessions for medical personnel on preventing data breaches and responding to cyber threats.
3. **Access control:** Strictly regulating access rights to medical data and monitoring attempts at unauthorized entry.
4. **Contractor verification:** Collaborating only with trusted companies that comply with international security standards.

Conclusion

EMRs are a powerful tool for improving medical care, but their implementation demands solutions to security issues. Government bodies, developers, and medical institutions must work together to protect patient data. In an era where the value of information is growing, safeguarding personal data is becoming a critical task for the entire healthcare system.

Ariunsanaa B., Alemgul K., Batsaihan G., Bayartsetseg B., Enkhjargal B., Ganchimeg Ch.

Department of Microbiology school of Biomedicine MNUMS;
Department of Clinical laboratory Sukhbaatar District Health Center;
Department of Clinical laboratory school of Medicine MNUMS

RESULTS OF THE DETECTION OF TUBERCULOSIS INFECTION USING MOLECULAR BIOLOGICAL GENEXPERT MTB/RIF ANALYZER AND SPREAD ANALYSIS

INTRODUCTION: The World Health Organization estimates that there were 10 million new cases of TB each year, but this number has declined in recent years due to the Covid-19 situation, with 5.8 million new cases of TB in 2023. The prevalence of pulmonary tuberculosis among all age groups was 441 per 100,000 (95% CI: 366 – 515) and the prevalence of all forms of tuberculosis was 757 (95% CI: 620–894) per 100,000. By diagnosing M. Tuberculosis and resistance to rifampicin in a short period of time, TB patients can be treated early and can prevent the spread of TB infection to the public.

PURPOSE: Evaluation of sensitivity and specificity comparing the GeneXpert®MTB/RIF analyzer and smear assay method for molecular biology

MATERIALS AND METHODS: Samples received from January 2023 to December 31, 2023 at the integrated laboratory of the Sukhbaatar District Health Center were included. Of these 1,390 samples of possible cases of pulmonary tuberculosis and 36 samples of possible cases of non-pulmonary tuberculosis were included in the study. These specimens were subjected to smear and molecular biology tests for Mycobacterium tuberculosis. GeneXpert®MTB/RIF analysis was compared with smear analysis and processing was performed using SPSS Statistic 21.0.

RESULT: In the study n=715, 58.3% (417) were male and 41.6% (298) were female. M. tuberculosis was detected in 381 (27.0%) samples by GeneXpert®MTB/RIF analysis. Smears were prepared from the samples, stained with fluorochrome dyes, and read with a LED fluorescence microscope, and the results were judged as negative, few positive, 1+, 2+, 3+. GeneXpert®MTB/RIF test showed 27.0% (20), 19.4% high positive, 25.2% (26) moderate, 17.4% (18) low, and 28.1% (29) very low positive. , while rifamycin-resistant was detected in 10 (9.7%) specimens. The sensitivity of GeneXpert®MTB/RIF test in pulmonary tuberculosis samples was 91.3-96.0, and the specificity was 91.3-94.7. In non-pulmonary tuberculosis samples, the sensitivity was low and the specificity was high.

CONCLUSION: The sensitivity of the GeneXpert®MTB/RIF method of molecular biological analysis for the detection of tuberculosis infection is 94%, specificity is 93.2%, detection of tuberculosis infection is increased by 15.1% compared to smear test.

Lazić. Lj.

Association «Psychorelax» Doboј, Bosnia and Herzegovina

TENDENCIES OF INCLUSIVE EDUCATION IN BOSNIA AND HERCEGOVINA

In the last decade, Bosnia and Herzegovina has focused on improving inclusive education, but there are still significant challenges in the implementation and support of children with disabilities. The aim of the work is to emphasize the importance of a constant focus on improving the education of children with disabilities.

Considering that education is one of the fundamental human rights, it is reasonable to expect a modern society to provide conditions for equality and equal opportunities in realizing the right to education for all children. The methods and achievements of inclusion change in accordance with the humanization of understanding and the development of technology and educational sciences. Bosnia and Herzegovina is striving to align its educational system with international standards of inclusivity. This means adhering to Article 24 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN, 2006), which promotes «inclusive education,» and has consequently developed a Set of Indicators for Monitoring Inclusive Education as a guide for ministries of education and educational institutions (MyRight, Duga, 2020). The mentioned indicators relate to activities and actions that Bosnia and Herzegovina is undertaking to implement inclusion in education, and they are divided into: indicators for monitoring in the area of legislation (adoption and harmonization of laws, regulations, and strategies) that regulate issues of education for children, training and professional development of teaching staff and specialists; indicators for monitoring implementation in the area of participation of persons in all life situations admission policies for access to regular education, adapting teaching curricula to each individual student rather than treating them as a group with the issuing of certifications for specific children, establishing rules for assessment, and promoting and supporting inclusion; financial monitoring indicators providing availability of financial resources as well as ensuring funding for education, monitoring, and material and technical support for conducting classes.

The Council of Ministers of Bosnia and Herzegovina in 2020. adopted Recommendations for Inclusive Education aimed at implementing the concept of inclusion in education, ensuring access to education for children, and monitoring progress. The burden is on the educational system, which is tasked with creating the teaching process and achieving optimization of the educational environment that meets the needs of the majority of children while optimally utilizing material-didactic resources.

The current state of inclusion in the educational system in Bosnia and Herzegovina faces numerous challenges, such as lack of resources and infrastructure, lack of personnel in schools, lack of training for teachers, specialists, teaching assistants, and parents, as well as social stigmatization (Somun Krumpalija, 2017; UNICEF BiH, 2017; Madunić, Dragaš et al, 2023; RU_Inclusive_education in the Federation of BiH, 2024). Analysis results indicate the existence of problems in the implementation of inclusive education and point to possible pathways and solutions. The development of technology is underway, exemplified by schools in the Sarajevo Canton (9 schools) that, as part of a pilot project in 2022, implemented the BoardMaker 7 communicator software, which supports accommodations for children with disabilities and enhances the quality of teaching and curriculum delivery for all students (Bjelan, Kafedžić, 2022). In the Republic of Srpska, four Resource Centers for children and youth with developmental disabilities were opened in 2021 – in Bijeljina (branch office of the Derventa Center wich cover 16. more municipalyties), Trebinje, East Sarajevo and Banja Luka. The idea is to provide early intervention and support to kindergartens and schools in observing students, developing curricula, adapting teaching materials for working with children, and training teachers (www.buducnostderventa.net). This indicates the existence of ideas and the need to advocate for financial resources to realize these ideas and optimize inclusive education.

Zokhirov A.R.

Tashkent Medical Academy, Tashkent city, Uzbekistan

THE EFFECT OF ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES ON THE PROCESSES OF REPAIR AND REGENERATION IN PURULENT NECROTIC WOUNDS

The purpose of the work. Under clinical conditions, to determine the most effective ways of treating purulent-necrotic complications of the lower extremities in diabetes mellitus, taking into account pathogenetic features. Determination of the effectiveness of ozone therapy and its pathomorphological properties with new pharmacological drugs for the treatment of purulent necrotic process of the foot. By studying the dynamics of anti-inflammatory cytokine levels: analysis of the need and possibility of immunoprotection by studying cytokine status in IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , INF- γ patients on the development and recurrence of purulent-necrotic processes of DFS. Materials and methods. The concentration of cytokines in the blood plasma was determined using the StatFax 2100 immunological complex (manufactured by Cytokin LLC, St. Petersburg) by enzyme immunoassay (IFA). The obtained results are carried out using descriptive and non-parametric statistical methods on a personal computer with mathematical processing using Statistica 6.0 software. Control parameters of the manufacturer's cytokine norms were used - the normative parameters obtained as a result of testing the donors were obtained from the manufacturer Cytokin LLC, St. Petersburg, Russian Federation. The study was conducted in three phases and, accordingly, the patients were divided into 3 research groups: Group I (control group) - blood serum of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes for the study of the cytokine system; II group (comparison group) - blood serum obtained during the treatment of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes with ozone therapy and «Reosorbylact» - 200.0 ml (YURIYA-FARM LLC, Ukraine); Group III (main group) - blood sera obtained during the treatment of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes with ozone therapy and «Reomannisol» - 200.0 ml (REKA-MED FARM LLC, Uzbekistan). Results of the clinical stage to determine the imbalance of cytokines, consists of taking the blood plasma of 60 patients with purulent-necrotic lesions of diabetes and determining the amount of cytokines in it. 60 patients were treated at various levels in the Purulent surgical department of the Yakkasaroy District Medical Association between 2021 and 2023. The age range of the patients was between 48-60 years. Neuropathic form of DFS - 25 people (type 1 DM - 2 patients, type 2 DM - 23): 12 were men and 13 women, and neuroischemic form of DFS - 35 patients (all with type 2 DM): 15 men and consisted of 20 women. The characteristics of operations performed in this group of patients are presented. The research group consists of 40 patients. With the neuropathic form of DFS - 16 people: 4 men and 12 women, and the neuroischemic form of DFS - 24 patients: 8 men and 16 women, aged 50 to 75 years. In the anamnesis, there were multiple recurrences of purulent-necrotic complications (from 2 to 4 times). The duration of diabetes is from 5 to 20 years. The goal of surgery and conservative treatment algorithms is to preserve the function of the leg or reduce the level of amputation. Reomannisol was used from the first day of hospitalization to study the antioxidant and peripheral blood circulation effects of the drug in complex treatment. According to the scheme, 200.0 ml of solution was administered intravenously 1 time per day for 10 days. Plasma sampling and cytokine levels were performed on the first day before and/or after surgery, and then on days 3, 5, 7, 10, and 12 again blood plasma was taken and the level of cytokines was determined. Conclusion. In the case of purulent-necrotic processes in DFS, the adequate introduction of the cytokine system is characterized by the slowing down of the local process, corresponding to acute inflammation, but increases the tendency of the process to go into a chronic state. With the recurrence of purulent necrotic inflammation, there is a synchronization of the process and a secondary immune deficiency, which does not allow the cytokine system to adequately join the anti-inflammatory system. Reomannisol allows us to consider it a physiologically active compound with clear antioxidant activity. Reomannisol has an antioxidant effect on the cytokine system, correcting the cytokine balance. It can decrease the function of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines, and interferons. Reomannisol is effective in preventing the recurrence of purulent-necrotic lesions of DFS in conditions of secondary immunodeficiency, so it is a necessary drug in the main therapy complex.

Содержание

Абдукаримов С.А., Шеркузиева Г.Ф., Гаибназаров С.С. ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА СНА У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ	5
Абрамов В.А. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОЗНАНИЕ В ПСИХИАТРИИ.....	6
Абрамов В.А. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ БАЗИСНЫХ ТРАДИЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ.....	7
Абрамов В.А., Абрамова Е.А., Голоденко О.Н., Виннико ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ БОЕ- ВЫХ ДЕЙСТВИЙ С БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	8
Авраменко С.К., Бондаренко А.Ю. ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА КОСТНУЮ СИСТЕМУ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	10
Агарков А.В., Киреев А.В. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ	11
Агафонов В.Ю. ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА СИМПТОМЫ НЕЙ- РОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ.....	12
Агафонова Е.И., Васильева А.Н. ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ АУДИРОВАНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТОВОЙ МЕТОДИКИ (экспериментальные данные)	13
Ажикова А.К., Двирная Н.Р. РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	15
Ажикова А.К., Самотруева М.А., Фельдман Б.В. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ОЖОГОВОЙ ТРАВ- МЫ КОЖИ И НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО	16
Ажикова А.К., Фельдман Б.В. ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТНОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ-ПРОВИЗОРОВ НА КАФЕДРЕ БИОЛОГИИ И БОТАНИКИ АСТРАХАНСКОГО ГМУ	17
Азаб Хусейн, Перцова Ю.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИКУЧИ-ФУДЖИМОТО В ЛНР.....	18
Айтжанова А.Е., Султанова Н.С., Бахтиева Д.Ж., Гаибназаров С.С. ПРЕИМУЩЕСТВА РОБОТОТЕХНИКИ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ.....	19
Акбарова Г.Х., Мамасолиев Н.С. БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ	20
Алабдулла Д.С.А., Романов М.Д. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ	21
Александров Е.И., Каминский А.Г., Александров И.Н., Поварич К.А. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ РАНЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	22
Александровская В.Н. ВУЗОВСКИЙ КУРС ФИЛОСОФИИ: МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛАССИЧЕСКОЙ ДИА- ЛЕКТИКИ.....	23
Александровская В.Н. ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ БИНАРНОСТЬ – ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ МАТЕРИАЛЬНОГО МИРА	25
Александровская В.Н., Боцан Е.В., Куликова Н.В., Кучковая Я.В. ДИАЛЕКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ – ПРИНЦИП ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕТОДОЛОГИИ ПОЗНАНИЯ.....	26
Александровская В.Н., Куликова Н.В., Боцан Е.В., Кучковая Я.В. ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ОБЩЕНАУЧНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ПОЗНАНИЯ.....	27
Александровская В.Н., Кучковая Я.В., Куликова Н.В., Боцан Е.В. ПРИНЦИП СВЯЗИ В ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕТОДОЛОГИИ ПОЗНАНИЯ.....	29

Александровская В.Н., Папков В.Е., Муханова И.Ф. ВУЗОВСКИЙ КУРС ФИЛОСОФИИ: КИБЕРНЕТИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛАССИЧЕСКОЙ ДИАЛЕКТИКИ	30
Александровская В.Н., Папков В.Е., Муханова И.Ф., Волошинская Л.В. ФИЛОСОФИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНТЕГРАЦИИ И ПРАГМАТИЗАЦИИ АКАДЕМИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	31
Алешин Е.В., Сидоров В.И. ВОЗДЕЙСТВИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА	32
Алешин Е.В., Сидоров В.И. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ- СПОРТСМЕНОВ	33
Алешин Е.В., Сидоров В.И. ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ – ВТОРАЯ ПРОФЕССИЯ ВРАЧА	34
Алибеков И.М., Коротина М.С., Гаджимурадова А.А. СЕПТОПЛАСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ	35
Алибеков И.М., Краснов Е.А., Москалев В.А., Межитов Р.Е., Аджигайтканов С.М., Окасов Р.Р., Нифонтова М.С., Чинарев Д.С., Коротина М.С. ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ В СОЧЕТАНИИ С АНТРИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	36
Алибеков И.М., Нохрин А.В., Чухманова Г.В., Чухманов П.В., Жусупов У.Д., Троцко Н.А., Назаров А.А., Нефедова Л.К., Федотова Ю.М., Алексеев В.В., Борзнев Р.С., Коротина М.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ БУ ЛАНГЕПАССКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА	38
Алибеков И.М., Пилипенко А.А., Краснов Е.А., Москалев В.А., Межитов Р.Е., Чеченов Х.Х., Сыщенко М.А., Горковец Е.Г., Коротина М.С., Пшеничная Т.П. ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В ХМАО-ЮГРЕ	40
Ал-Окби А.Х.М., Киреева Е.М. НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ ИРАК	42
Ал-Рубайе М.В.С., Киреева Е.М., Романов М.Д. ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	43
Альборова Р.М., Анаева Л.А., Анаева Ф.М., Борукаева И.Х. ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	44
Альмешкина А.А. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО УРОВНЯ ОНТОЛОГИЧЕСКОЙ УВЕРЕННОСТИ-НЕУВЕРЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ	45
Альмешкина А.А., Коваленко С.Р. СУВЕРЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ	46
Альмешкина А.А., Мельниченко В.В., Дебелая К.Е., Лисаченко В.И. ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИИ У ОНКОПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	48
Анаева Л.А. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	49
Анаева Ф.М., Борукаева И.Х., Анаева Л.А. ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ АМЕТРОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. Х.М. БЕРЕБЕКОВА	51
Анастасов А.Г., Канивец Е.А., Ященко В.И., Медяник М.С., Капустин Р.М. О целесообразности применения кетамина как анальгетика у детей с травмой селезенки	52
Андреев Р.Н., Андреева В.И. МИФЫ О БЕЗВРЕДНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ СНЮСОВ И ПРОЧИХ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ	53
Андреева В.И., Андреев Р.Н. ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ	54

Андреева М.В., Базарова З.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ДЕВОЧКИ - ПОДРОСТКА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	55
Андрусак А.Ю., Евтушенко А.А., Рачкелюк В.В. ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	56
Андрусак А.Ю., Котова К.А., Биломар В.С., Ефимов Н.Н., Елифанов Н.С. ПОДОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С РАЗВИТИЕМ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	57
Аносова Л.С., Добровецкая С.П. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ ГИМНАСТИКИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ 12 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ	59
Анпилогова К.С., Константинова Л.Г. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПАССАЖА КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛЬРОТАЦИЮ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	61
Антипов Н.В., Василенко Л.И., Жилиев Р.А., Сироид Д.В. МЕТОДИКА ГИСТО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА	62
Арамисова Л.С., Журтова И.Б., Губачикова А.М. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	63
Архипенко Н.С., Потапова Н.М., Подольская Ю.А. РОЛЬ ОРАЛЬНОГО ДИСБИОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	64
Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина А.Е., Гогыжев М.А., Карданова Л.Ю. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ	65
Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Апииков А.А., Карданова Л.Ю., Баков З.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОГОУРОВНЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	66
Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Карданова Л.Ю., Баксанов З.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	67
Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Карданова Л.Ю. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	68
Асланов А.Д., Калибатов Р.М., Логвина О.Е., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	69
Ахмадуллин У.З., Ахмадуллина Х.М., Горбаткова Е.Ю., Ефимов О.П. ИНДИКАТОРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ СТУДЕНТОВ ВУЗА	70
Ахмадуллина Х.М., Ахмадуллин У.З., Андреева О.В. НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	71
Бабенко А.И. ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН В ОЧНОМ ФОРМАТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	72
Бабий А.В. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ.....	73
Бабичев В.К. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ ПАЦИЕНТОК ПРИ МИОМЕ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	74
Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Андрусак А.Ю., Совпель Я.А., Трандафилова М.Н. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИХ СВЯЗЬ С УРОВНЯМИ АТЕРОГЕННЫХ ЛИПИДОВ	75

Багрий А.Э., Никулин И.Ю., Рачкелюк В.В., Пылаева Е.А. СРАВНИТЕЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ И БИЛИАРНОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТОГЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	76
Багрий А.Э., Сабельникова Я.С., Михайличенко Е.С., Голодников И.А., Котова К.А. ПРИМЕНЕНИЕ СЕМАГЛУТИДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ.....	77
Багрий А.Э., Стефаненко А.В., Орехова А.О., Ефременко В.А., Михайличенко Е.С., Стефаненко Е.Р. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА	78
Багрий А.Э., Супрун О.Е., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Совпель Я.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ..	79
Багрий А.Э., Супрун О.Е., Фетисова А.С., Галазюк К.В., Беликов В.А. ПРИМЕР ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА С ПОЛИСЕКМЕНТАРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С РАЗВИТИЕМ КРОВОХАРКАНЬЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	80
Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Валигун Я.С., Соболева А.А., Максимова М.А. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИИ81	
Баиров И.И., Голубицкий К.О., Красникова А.В., Костюкова Е.П. БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КАК СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ.....	82
Бакалов К.А., Волкова О.В., Гришкина Н.А., Магомедов С.Г. ЛЕКТОР: ЛИЧНОСТЬ ИЛИ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ	83
Бакалова А.Д., Ежелева М.И. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА.....	85
Бакурова Е.М., Турсунова Е.М., Золотарева Е.И., Бутенко Е.В., Зуйков С.А., Одарченко Т.С., Филиппаки И.В. ПАТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	86
Балабанов А.А., Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У НЕ ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ, ПРИ КОКЛЮШЕ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	87
Балацкий Е.Р., Демчук В.О., Бондарева Е.А. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ.....	88
Балыкова Л.А., Дуварова Т.М., Ледайкина Л.В., Ямашкина Е.И., Мосина М.В., Чернова Н.Н., Балыкова О.П. СВЯЗЬ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ	89
Баранова А.И. Развитие полинейропатии как осложнение сахарного диабета.....	90
Баранова В.В., Демченко А.В., Коршик О.Р. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С АТР	91
Баринев Э.Ф., Гиллер Д.И., Ахундова С.А. ПРОАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ЭТАМЗИЛАТА ПРИ ГЕМАТУРИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЛИТОТРИПСИЕЙ.....	92
Баринев Э.Ф., Перенесенко А.О. ФЕНОТИПЫ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АГРЕГАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ.....	93
Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Алиева Э.И., Щербаква О.В., Зябкин И.В., Цаца М.В., Чиркова К.А., Иванцова А.В., Маликова И.О. О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА У ДЕТЕЙ	94
Бахиркин М.Р., Черкашенко С.О., Валов И.И. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	96
Бедак А.С., Глухов А.В., Закомолдина Т.В., Шевченко Д.Ф. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА	97

Безкаравайный Б.А. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	98
Безкаравайный Б.А., Тананакина Т.П. СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ	99
Белик И.А. ИЗМЕНЕНИЙ ЛИНЕЙНЫХ ПАРАМЕТРОВ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ У ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ ТАРТРАЗИНА И ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА	100
Белик И.А. ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ У КРЫС-САМЦОВ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ БЕНЗОАТА НАТРИЯ В ДИНАМИКЕ.....	101
Белик И.А. ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ КВЕРЦЕТИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ЛИНЕЙНЫХ ПАРАМЕТРОВ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ЛИМФОИДНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС-САМЦОВ, ВЫЗВАННЫХ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ ТАРТРАЗИНА ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ	102
Белоконова Л.В., Толстых А.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ.....	103
Березуцкий С.Н. Возможности ранней клинической диагностики контрактуры Дюпюитрена кисти при начальных стадиях.....	104
Березуцкий С.Н. Применение кожно-фасциального пахового лоскута на постоянной ножке при закрытии дефектов тыла кисти после минно-взрывных ранений	105
Березуцкий С.Н. Пролонгированная электростимуляция мышц кисти и предплечья при высоких посттравматических нейропатиях.....	106
Берест И.Е. Корреляционный анализ клинико-морфологических и лабораторных показателей состояния репаративной регенерации слизистой оболочки полости носа у лабораторных животных	107
Берест И.Е. Сравнительная характеристика эффективности репаративных у больных острым риносинуситом	109
Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Скрипка Л.В., Мельник К.В., Чеботок Д.П. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г.....	110
Бешуля О.А., Голубов Т.К. КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА С МИОПИЕЙ.....	111
Бешуля О.А., Кулиш А.И. ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕЛЕЗЕНКИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОМАТОТИПАМИ У МУЖЧИН ПЕРВОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	112
Бисов А.С., Победенная Г.П., Чайка Н.В., Вагина Ю.И., Котова И.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ	113
Бибик В.В., Лузин В.И., Горбатов Т.Д. ВЛИЯНИЕ 60-СУТОЧНОГО ВВЕДЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА ЛИБО ТАРТРАЗИНА НА СТРОЕНИЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ХРЯЦА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕЛЫХ КРЫС В ПЕРИОД РЕДАПТАЦИИ.....	114
Бибик Е.Ю., Иванова Э.Р., Кривоколыско С.Г. УЛЬЦЕРОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НОВОСИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ α -ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС.....	115
Благинина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Бахтояров П.Д. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ.....	116
Блудова Н.Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕПЕРFUЗИОННЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ...	117

Блудова Н.Г., Благинина И.И., Князева А.К., Благодаренко А.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	118
Бобоев М.М, Маматов Б.Ю., Эргашев Х. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ВВЕДЕНИЯ НАРКОЗА С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	119
Бобоев М.М, Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ТИПА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ОЦЕНКА РИСКОВ	120
Бобоев М.М, Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ НАРКОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	121
Боборовицкая А.И., Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Журбий О.Е. ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ	122
Боброва А.А., Рудова О.В. ВЕЛИКИЙ УЧЕНИК СПАСОКУКОЦКОГО	123
Бобрышева Г.Н., Бочарова Т.В., Оселедько Е.В. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРГАНОВ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ИНДУЦИРОВАННОМ ОЖИРЕНИИ	124
Богослав Ю.П., Даценко М.В., Афенченко А.А., Аминова Э.Д., Кузнецова О.В. НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «СЧАСТЬЕ БЫТЬ МАМОЙ» – ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ	125
Боенко Д.С., Боенко Н.Д., Ляшенко Е.Г., Талалаенко И.А., Солдатенко В.В., Боенко С.Д., Талалаенко Л.Р. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ МИКОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР	126
Боенко Д.С., Боенко Н.Д., Ляшенко Е.Г., Чубарь В.А., Талалаенко И.А., Боенко С.Д., Талалаенко Л.Р. СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ДАКРИОЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР.....	127
Боенко Д.С., Гинькут В.Н., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д. ПЕРСПЕКТИВЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ	128
Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д., Чубарь В.А., Талалаенко Л.Р., Боенко С.Д. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ПАЦИЕНТОВ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ	129
Болгарова А.А., Сотникова Н.А., Перфильева М.Ю. Интернет-зависимость современного студента медицинского университета как актуальная проблема общества	130
Бондаревский-Колотий В.А., Ластков Д.О, Сихарулидзе А.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ УЛУЧШЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ БОЛЬНИЦ.....	131
Бордюгова Е.В., Конов В.Г., Чупрова Л.В., Сысоева Н.Л. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ ДЕКСТРОВЕРСИИ И КОРРИГИРОВАННОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ	132
Боровой И.С., Лобанов Г.В., Ткач Д.Р., Серeda В.Н. КОНЦЕПЦИЯ ОТДЕЛЬНО УПРАВЛЯЕМОГО СТЕРЖНЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ КОГРУЭНТНОСТИ ПОВРЕЖДЕННОГО ТАЗОВОГО КОЛЬЦА	133
Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Матчанов Д.Г., Колесник А.А. ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ И ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ	134
Боршевецкая А.А., Труфанов Г.Е., Ефимцев А.Ю., Свиричев Ю.В., Бочкарев М.В. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СВЯЗНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ	135
Бочев А.В., Бирик Е.Ю. ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НОВЫХ 3-ЦИАНО-1,4-ДИГИДРОПИРИДИНОВ, ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИХ И АНТИЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДСТВ	137

Брежнев В.П. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН.....	138
Брежнева Е.Б. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.....	139
Брежнева Е.Б. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕ- НОКАРДИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	140
Бубликова А.М., Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Масенко В.В., Шевченко В.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРАМИПЕКСОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	141
Бугашева Н.В. РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ (15-17 ЛЕТ) В УСЛОВИЯХ ВОЮЮЩЕГО ДОНБАССА.....	143
Бугашева Н.В., Баздырева Ю.А., Семикоз Е.А. ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ ОСНОВА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА	144
Бугашева Н.В., Бутева Л.В., Лахно О.В. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТ- КОВ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА	145
Бугашева Н.В., Парахина О.Н., Костин К.Д. ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	146
Бугорков И.В., Бугоркова И.А., Ванна А.С. ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ДЕСТРУКТИВ- НЫМИ ПОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ПЕРИИМПЛАНТИТЕ III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	147
Бугорков И.В., Майлян Э.А., Майтамалова С.Р., Сыщикова О.В. МИКРОБИОМ ПОЛОСТИ РТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АСТМОЙ	148
Бугоркова И.А., Поварич К.А. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ОПУХО- ЛЕЙ И СХОДНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПОРАЖЕНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	149
Бугоркова И.А., Тутова К.С. ИННОВАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОПЛАСТИКЕ	150
Буждежан А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСТОРИЧЕСКИХ ИСТОЧНИКОВ НА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ.....	151
Буйнов К.И., Васильев А.А. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИОФАГОМ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ И СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМ ПАН- КРЕАТИТОМ.....	152
Буловацкая Д.В., Михайленко Е.Р., Стефано Е.А. КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	154
Бурлуцкая А.В., Гурина Е.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	155
Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А. АНАЛИЗ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ.....	156
Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА У ЮНОШЕЙ В ВОЗРАСТЕ 12 И 9 ЛЕТ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ	157
Бурлуцкая А.В., Иноземцева Д.А. СИНДРОМ АЛАЗАМИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	158
Бутакова Д.С., Ефремова С.А., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В 2022-2023 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	159
Буханченко А.Ф. АНТИСПЕРМАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ЖЕНЩИН; ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ	160

Бухарова Н.И., Морозова Н.А., Джеломанова С.А. Особенности микробиоты матки в послеродовом периоде	161
Бухарова Н.И., Морозова Н.А., Джеломанова С.А., Побокин Д.А. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СТРУКТУРА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И НАРУШЕННОЙ ЛАКТАЦИИ.....	162
Бухтоярова Д.Р., Бибик Е.Ю., Кривоколыско С.Г. Влияние отдельных соединений из ряда дериватов цианотиоацетамида с анальгетической активностью на показатели функционирования печени крыс с хроническим введением парацетамола на фоне алкогольной нагрузки.....	163
Былым Г.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	164
Былым Г.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	166
Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В., Литвинова Е.В. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	167
Быстрова Ю.А., Лапп Е.А. КОМПЕТЕНЦИИ ПЕДАГОГА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ: СПЕЦИФИКА ПРОГРАММ ДВУХПРОФИЛЬНОГО БАКАЛАВРИАТА.....	169
Быхалова А.Д., Цыбусов А.П. ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ.....	170
Вайленко Д.С., Баранова В.В. ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕЗЕРВНОГО РЯДА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ ДВУХ МЕСЯЦЕВ.....	171
Вакуленко И.П., Первак М.Б., Оборнев А.Л., Фоминов В.М., Вакуленко Н.Д., Толмачева В.А., Первушина Е.О. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ФОНДОВ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	172
Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Войтюк В.Н., Пархоменко А.В., Толмачёва В.А., Сиденко В.Г. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ В ВЫЯВЛЕНИИ СООБЩЕНИЯ ЖИДКОСТНОГО ОЧАГОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ С ВНУТРИПЕЧЁНОЧНЫМИ ЖЁЛЧНЫМИ ПРОТОКАМИ	173
Вакуленко И.П., Фоминов В.М., Вакуленко Н.Д., Первушина Е.О., Богданов И.А., Ткаченко Ф.В. КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ	174
Вакуленко М.В., Вакуленко С.И., Вакуленко Т.М. ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	175
Вакуленко С.И., Капелько А.Р., Вакуленко Т.М. НАСЛЕДСТВЕННАЯ НЕВРОПАТИЯ ШАРКО-МАРИ-ТУТА: НАШЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	176
Валигун Я.С., Плахотников И.А., Майлян Э.А. АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.....	177
Валигун Я.С., Плахотников И.А., Майлян Э.А. ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ И РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	178
Ванина А.В., Шепелева О.М. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПИТАНИЯ В ДЕТСКИХ САДАХ Г. КУРСКА.....	179
Ванханен Н.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ С ПРОСТАГЛАНДИНЗАВИСИМОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК.....	180
Василенко Е.Р., Коценко Ю.И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НАДЪЯДЕРНОГО ПАРАЛИЧА И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА.....	181
Василенко Л.И., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Ладур А.И., Сироид Д.В., Шеменова А.С., Саул А.С., Мирмиренко	

А.С. К ВОПРОСУ ПРАВИЛЬНОЙ ТРАКТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КА- ФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ.....	182
Василенко Л.И., Жиляев Р.А., Ладур А.И., Антипов Н.В., Балацкий Е.Р., Сироид Д.В., Журавлева Ю.И., Шеменова А.С. РОЛЬ ПРАВИЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КА- ФЕДРАХ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ, ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ	183
Васильева А.Н., Агафонова Е.И., Колесникова Е.Ю. МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.....	184
Великанова Л.П., Кравцова Т.В. К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ	185
Веревкина Ю.В. МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ ИЗ СТРАН БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ.....	186
Верещагин С.И., Валушко Т.В. НАШ ОПЫТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМА- МИ ПОЗВОНКОВ ГРУДНОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	188
Верещагин С.И., Чинякина Е.В. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ	189
Ветренко С.А., Пиляев А.Г. ОЦЕНКА ИСХОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ЖИВОЙ И НЕКРОТИЧЕСКОЙ ПУЛЬПОЙ ПРИ ОПТИМАЛЬНОМ УРОВНЕ АПИКАЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ И ПЛОМБИРОВАНИЯ	190
Ветров В.В., Иванов Д.О., Курдынко Л.В. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ.....	191
Ветров С.Ф., Ластков Д.О., Клишкан Д.Г., Горохова А.А., Колосова О.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТЬЕВОГО ВОДООБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕ- СПУБЛИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	192
Ветров С.Ф., Соболева А.А., Горохова А.А., Колосова О.В., Боева И.А. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ.....	193
Виноградова А.В., Стагинова Е.А., Сохина В.С. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	194
Висягин А.В., Пацкань И.И., Стрельченко Ю.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕТАЛЬНЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН	195
Витришак С.В., Жук С.В., Тищенко Н.С., Клименко К.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ПОСТ- ТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ (СВО).....	196
Вишневская С.И., Чернявский А.А., Стефанов Г.М., Морозов Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	197
Вишняк Д.А., Джафарова Н.М., Урманцева Н.Р., Куликов Е.Д., Матвеева А.М., Фроленкова Л.А., Палюшкевич А.С., Гирфанова Э.О. ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В БЛИЖАЙШИЕ 3 ГОДА.....	198
Власенко Е.Н. МЕХАНИЗМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У ПАТОГЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕ- ЛЕЙ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ.....	199
Волкова А.О., Цыбусов А.П., Фомичева Т.В. ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ АБОРТОВ	200

Волосник А.С. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ АУРИКУЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЕВУШЕК 19-20 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	201
Волошина Д.В., Волошин В.Н. СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ПРЯМОЙ КРАНИОМЕТРИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ФОТОГРАММЕТРИИ.....	202
Волошина И.С. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА» В ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России	203
Волошина И.С., Волошин В.Н. ИЗМЕНЧИВОСТЬ ФОРМЫ ТИМУСА БЕЛЫХ КРЫС	204
Волошинская Л.В., Москалевская С.А. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ И СНЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ	205
Ворожко А.А., Майлян Э.А., Клемин В.А. МЕТОДИКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ.....	206
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Габараева З.Г., Выхованец Т.А., Черняк А.Н. ОЦЕНКА СОЧЕТАННОГО ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА.....	208
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Алборова Е.В., Прокопец В.И. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА.....	209
Гаврилова О.Ф. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА В СЛЮНЕ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ	210
Гавриляк В.Г. АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ	211
Галаева Я.Ю., Сидоренко И.А., Коньшева Н.В. НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	212
Галяутдинова Л.Э. ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: ОЦЕНКА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ.....	213
Гамирова К.А., Цайзер Д.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	214
Гаран Г.М., Арямкина О.Л., Савш П.А. ПРОГНОЗИРУЮЩАЯ РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ	215
Гармаш О.И., Гаврилова О.Ф. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОГЕСТЕРОНА СЫВОРОТКИ КРОВИ И СЛЮНЫ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	216
Гашкова Л.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ВРАЧЕЙ ДНР ДО И ВО ВРЕМЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ.....	217
Гашкова Л.А., Лик-ван-джи Н.Е., Калентева Ю.П. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С НАРКОПАТОЛОГИЕЙ	218
Гашкова Л.А., Христуленко А.А., ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТРЕСС У ВРАЧЕЙ ДНР В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ.....	219
Герасимова Е.С., Шепелева О.М. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	220

Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Гильмутдинов Б.Р., Исеева Д.Р., Ибрагимова Е.М., Фаизова Д.Э. УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ	221
Гильмутдинова Л.Т., Фаизова Э.Р., Гильмутдинов Б.Р., Фаизова Д.Э. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕКАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	222
Гинькут В.Н. ГИПЕРТРОФИЯ ЛИМФАДЕНОИДНОЙ ТКАНИ ГЛОТКИ КАК ПРИЧИНА ХРАПА И ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ	223
Гинькут В.Н. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	224
Гинькут В.Н. ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА МИРАМИСТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ГАЙМОРИТАМИ	225
Гинькут В.Н. ПРИМЕНЕНИЕ СИНУПРЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ.....	226
Гинькут В.Н., Андреев В.Н. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНСУЗИТОМ.....	227
Гинькут В.Н., Талалаенко И.А. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	228
Гмыря А.А. ВЛИЯНИЕ ОБЩЕННОЙ ЛЕКСИКИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	229
Гмыря А.А., Бугашева Н.В. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	230
Гмыря А.А., Пивнев Б.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ АНАЛОГОВ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ – НОВОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА.....	231
Гворуха И.Т., Зоркова Е.В., Джоджуа Т.В. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	232
Гоголев А.В., Бойцова Е.В., Новикова В.П., Кузнецова Д.А., Лапин С.В. НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС И ПРИЧИНЫ ЕГО НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С МУКОВИЦИДОЗОМ	233
Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К РЕАКТИВНЫМ АРТРОПАТИЯМ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЯМИ	234
Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю. ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....	235
Голоденко О.Н., Абрамов В.Ал. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ» У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПРОЛОНГИРОВАННОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	236
Голубицкий К.О., Дорошилов Д.В., Никульников И.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМИССИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ...	237
Голубов К.Э., Колесник А.А. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОВИРУСНЫМ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТОМ	238
Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б. ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ПОРАЖЕННОСТИ ЗУБОВ КАРИЕСОМ НА ФОНЕ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	239
Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б. ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОПУКТУРЫ	240
Горбаткова Е.Ю., Ахмадуллин У.З., Ахмадуллина Х.М., Катьрова Д.О. ОБ ОПЫТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ВУЗЫ – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ»	241

Грачёв Р.А., Ильенко И.В., Мусиенко А.Е., Такташев И.Р., Хаст В.Э. ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ, ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И ОСОЗНАННОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	242
Греков И.С., Грушина М.В., Курочкин Е.С. НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	243
Грекова К.Ю., Денисов В.К. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СОБЛЮДЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ	244
Грекова К.Ю., Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Мовчан Ю.А. ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ПОЗДНЕГО НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ.....	245
Гречишкина Т.Ф. ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ КВЕРЦЕТИНА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ХИМИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ, ПОСТУПАЮЩИХ ИНГАЛЯЦИОННО	246
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Валов И.И. К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	247
Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С., Костенко В.С., Миненко Е.Ф., Шевченко В.С., Смутьская Н.Г., Басенко И.Н., Басенко Ю.И. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МОНИТОРИНГА ЗА СОДЕРЖАНИЕМ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ ЗА ИХ ВЛИЯНИЕМ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА	248
Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С., Миненко Е.Ф., Парахина О.Н. ВЛИЯНИЕ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОСТИ В ДОНБАССЕ	249
Грищенко С.В., Грищенко И.И., Зяблицев Е.Д., Праводелов С.С., Шевченко В.С., Семикоз Е.А. ОБОСНОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ И ИХ ВЛИЯНИЯ НА ПОПУЛЯЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ.....	250
Гуденова А.С., Науменко Ю.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	251
Гудушаури Я.Г., Коновалов В.В., Стоюхин С.С., Марычев И.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИМФИЗИТЕ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	252
Гудушаури Я.Г., Федотов Е.Ю., Марычев И.Н., Стоюхин С.С., Коновалов В.В. БЛИЖАЙШИЕ И КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНОЕ РЕВЕРСИВНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С КОРРЕКЦИЕЙ ПЛОСКОСТИ ГЛЕНОИДА.....	253
Гунов С.В., Лебедев А.С. Анализ абортот на территории РФ за период 2016-2022 гг.	254
Гусаренко С.С., Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Коломийчук А.Б., Парахина М.В., Харченко Д.Ю. ЭВОЛЮЦИЯ ГЕРНИОРАФИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ В КЛИНИКЕ.....	255
Гуценко А.В. ДИНАМИКА ТЕМПОВ РОСТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ КОФЕИНА И КОРРЕКЦИИ МЕКСИДОЛОМ У ИНФАНТИЛЬНЫХ КРЫС	256
Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа.....	257
Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	258
Даренская М.А., Чугунова Е.В., Ступин Д.А., Беленькая Л.В., Прохорова Ж.В., Колесникова Л.И. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ, КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЗАБОЛЕВАНИЙ	259
Двойных П.В., Чермных С.В., Горяева В.В. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН.....	260

Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Зенько Н.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НЕТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	261
Демина А.С. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МАГНИТОГОРСКА	262
Демченко Е.В., Дегтяренко Е.В. УЛУЧШЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И НОРМАЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ	263
Демчук О.В., Королёв А.А., Комбарова А.А., Куликова Л.И., Корнев В.А. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ	264
Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Боева И.А. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ НА КАФЕДРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРАКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ	265
Денисов А.В., Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	266
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ	267
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В. ДИНАМИКА ГАРМОНИЗАЦИИ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	268
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В. ОПЫТ 750 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧЕК	269
Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Попова Я.Н. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ДЕСЯТЬ И БОЛЕЕ ЛЕТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	271
Денисов В.К., Захаров В.В., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Попова Я.Н. СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА	272
Денисов В.К., Комисаренко Э.Э., Грекова К.Ю. ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДИАЛИЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	273
Денисов В.К., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Давыдова Т.О. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	274
Дегтяренко А.В., Масенко В.В., Максименко О.Л., Авсянкина Е.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЫШЦ: МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ЭМЕРИ-ДРЕЙФУСА	275
Джоджуа А.Г., Гладько О.Е. ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНОГО С ИЗОЛИРОВАННЫМ ОСТРЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ	276
Джурабаев А.А. ЗАЩИТНЫЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	277
Джурабаев А.А. ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ В БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	278
Довгялло Ю.В., Вельма К.М., Дебеляя К.Е., Любочка А.В. ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕЛИЧИНЫ ИНДЕКСА ЛАКУНАРНОСТИ ПОВЕРХНОСТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СЕТИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	279
Довгялло Ю.В., Калашникова Е.А., Вельма К.М., Дмитриев А.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕКСТУРНОГО АНАЛИЗА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ РАРЕФИКАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ	280
Довжаница Е.А. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ	281

Долженко С.А., Голубова О.А., Моногарова Н.Е., Глухов Д.Р. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО И ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФ- ЛЮКСА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ	282
Долматова С.А., Вельма К.М., Чернобривец Н.В., Машенко Г.Р., Дементьева А.А., Гаврилюк Л.Ф. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В 2023-2024 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	283
Домашенко О.Н., Бондарева А.А. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	284
Домашенко О.Н., Гончарук Е.Ю., Ожерельева И.А. СОЦИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ДОНБАССЕ	285
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. ВЕРИФИКАЦИЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	286
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Гридасова Е.И., Капран В.В. РЕАЛИЗАЦИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИНФЕКТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВ- НОЙ ТЕРАПИИ	287
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Конограева С.С., Хоменко Д.Ю. О НЕОБХОДИМОСТИ АКТИВИЗАЦИИ СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПО ПРО- ГНОЗИРОВАНИЮ И ДРУГИМ АСПЕКТАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	288
Домашенко О.Н., Гридасова Е.И., Гридасов В.А. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТАКТИКИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИН- СКОЙ ШКОЛЕ	289
Домашенко О.Н., Капран В.В., Хоменко Д.Ю. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ	290
Домашенко О.Н., Капран В.В., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А. ПРИЧИНЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ БОРЬБЫ С НИМИ	291
Домашенко О.Н., Конограева С.С., Гридасов В.А. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАН- НЫХ В СТАЦИОНАР Г. ДОНЕЦК В 2024 ГОДУ	292
Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Капран В.В., Гридасов В.А. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ LONG COVID-19	293
Доровских Г.Н., Седельников С.С., Сулим Д.А. НЕГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛЮЧИ К ДИАГНОСТИКЕ	294
Дубовая А.В., Буряк Н.В., Юлдашева С.А., Марченко Е.Н. ЛИМФОМА БЕРКИТТА С ЭКСТРАНОДАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА	296
Дубовая А.В., Камеристая Е.В., Юлдашева С.А., Марченко Е.Н. АНЕМИЯ ДАЙМОНДА-БЛЭКФЕНА, ТИП 7 С МУТАЦИЕЙ ГЕНА RPL11	297
Дубовая А.В., Усенко Н.А., Шевель П.В. ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ – ВКЛАД В ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	298
Дубоделова Т.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕ- СКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ	299
Дуденченко В.В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ-СКАНИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ	300
Евтушенко В.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТИКАЛЬНЫМ КОСОГЛАЗИЕМ	301
Евтушенко О.В. ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕННОЙ МЫШЦЫ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ КОСОГЛАЗИИ	302

Егельская Ю.П., Якименко Ю.Ю., Рябова А.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	303
Егоров А.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ	304
Елисеев Ю.Ю., Чехомов С.Ю. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	305
Елисеева Л.В. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	306
Енина Э.Ю., Кник О.В. К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ...	307
Ермакова И.Д., Демченко С.С., Демченко Е.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА	308
Ермилова О.В., Панасенко К.В. ПРОБЛЕМАТИКА ПЕРЕВОДА ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	309
Еромянц И.С., Жданова Е.В. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ	310
Еромянц И.С., Паргас О.В., Альмешкина А.А., Смутьская Н.Г. ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К СЕМЬЕ	311
Ершова И.Б., Васендина М.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕПРЕССИВНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	312
Ершова И.Б., Глушко Ю.В. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	313
Ершова И.Б., Петренко О.В. ОЦЕНКА ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ПЕРВОГО ДЕТСТВА И ЕЕ СВЯЗЬ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА	314
Ершова И.Б., Ширина Т.В. КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА.....	315
Есенкова Н.Ю. СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ И ПАРАМЕТРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	316
Ефанова Е.Н., Русак Ю.Э., Васильева Е.А. ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕЙ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.....	317
Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г., Тихомирова А.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕРМАТОЗОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	318
Ефремова Е.Р., Бульбачёв В.Д. АКТУАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА-РЕАНИМАТОЛОГА ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	319
Ефремова С.А., Бутакова Д.С., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТОВ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ В 2023-2024 ГГ. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	320
Ефремова С.А., Бутакова Д.С., Сыщиков Н.Д., Глуховская М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТОВ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	321

Жадан Е.С., Майлян Э.А. УРОВНИ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСТЕОПОРОЗЕ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	322
Жалолитдинов Шерзодбек Икромжон угли ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ПОДХОД ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	323
Жарикова А.В. ЧТО ВЫ ЗНАЕТЕ О РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ? (ОПРОС СТУДЕНТОВ 1-3 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА).....	324
Жарикова Т.С., Кутин Е.С., Сафронов П.Г., Моисеенко А.А., Уразметова К.И. ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.....	325
Жарикова Т.С., Моисеенко А.А., Кутин Е.С., Сафронов П.Г., Уразметова К.И. ВОЗДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.....	326
Жданова Е.В., Еромянц И.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА.....	327
Жидких Т.Н., Киосева Е.В., Христуленко А.Л. СИНКВЕЙН КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ПЕДАГОГИКИ ОРДИНАТОРАМИ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ.....	328
Жилицын Е.В., Штугин А.А., Шпаченко Н.Н. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ.....	329
Житина И.А. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРИОРИТЕТ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	330
Жмурина Я.Д., Куимова И.М., Кольцова Т.В., Воробцова И.Н. Синдром Мейгса vs Генитальный туберкулез.....	331
Забазнова Ю.В. Обсуждение результатов сомнологического исследования у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с гипертонической болезнью.....	332
Зайченко В.Ю., Лузин В.И., Разарёнова А.В. ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ В БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ ГИДРОКСИЛАПАТИТА, НАСЫЩЕННОГО ЦИНКОМ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ДИСТАНТНО УДАЛЕННЫХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА.....	333
Захаров А.А., Болгарова А.А. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ.....	334
Захаров А.А., Лозыченко В.Г. ВЛИЯНИЕ ИММУНОСУПРЕССИИ НА СТРУКТУРУ СЕЛЕЗЁНКИ БЕЛЫХ КРЫС НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	335
Зверева Е.Е., Кутя С.А., Зяблицкая Е.Ю., Аблаев А.И. НАПРАВЛЕНИЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	336
Землянский И.Л., Шермолаев Б.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ.....	337
Зенин Т.Т., Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н., Кузьмин И.С., Аун С.Ю., Цветков И.С., Беликов А.Н. ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА, КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ III СТАДИИ.....	338
Зенченков И.П., Найдено И.Н. ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНЫХ КОРРЕКЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ С МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ПЛОСКОСТОПИИ.....	339
Зерний О.П., Черныш В.Ю., Донченко Л.И., Юдин В.А., Мечетной А.Ю. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ.....	340

Зиновкин Д.А. РОЛЬ ВАСКУЛОГЕННОЙ МИМИКРИИ, ПЛОТНОСТИ CD146+ И CD105+ МИКРОСОСУДОВ В ПРОГНОЗЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ	341
Зинченко Е.В. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 10-Е СУТКИ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ.....	342
Знагован С.Ю. СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА СТАРШИХ КУРСАХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	343
Зокиров Н.З., Алиева Э.И., Краснов А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПОДРОСТКОВ	344
Зокиров Н.З., Смирнова А.И. ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	345
Зокиров Н.З., Смирнова А.И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА.....	346
Золотаревская М.В. ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИМУНОФАНА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЖИВОТНЫХ.....	347
Золото Е.В., Томачинская Л.П. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....	348
Золото Е.В., Томачинская Л.П., Правделов С.С. СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	349
Золотов А.Н., Ключникова Е.И., Корпачева О.В., Приймак А.Б., Пальянов С.В., Таран Н.И., Торопов А.П. ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ СЕРДЕЦ КРЫС С НИЗКОЙ И ВЫСОКОЙ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬЮ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ УШИБА СЕРДЦА	350
Золотухин С.Е., Дегтярева А.П., Куршина Н.В., Чирах Т.М. СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА.....	352
Золотухин С.Е., Дегтярева А.П., Шпаченко Н.Н., Николенко О.Ю., Потапова Н.М. ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИЕМИИ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ У ОПИОИДНЫХ НАРКОМАНОВ С ТЯЖЕЛЫМИ МЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ	353
Золотухин С.Э., Мутык М.Г., Клочков М.М., Мищенко И.С., Аль-Давуд Амджад, Бондаренко Н.В., Пацкань С.И. Первый опыт применения VRAM лоскута для закрытия раны промежности в РОЦ им.проф.Г.В.Бондаря.....	354
Зубенко И.В., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Лопатин А.Д. КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ.....	356
Зубов А.Д., Багрий А.Э., Кутья А.Е., Сенченко О.В., Осипов Г.А. КАЛЬЦИФИКАТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ.....	357
Зубов А.Д., Момот Н.В., Ступаченко Д.О., Хусейн Азаб СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	358
Зубов А.Д., Плахотников И.А., Сидоренко Р.С., Галкин Д.Ю. ТРЕПАНОБИПСИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ.....	360
Зуева Г.В., Налетов А.В., Масюга Д.И. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	362
Зуйков С.А. ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОХИМИИ – КАК ДИСЦИПЛИНЫ, ФОРМИРУЮЩЕЙ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА НЕ ТОЛЬКО О ПРИНЦИПАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, НО И ФОРМИРОВАНИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ	363

Зуйков С.А., Турсунова Ю.Д., Филиппаки И.В., Одарченко Т.С. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	364
Зыкина Л.А., Панов И.О., Масенко В.В., Прокопенко Е.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	365
Зяблицев Д.В., Киосева Е.В., Подоляка В.Л., Потапенко Я.В. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПОВ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ 5S В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	366
Иваненко А.А., Попивненко Ф.С., Глебова А.Э. РОЛЬ СИНУС-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ	367
Иванина Е.А. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	369
Иванова И.П., Романенко К.В., Краснощеких А.А., Ермилова Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАКЦИОННОГО СО ₂ ЛАЗЕРА ДЛЯ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ	370
Иванова Л.Н., Холина Е.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГЛИЦИН, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ В ПЕРИОД ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	371
Иванова Л.Н., Холина Е.А. МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ.....	372
Иванова О.Ю., Коростелева Е.С. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА.....	373
Ивашкин Ю.М. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	374
Иващенко Д.А., Щабельская С.А., Лымарь Д.И. ДЕБЮТ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	375
Игнатенко Г.А. АДАПТАЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	376
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Голодников И.А., Михайличенко Е.С., Котова К.А., Сабельникова Я.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДОЗИРОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНАЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	377
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Валигун Я.С., Христуленко А.Л. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ	378
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Аршавская И.А. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В НАЗНАЧЕНИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	379
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Могилевская К.Э., Сабельникова Я.С., Беликов В.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ АЗИЛСАРТАНА И СПИРОНОЛАКТОНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	380
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Приколота О.А., Приколота А.В., Михайличенко Е.С., Голодников И.А. ЭФФЕКТ КОМБИНАЦИИ ВАЛСАРТАНА/САКУБИТРИЛА НА ЭПИЗОДЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	381
Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Ракитская И.В. ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ИНТЕГРАЛЬНОГО ДИАБЕТИЧЕСКОГО И КАРДИОРЕНАЛЬНОГО КОНТИНУУМА В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ.....	382

Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Долженко С.А. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ В ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ.....	383
Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Первак М.Б., Игнатьева В.В., Долженко С.А. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДОНЕЦКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	384
Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А. РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ОСВОЕНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ ОРДИНАТОРАМИ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 3	386
Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	387
Игнатенко Г.А., Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Каменева Ю.В., Чулкова Д.А. ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ.....	388
Игнатенко Г.А., Федулечев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ВИСФАТИНА У ЖЕНЩИН С ГОНАРТРИТОМ.....	389
Игнатенко Г.А., Федулечев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А. УРОВНИ 25(OH)D ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	390
Игнатенко Г.А., Федулечев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А. ЭКСПРЕССИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ -1 β и -10 У ЖЕНЩИН С ГОНАРТРИТОМ.....	391
Игнатьева В.В., Одарюк В.В., Романова Л.А., Лаврова А.И. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА ПО ХИМИИ В 2024 ГОДУ	392
Ильина В.Г., Крутиков А.Н., Гудкова А.Я. УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА.....	393
Ильина В.Г., Крутиков А.Н., Гудкова А.Я. ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, ОБНАРУЖЕННЫХ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА	394
Ильканич А.Я., Курбанов С.С. Региональный опыт лечения осложнений дивертикулярной болезни.....	396
Ингель Ф.И., Охрименко С.Е., Ахальцева Л.В., Юрцева Н.А., Кривцова Е.К., Никитина Т.А., Коняшкина М.А., Рыжкин С.А. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА К ОБЛУЧЕНИЮ В НИЗКОДОЗОВЫХ ПРОТОКОЛАХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРЕССА У ДОНОРОВ КРОВИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....	397
Иноятова Ф.Х., Исмоилов Б.Б. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.....	399
Исупов И.Б., Кудрин Р.А., Антропова А.Г., Хусайнова Г.Х. СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОНУСА РЕЗИСТИВНЫХ АРТЕРИЙ КИСТИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ВО ВРЕМЯ УЧЕБНЫХ НАГРУЗОК.....	401
Калинин М.А., Камка Н.Н. СЛУЧАЙ СТРОНГИЛОИДОЗА В ХМАО-ЮГРЕ.....	402
Калиновская Т.Н. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	403
Калуга А.А., Хоменко М.В., Цыба И.Н., Яровая Н.Ф., Бондарева Е.А. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?	404
Каменский А.Д., Паршиков М.В. ГЕНЕТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ.....	405

Канана Н.Н., Баешко Г.И., Варущик Д.М. ПОСТКОВИД-19 КАК ТРИГГЕР НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	406
Кандалова О.В. СОСТОЯНИЕ ВОЛОС ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.....	407
Капланец И.В., Аносова Л.С., Суворова А.В. МЕТОДИКА ВКЛЮЧЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ЙОГИ В ПРОЦЕСС КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН 45-50 ЛЕТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА.....	408
Капланец И.В., Фомин А.А. АЛГОРИТМ ВКЛЮЧЕНИЯ БЛОКОВ КОРРЕКЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ПРОГРАММУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН 60-65 ЛЕТ	410
Карасев А.А., Носачева А.В., Петрова А.Г., Пехтелева А.В., Елисеева Ю.В. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКА ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ОСВЕЩЁННОСТИ И МИКРОКЛИМАТА ЭНГЕЛЬСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1	411
Каримов Ш.О., Бобомуродов М.А КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	412
Карманов С.Б., Плотников А.А., Хатюшин Д.Р. Терапевтические принципы лечения метаболического синдрома	413
Карпенко Д.В., Волошин В.Н. МНОГОМЕРНЫЙ ДИСПЕРСИОННЫЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ПРОЗОПОМЕТРИИ ЮНОШЕЙ.....	414
Карпушин Д.И. ОСОБЕННОСТИ МОРФО - СТРУКТУРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	415
Карпушкина П.И., Пигачев А.В. ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	416
Катела А.И., Ламтюгова М.М., Бабий А.В КАЛЬЦИЕВЫЙ ИНДЕКС В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ	417
Кашенко С.А., Моисеева М.И., Семенчук С.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЯДЕР СПИННОГО МОЗГА ПРИ РАЗРУШЕНИИ ЧАСТЕЙ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА.....	418
Кашенко С.А., Моисеева М.И., Семенчук С.Н. СТРОЕНИЕ ТИМУСА, СЕЛЕЗЁНКИ И ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИМ ЦИКЛОФЕРОНА	419
Кимирилова О.Г., Харченко Г.А ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОНЕКТИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ.....	420
Кимирилова О.Г., Харченко Г.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	421
Киосева Е.В., Клишкан Д.Г., Коктышев И.В., Киосев Н.В., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В., Жидких Т.Н., Потапенко Я.В., Михайловина В.Ю., Литовченко Н.Д. ОСОБЕННОСТИ ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ.....	422
Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Бевз Ю.О. ЭТИЧЕСКИЕ ПОЗИЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К НАЧАЛУ НОВОЙ ЖИЗНИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТУСА ЭМБРИОНА.....	423
Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Зулаев М.А. СТИГМЫ ОБЩЕСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВРАЧАМ.....	424
Киосева Е.В., Михайловина В.Ю., Свирина А.В. ХРИСТИАНСТВО И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ	425
Кирпичев И.В., Шершнева О.Г., Кирпичева Д.И. РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛАДЬЕВИДНО-ПОЛУЛУННОЙ СВЯЗКИ	426

Кирсанова В.А., Пахомов С.П. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	427
Кичигина Е.В., Воскобойникова Е.Ю., Котлярова В.С. ОПИСАНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА-ВИЛЬСОНА	428
Клемин В.А., Ворожко А.А., Бутук Д.В. РАЗБОРНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ВКЛАДКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗРУШЕННЫХ КОРОНОК ФРОНТАЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ.....	429
Клемин В.А., Майлян Э.А., Ворожко А.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТИТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ АКРИЛОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	431
Князева Т.П. СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИСХОДНО НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА.....	433
Коваленко С.Р., Альмешкина А.А., Куртинина Д.В. ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО СТРЕССА	434
Ковачевич А.О., Момот М.В. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ	435
Ковтун В.И., Морозова А.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ И ДЕПРЕССИИ.....	436
Козикова О.А. ВНЕДРЕНИЕ «БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» В РАБОТУ КАФЕДР ФАКУЛЬТЕТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	437
Кокина И.В. «АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ» И АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ: ОБЩИЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ.....	439
Кокина И.В. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В СИНДРОМЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	440
Кокина И.В., Губарева Я.С. ВЛИЯНИЕ СНА НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА	441
Колганов А.И., Греков И.С. ПАРЕНХИМАТОЗНО-СТРОМАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В РАННЕМ ТИПЕ КАРЦИНОМ ЖЕЛУДКА	442
Колганов А.И., Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Вердиян А.С. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ	443
Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головки О.К., Маноченко Г.В., Гриненко Е.П. ТРОМБОЦИТЫ В ГОМЕОСТАЗЕ СИСТЕМЫ «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД – НОВОРОЖДЕННЫЙ» В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	444
Колесникова Е.Ю, Пузик А.А, Васильева А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПЕРЕВОДА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	446
Колесникова И.А. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.....	447
Коломийчук А.Б., Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Гусаренко С.С., Бутенко А.Е. ТАРР ПРИ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ: УЗЛОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	448
Коненко В.Е. ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОДЕФЕЦИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ, ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДРУГИМИ СОСТОЯНИЯМИ ИММУНОДЕФЕЦИТА	449
Коньшева Н.В, Сидоренко И.А, Галаева Я.Ю. ДЕПРЕСКРАЙБИНГ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	450

Коняшкина М.А., Кривцова Е.К., Кедрова А.Г., Кравченко Г.В., Грех Т.А., Константинова Ю.С. ЦИТОМНЫЙ АНАЛИЗ НАЗАЛЬНЫХ И БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ НАСЕЛЕНИЯ	451
Корецкая Я.Ю. ПЕРСПЕКТИВЫ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.....	453
Коробка Ю.Н., Иванова. М.В., Гудков И.А. ИЗУЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ.....	454
Коробкова Е.А. ОБМЕН КАЛЬЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	455
Коробкова Е.А., Вебер В.В. РОЛЬ ВИТАМИНА Д ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	456
Королева С.В., Королёв П.В. БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХОДЬБЫ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ (ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ И СООТВЕТСТВИЕ «ВРЕМЕННОМУ СТАНДАРТУ...»).....	457
Косенкова-Дудник Е.А., Карпий С.В., Якобчук А.В. ОСОБЕННОСТИ РИМСКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЫ НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМОВ, РЕПРЕЗЕНТУЮЩИХ КОНЦЕПТ «ЖИЗНЬ»	458
Косенкова-Дудник Е.А., Якобчук А.В. ОБЩЕННАЯ ЛЕКСИКА - НЕДУГ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ.....	459
Костецкая Н.И., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ЭПШТЕЙН-БАРР В ДНР.....	460
Костецкая Н.И., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПАПИЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	461
Костин К.Д., Бугашев К.С. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	462
Костюченко М.С., Черных С.В., Долгошапко О.Н. ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИЛЬНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	463
Котов В.С., Садеков Д.Р., Щербина Ю.Г. ЭКСХАЛЯЦИЯ РАДОНА И БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ДОНБАССЕ.....	464
Коценко Ю.И. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА SARS-COV-2.....	465
Коценко Ю.И. МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОВЛАДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	466
Коценко Ю.И. ОСОБЕННОСТИ СИНКОПАЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С АВТОНОМНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	467
Коценко Ю.И., Дубина Д.Ю. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛА ТУРЕТТА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ.....	468
Коценко Ю.И., Ярошенко Ю.Э. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКИХ АТАК	469
Кошкин А.Б., Паршиков М.В., Говоров М.В. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ	471
Кравченко А.И., Кирьякулова Т.Г., Кошкин А.В., Мазниоглов А.В., Тисленко А.Д. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЛИПОАСПИРАТА У ПАЦИЕНТКИ С ГОНАРТРОЗОМ	472

Крайнова И.Ю., Шестопалова Е.Л. ПРОФЕССИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ	473
Красножен С.В. ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	474
Кривенко С.Н., Попов С.В., Медведев Д.И. ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ.....	475
Кривенко С.Н., Попов С.В., Шпаченко Н.Н. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ.....	476
Кривобок А.А. ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ УРОЛОГИИ В СООТВЕТСТВИИ С РОССИЙСКИМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ СТАНДАРТАМИ.....	477
Кривобок А.А. РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ УРОЛОГИИ	478
Кривобок А.А., Колганов А.И., Мурадов Т.М. РОЛЬ ИМУННЫХ КЛЕТОК В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ	479
Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Беседин И.Е. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК.....	480
Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Давлеев Д.И. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....	481
Кривобок А.А., Мурадов Т.М., Ярков В.И. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ПРОЦЕСС ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	482
Криволап Н.В. ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.....	483
Криулина К.С., Петривная О.В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАЦИИ ИСТОРИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ В СИСТЕМУ ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	484
Круподер А.С., Киёк О.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	486
Крутых Е.Б., Рыбников В.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ (ЦОЗСиР) НА БАЗЕ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» Г. КУРСКА ЗА 2018 – 2022 ГГ.....	487
Крюков И.А., Волошин В.Н. МНОГОМЕРНЫЙ ДИСПЕРСИОННЫЙ АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОРОНОК МОЛЯРОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЮНОШЕЙ.....	488
Кубаренко В.В., Яворская Е.Д., Карпекина Е.И., Исмаева А.И., Клёмин В.А., Сажина О.С., Ушич О.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОСНИМКА В СТОМАТОЛОГИИ.....	489
Кувенева М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В. ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА.....	490
Кувенева М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛОЩАДИ ГЕТЕРОХРОМАТИНА И ЭУХРОМАТИНА ЯДЕР МУКОЦИТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ФУНДАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭКСТРАКТА ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ.....	491
Кувенева М.Л., Лопастинский Н.Н., Шипилова Н.В. ОСОБЕННОСТИ АУДИОВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЛОГИИ ФГБОУ ВО «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИОННОГО ДАВЛЕНИЯ.....	492
Кузьменко А.Е., Иванов М.В., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Потапов В.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	493

Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Межаков С.В., Шаталов С.А., Страшко Е.Н. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	494
Куйдан Д.С., Головенко В.А., Верич А.А., Якименко Р.Д., Полозова А.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОКЛЮША В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	495
Кулемзина Т.В. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	496
Кулигин А.В., Ершова К.А., Савичев Д.М., Прохоров Р.С., Подрезова Г.В., Иоффе Д.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕ- ТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	497
Курбанов С.А., Габдрахманова А.Ф., Курбанова Ч.С. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ.....	499
Курганова А.В., Тагаурова В.П., Гаврилова О.Ф. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕ- ТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	500
Куринный А.М. ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗОБСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ. МЕТА-АНАЛИЗ.....	502
Курмаев С.И., Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э. ЗНАЧЕНИЕ ГЕРМЕТИЗАЦИИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ МИКРОПОДТЕКАНИЯ НА СТЫКЕ ИМПЛАНТАТ-АБАТМЕНТ	503
Куртина Д.В., Мельниченко В.В., Коваленко С.Р. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДУХОВНОГО КРИЗИСА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ПОСТТРАВМАТИ- ЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	504
Курешева О.А., Налетов А.В., Мацынина Н.И., Якимчук Н.В., Глуховская М.А. АЛЛОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА.....	505
Кустов Д.Ю. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У САМЦОВ КРЫС С МОДЕЛЬЮ СИСТЕМНОГО АУТОИММУННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	506
Кустов Д.Ю. ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ НА ПОВЕДЕНИЕ САМЦОВ И САМОК КРЫС С ГОНАДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СОПРЯЖЕННОЙ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	507
Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.А. ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	508
Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В., Шавкун Н.П., Кандаурова И.А. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	509
Лагно О.В., Башнина Е.Б., Туркунова М.Е., Корытко Т.Е., Мыслинчук Е.С. ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	510
Лазич Лю ТЕНДЕНЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ.....	512
Ласачко С.А., Гончарова В.В., Трубникова И.О. Развитие рака эндометрия у женщин с гиперплазией эндометрия: систематический обзор заболеваемости, распростра- ненности и факторов риска развития.....	513
Ласачко С.А., Чернявский А.Р., Баштовенко Т.Е. СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА.....	514
Ластков Д.О., Елизарова О.В., Клишкан Д.Г. ДИНАМИКА ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ И КАЧЕСТВА ВОДЫ В ДНР.....	515
Ластков Д.О., Клименко А.И., Горохова А.А., Михайлова Т.В., Беседина Е.И., Жидких Т.Н. ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИДАКТИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ	516
Ластков Д.О., Паргас О.В., Николенко О.Ю. РАДОНОВАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ЗАКРЫТИИ УГОЛЬНЫХ ШАХТ	517

Ластков Д.О., Попович В.В., Близинок М.Р. ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОНЬЮНКТИВИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В 2012-2021 ГГ.....	518
Ластков Д.О., Ткачев П.В., Клишкан Д.Г. ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ.....	519
Латышевская Н.И., Давыденко Л.А, Прудаев А.А. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ СТРОИТЕЛЬНОГО ТЕХНИКУМА.....	520
Латышевская Н.И., Левченко Н.В., Шестопалова Е.Л. ВОВЛЕЧЕННОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СПОРТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	521
Лебедкина А.М., Стефанов Г.М., Клишкан И.Д АНАЛИЗ ИММУНОТЕРАПИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	522
Левченко Е.В., Кравцова Е.С. УНИКАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ.....	523
Левченко И.Л. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.....	524
Лежнина Е.К., Коробкеев А.А. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ ВЕТВЕЙ ПРАВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ГИПЕРСТЕНИКОВ И НОРМОСТЕНИКОВ.....	525
Лейкина В.В. ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА	526
Лепихов И.П., Щербинин А.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ МОРГАНИИ ЯИЧКА	527
Лесковец Е.С. АКТУАЛЬНЫЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	528
Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Джеломанова С.А., Костецкая Н.И. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОКИНОВ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ	529
Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Костецкая Н.И., Джеломанова С.А. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ЧАСТОТУ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КОНЦЕНТРАЦИЮ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ.....	530
Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Конов В.Г., Чупрова Л.В. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ПОЧЕК: РЕДКОСТЬ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ?.....	531
Лисанова С.В., Мельник А.В., Кустов Д.Ю., Панфилова В.В., Дондик Т.О., Смирнова Т.Я. О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ОРИНАТОРОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА», К ПЕРВИЧНО-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ СДАЧИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА СТАНЦИИ «КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ»	532
Литвинова Е.В., Былым Г.В., Носкова О.В. ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	533
Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В. ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА БЕРЕМЕННЫХ	534
Лобанов Г.В. 90 ЛЕТ КАФЕДРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ХЭС ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ. ОСНОВНЫЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ.....	535

Лобанов Г.В., Штутин А.А., Агарков А.В., Джерелей О.Б., Оприщенко А.А. ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ХОДЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ	536
Лоншакова К.Р. СОЦИАЛЬНОКУЛЬТУРНОЕ РАЗВИТИЕ ОТРЯДА «ОЙКОС»: ИНКЛЮЗИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	537
Луганский Д.Е. ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	538
Луговсков А.Д., Козикова О.А., Знагован С.Ю. КАНЦЕР-РЕГИСТР ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: 37 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛУ- ГАНЩИНЫ.....	539
Луговсков Е.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРИ- ЕМА КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА.....	540
Лукин М.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ МЕ- ТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	541
Лукьянченко Е.Н., Проценко Т.В., Перцева Е.В., Сиденко В.Г. КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ КОСМЕЦЕВТИКИ TEGOR.....	542
Луценко Ю.Г., Карабак И.С., Андриенко И.Б., Карабак К.С. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕ- ТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	543
Луценко Ю.Г., Матийцив А.Б., Морозов Д.В. К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕ- НИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	545
Луценко Ю.Г., Сычѐва Д.Р., Гаврилюк Л.Ф., Польшко Г.С. МОРФОГЕНЕЗ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПРИМЕНЕНИЕМ ВА- КУУМНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	546
Луцкий И.С., Шаймурзин М.Р., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И., Кишеня М.С. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ AGT И ACE В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДЕЙ- СТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА	547
Лыгина Ю.А. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АТОПИЧЕ- СКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....	548
Люгайло С.С. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВ- ЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ КОНТИНГЕНТОВ: УНИФИЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРОГРАММЫ.....	549
Люгайло С.С., Рамошкайте М.С. ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММУ ФИЗИЧЕ- СКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	550
Люгайло С.С., Тютюнник Д.Б. МЕТОДИКА ДОЗИРОВАНИЯ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕН- ТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА	551
Ляпунов А.В., Федосов А.Д., Преловская М.А., Вержуцкая Ю.А., Вершинин Е.А. ПРОБЛЕМЫ ТАКСОНОМИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ БЛОХ – ПЕРЕНОСЧИКОВ ЧУМНОГО МИКРОБА, И ИХ РЕШЕНИЕ МЕТОДАМИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ	553
Магадеев Х.Д., Радзиховская М.В. ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ НА ПРИВЕРЖЕН- НОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ.....	554
Майлян Э.А., Жадан Е.С. ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА ORG/RANKL У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, СЕРОПОЗИ- ТИВНЫХ НА ИНФЕКЦИЮ HELICOBACTER PYLORI.....	555

Майлян Э.А., Жадан Е.С. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И УРОВНЕЙ ОСТЕОКЛАСТОГЕННОГО ЦИТОКИНА RANKL У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI.....	556
Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Джеломанова С.А., Костецкая Н.И. КОНЦЕНТРАЦИИ ЦИТОКИНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КОСТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ, У ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА	557
Макеев Г. А, Ворожко А.А., Авсянкин В.И., Бутук Д.В., Яворская Л.В. ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ НА СПЛАВЫ МЕТАЛЛОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ.....	558
Максаров М.Л., Паршиков М.В. ДИСТАЛЬНАЯ МЕЖКОСТНАЯ МЕМБРАНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ: ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ, ВЛИЯНИЕ НА СТАБИЛЬНОСТЬ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕ-ЛОКТЕВОГО СУСТАВА.....	559
Малинин Ю.Ю., Григорян Х.В., Кривобок А.А., Ермилов С.Г., Малинин Г.Ю., Середич В.А., Беседин И.Е., Навальнев Д.А. ИНЦИДЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ В ЭНДОУРОЛОГИИ	560
Мамедов В.Ш., Щербина Ю.Г. ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК	561
Маноченко Г.В., Буров А.А., Анастасов А.Г., Колесников А.Н. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ	562
Мареева М.Ю., Мравян С.Р. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....	563
Марченко Я.С. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА GENEXPERT Mtb/RIF ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ.....	564
Марченко Я.С. ПОТЕНЦИАЛ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	565
Маслов Я.Я. ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛОЧНО-ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	566
Матийцев А.Б. К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	567
Матийцев А.Б., Чубарь В.А. К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОСТИТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	568
Матиско М.А. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	569
Матиско М.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ ПРИ ГРИППЕ И COVID-19 В 2023-2024г.	570
Матмуродов Р.Ж., Жуманазарова Ш.Р., Халимова Х.М., Гаибназаров С.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФЕССИИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ.....	571
Махмутов Р.Ф., Исмаилова А.Д. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД О ВЛИЯНИИ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	572
Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Щепанкова Е.В., Бродяная П.А., Басий Д.Т. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКИ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	573
Махмутов Р.Ф., Новиков Г.А. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	574
Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Чурилов А.А. МОДЕЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К МОНИТОРИНГУ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕГИОНЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА	575

Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Марченко Т.А., Чурилов А.А. УНИЛАТЕРАЛЬНАЯ ПЕКТОПЕКСИЯ В КОМПЛЕКСЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН.....	576
Медведева В.В., Кучеренко Н.П., Гончарова Л.А., Коваленко Т.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ.....	577
Медведева О.А., Шевченко А.В., Мухина А.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	578
Медведева О.А., Шевченко А.В., Мухина А.Ю., Груздов А.Ю. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МОЛОКА, УПОТРЕБЛЯЕМОГО СТУДЕНТАМИ КГМУ.....	579
Меджидов К.М., Паршиков М.В., Ярыгин Н.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ В КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА. ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА.....	580
Мельник А.В., Мельник В.А., Кустов Д.Ю., Лисанова С.В., Смирнова Т.Я., Дондик Т.О. ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРИЕМОВ НАСТАВНИЧЕСТВА ДЛЯ ВРАЧА-СТАЖЕРА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ.....	581
Мельникова Е.Ю. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК CRISPR/CAS9 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	582
Мельниченко А.В., Рябова А.А., Тонконог Д.Р. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА.....	583
Мельниченко В.В., Абдулаев Т.М. СТРУКТУРА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	584
Мельниченко В.В., Голоденко О.Н., Альмешкина А.А. КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ ДИАГНОСТИКИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ.....	585
Мечукаева М.А., Созаев А.Т. ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	587
Мир М.К. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ МЕНИСКА И МЕНИСКЭКТОМИИ.....	588
Миргородская А.В. ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	589
Миргородская М.Е., Заболотний А.Г. МЕТОДЫ ОПТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФРАКЦИОННОЙ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ.....	590
Мирзоева Н.М., Жилова М.М., Пшукова Е.М., Алтуева А.М. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ДИНАМИКУ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В КБР.....	591
Мирмиренко А.С., Жиляев Р.А., Сироид Д.В., Антипов Н.В., Шеменова А.С., Василенко Л.И., Саул А.С. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ: ВИДЕОМАТЕРИАЛЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ.....	592
Мирович Е.Д., Мирович Е.Е., Петренко С.А., Егорова М.А. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.....	593
Мирович Е.Е., Мирович Е.Д., Петренко С.А., Чуриков В.С. АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА.....	594
Мироненко А.М. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ.....	595
Митрохин Д.А., Кәрім Ғ.К., Ержігіт Ғ.Е., Серік Л. Ғ., Рысбай А.А., Әскербекова М.С., Сейлханова Ж.О., Маратова Ж.М. ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РОДОВ.....	596

Митуурсова В.В. СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЁННЫХ.....	597
Михайленко Е.Р., Щукина Е.В. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЯ.....	598
Михайличенко Е.С, Сабельникова Я.С, Титова Е.Д, Уваренко Р.А КОМПЛЕКС МАКРО- И МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНОЙ С СД 2 ТИПА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	599
Можейко Е.Ю. САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ИНДУЦИРУЕМЫЕ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКОЙ, У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.....	600
Моисеенко Д.М. ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ 7-14 ЛЕТ	601
Момот М.В., Ковачевич А.О. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	602
Моногарова Н.Е., Голубова О.А., Шевченко Д.Ф., Закомолдина Т.В., Шупикова Е.В., Бедак А.С. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	603
Мордовский А.В. ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ: СВЯЗЬ МЕЖДУ ДИЕТОЙ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	604
Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИЙ ДЕПУЛЬПИРОВАННЫХ ЗУБОВ	605
Морозова Н.А, Бухарова Н.И., Цвяшко Т.И. ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	606
Мосийчук О.М. ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	607
Москаленко С.В., Моисеев А.М., Литовка Е.В. ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБНЫМИ ТОКСИНАМИ ГЕПАТОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ	608
Мосягина Н.А., Лузин В.И., Кожемяка И.Я. ВЛИЯНИЕ ПОВТОРНОГО ПЕРЕЛОМА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В НЕЁ ГИДРОКСИЛАПАТИТА.....	609
Музычин А.Л., Музыкаина А.А., Музыкаина А.В., Тутова К.С., Бех Н.А. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЛЬТРАЦИОННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	610
Музыкаина А.А., Бугоркова И.А., Вагин А.В., Евтушенко А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	612
Музыкаина А.А., Тутова К.С., Музыкаина А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИННОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА	613
Мухин И.В., Зубрицкий К.С., Кошелева Е.Н. РИТМОЗАМЕДЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА.....	614
Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Паламарчук Ю.С., Юров И.Ю. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ МАРКЕРОВ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.....	615
Мухин И.В., Сочилин А.В., Кошелева Е.Н., Семёнов Е.Б. ВЛИЯНИЕ ДВУХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ЧИСЛЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	616

Мыльников Д.В., Зулаев М.А. НЕЙРОНЫ ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДРА SRN ГИПОТАЛАМУСА И ИХ СПОСОБНОСТЬ К КОНТРОЛЮ СТРЕССА И РЕГУЛЯЦИИ ВЫБОРА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	617
Мырзагалиев Е.Ж., Сефикурбанов А.М. ХАРАКТЕРИСТИКА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОКЛИМАТА И ОСВЕЩЕННОСТИ КАБИНЕТОВ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. САРАТОВА.....	618
Мякоткина Г.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И СИНДРОМА ПОСЛЕВИРУСНОЙ АСТЕНИЗАЦИИ ..	619
Назарюк К.В. АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	620
Назарян Д.С., Белик И.А. ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАМИКРОСТРУКТУРЫ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У КРЫС-САМЦОВ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ ТОЛУОЛА И ПРИЕМА НАСТОЙКИ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ.....	621
Налетов А.В., Москалюк О.Н. ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	622
Налётова Е.Н., Налётова О.С., Галаева Я.Ю., Твердохлеб Т.А., Сидоренко И.А., Коньшева Н.В. ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-ФАРМАЦЕВТОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТ-ТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ».....	623
Нижельский В.Е., Лузин В.И., Коваленко С.А. ВЛИЯНИЕ ПАРОВ ФОРМАЛЬДЕГИДА НА СТРОЕНИЕ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ БЕЛЫХ КРЫС В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ	624
Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В. ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ШАХТЕРОВ	625
Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	626
Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В. ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ИММУНИТЕТА У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТОЙ.....	627
Николенко О.Ю., Майлян Э.А., Тищенко А.В. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФОЦИТОВ У НОСИТЕЛЕЙ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	628
Никулин И.Ю., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Кутья А.Е., Совпель Я.А., Праводелов С.С. Тактика сахароснижающего лечения больных сахарным диабетом, развившимся на фоне панкреатита.....	629
Новикова Е.А., Вырупаева Е.В., Семёнова Н.В., Колесникова Л.И. АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19 В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	630
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А. РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	631
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ В РОДАХ.....	632
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А. СТРУКТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.....	633
Оборнев А.Л., Гавенко Н.Р., Датуашвили М.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ПРИМЕРЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАМАГНИТНЫХ ИЛИ СУПРАПАРАМАГНИТНЫХ МЕТОК.....	634
Оборнева О.В. ИМЯ В КОНТЕКСТЕ ЛИНГВОКУЛЬТУР.....	635

Обухова М.Д., Чинарев В.А. СПЕКТР КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	636
Одинабобоев М.Б., Бобомуродов М.А., Каримов Ш.О. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ АРТРИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	637
Олейник В.С., Давыдова Е.В., Давыдова А.А. ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ВИБРАЦИИ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У МУЖЧИН.....	638
Онищенко Е.В., Денисов В.К., Давыдова Т.О. ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕГИОНАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ	639
Онищенко Е.В., Денисов В.К., Давыдова Т.О. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСМЕРТНОГО ОРГАНОГО ДОНОРСТВА.....	641
Орлов К.А., Масенко В.В., Шевченко В.В., Максименко О.Л., Бубликова А.М. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МИННО-ВЗРЫВНУЮ ТРАВМУ	642
Османов Э.А., Власенко С.В., Непейпиво М.В., Лёвин Г.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП В УСЛОВИЯХ БАЛЬНЕОГРЯЗЕВОГО КУОРТА	643
Османов Э.А., Власенко С.В., Непейпиво М.В., Лёвин Г.В. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО САНАТОРНО-КУОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЦП С ЯВЛЕНИЯМИ САРКОПИИ.....	645
Остренко В.В., Папков В.Е. Использование онлайн-платформы в образовательном процессе.....	646
Островский И.М. НЕКОТОРЫЕ ОБЕНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ-ПЕДИАТРОВ.....	647
Островский И.М. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА НА ДЕБЮТ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА	648
Островский И.М., Крылов Д.А. ЗА 10 ЛЕТ УХУДИЛОСЬ ТЕЧЕНИЕ ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ ДОНБАССА	649
Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н., Прокофьева Т.И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА.....	650
Павлович Л.В. ХАРАКТЕР ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ АЦЕТАТА КАЛЬЦИЯ.....	651
Панасенко К.В., Ермилова О.В. О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСКУРСИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА	652
Панин Е.Н. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СУБАКРОМИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ	653
Панов И.О., Зыкина Л.А., Максименко О.Л., Антонова Л.Н. РАЗВИТИЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19.....	654
Панфилова В.В., Лисанова С.В., Дондик Т.О., Кабанец А.И. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ.....	655
Папакина А.В., Швороб Д.С. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА	656
Папков В.Е. ГЛОТТОГЕНЕЗ В КОНТЕКСТЕ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКОЙ РЕЧИ И КАРТЕЗИАНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ (ЛИНГВИСТИКИ).....	658

Папков В.Е., Остренко В.В., Станина В.М. ЭТИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ АВТОМОДЕЛЬНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО РОСТА	659
Папков В.Е., Станина В.М. О СКРИНИНГЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДЕРЖКИ ПСИХО- РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	660
Папков В.Е., Станина В.М., Кравченко В.А., Трутаев Г.П. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИИ В КОНТЕКСТЕ ПАРАДИГМЫ АМ- БЬЕНТНЫХ И ФОКАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ЗРЕНИЯ.....	661
Папков В.Е., Станина В.М., Христуленко А.А., Дзадзамия С.Д., Ларионов К.К., Боенко С.Д. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ РАСПРЕДЕЛЕННОГО МОЗГА – РАСПРЕДЕЛЕННАЯ СЕМИОТИКА НАВИГАЦИОННО- ГЕНДЕРНОЙ СИСТЕМЫ СЕМЬИ (К ПРОБЛЕМАТИКЕ ГЕНДЕРНОГО РАЗРЫВА).....	662
Парамонова Т.И., Карпий С.В., Цатыньян К.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ГУМАНИТАРНЫХ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ МОРАЛЬ- НОЙ, ВЫСОКООБРАЗОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОЙ ВОЙНЫ.....	663
Парахина М.В., Клименко В.А., Коломийчук А.Б., Гусаренко С.С., Любочка А.В. ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	664
Паршиков М.В., Чемянов И.Г., Подкосов О.Д., Орехова М.Д., Набатчиков Н.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ДЕФЕКТОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	666
Пасечник М.С., Стафинова Е.А., Масенко В.В., Бубликова А.М. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА АССОЦИИРОВАННАЯ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ GBA1 И СВЯЗАННОЙ С НЕЙ СИНУКЛЕИНОПАТИЕЙ.....	667
Пацкань С.И., Стрельченко Ю.И., Бакурова Е.М. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА.....	668
Первак М.Б., Момот Н.В., Усов В.Ю., Шаталов А.Д., Агаманова Л.В. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	669
Перфильева М.Ю. ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ГЛУТАРГИНА И ЦИКЛОФЕРОНА НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	670
Перфильева М.Ю. СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ЭПШТЕЙН-БАРР	671
Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА СИСТЕМУ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С ДИФ- FUЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО	672
Перцева Е.В., Проценко Т.В., Лукьянченко Е.Н. ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА.....	673
Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ КАК РАННЯЯ ПРО- ФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	674
Пирожков А.С. МИКРОГЛИЯ, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ МИШЕНЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	675
Писаная Л.А. ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (САР) НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	676
Плахотников И.А., Ступаченко О.Н., Ступаченко Д.О., Филахтов Д.П., Кобзарь В.А. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ	677
Победенный А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ	678

Победенный А.Л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ.....	679
Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Томачинская Л.П., Лыкова Л.А. МАГНИТОТЕРАПИЯ И ФОТОТЕРАПИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.....	680
Поважная Е.С., Пацкань И.И., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА КАФЕДРЕ МЕ- ДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	681
Повод Д.М., Якименко Ю.Ю., Лазаревич М.Ю. СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	682
Погорелова И.А., Погорелов П.В. К ВОПРОСУ СФОРМИРОВАННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ В МОЛОДЕЖ- НОЙ СРЕДЕ.....	683
Подкорытов А.А., Тепляков А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИНГА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ.....	684
Подолina О.В. ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНЕ: ЗА И ПРОТИВ.....	685
Подольская Ю.А., Потапова Н.М., Архипенко Н.С. РОЛЬ ОСИ ИНТЕРЛЕЙКИН-23/ИНТЕРЛЕЙКИН-17 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	686
Полийчук Н.А., Носкова О.В. ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ.....	687
Пономарева Н.А., Овсянникова И.А. ГЕСТАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА.....	689
Попандопуло К.И., Акопян Н.К., Базлов С.Б., Лобков Е.Ю. ПАЛЛИАТИВНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ.....	690
Попова И.А., Симрок В.В., Мельникова Д.В. БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ).....	691
Попович В.В., Ластков Д.О. ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОНЪЮНКТИВИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В 2012-2021 ГГ.....	692
Потапов А.А. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» НА СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ ПОСРЕДСТВОМ ПРОБЫ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ.....	693
Потапова Н.М., Ефимова С.Р. РЕТРОВАКЦИНОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	694
Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А. РАЗВИТИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ И ИХ РОЛЬ В АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ.....	695
Приходько Д.П. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ МИННО- ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ.....	696
Провизион А.Н., Зубаревская О.А. ОСОБЕННОСТИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕДОСТАТОЧ- НОСТИ 25-ОН ВИТАМИНА D.....	697
Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Провизион А.Н. ПУЗЫРНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ПОЛОСОВИДНОЙ АТРОФИИ КОЖИ.....	698
Прокофьева В.Н., Каплун А.И., Прокофьева Т.И., Ярошевич В.С. ЛОГИСТИКА ПРИ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, КАК ОСНОВА КАЧЕСТВА ОКАЗА- НИЯ ПОМОЩИ.....	699

Прокофьева В.Н., Коваленко А.О., Смирнова К.Н., Тисленко А.Д. ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ШОКА ПРИ ВОЕННОЙ ПОЛИТРАВМЕ, КАК ОСНОВА УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	700
Прокофьева Т.И., Павленко М.Ю., Горшков Л.В., Арутюнян Д.Г., Арутюнян М.Г. К ВОПРОСУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА	701
Протасова С.А., Колесников А.Н., Головки О.К. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	702
Проценко О.А., Горбенко Ал.С., Корчак И.В., Киосева Е.В. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ.....	704
Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Лукьянченко Е.Н., Перцева Е.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КОСМЕТОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	705
Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Темкин В.В. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В ДНР: ОБРАЗОВАНИЕ И ПРАКТИКА	706
Проценко Т.В., Знаур С.-Т.Р. ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОЙ КОЖИ ГЛАЗАМИ ЛИЦ АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	707
Проценко Т.В., Корчак И.В., Арешидзе А.И., Стинская Е.А., Перцева Е.В. ЭСТЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОЖИ И ОТНОШЕНИЕ К СОМАТИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ.....	708
Проценко Т.В., Корчак И.В., Гаруст Ю.В., Симкович Я.О. СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	709
Проценко Т.В., Краснощёких А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА	710
Проценко Т.В., Логунов П.В., Кишеня М.С. АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА rs2070744 ГЕНА NOS3 У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ.....	711
Проценко Т.В., Милус И.Е., Шпатусько М.Н, Мехова Г.А., Мехова Л.Н. АНАЛИЗ ЦИТОГРАММ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ДИФФУЗНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ.....	712
Проценко Т.В., Провизион А.Н., Кишеня М.С. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ	713
Проценко Т.В., Тахташов И.Р., Корчак И.В. СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА (клинический случай).....	714
Пузик А.А., Васильева А.Н., Панасенко К.В. ТРУДНОСТИ ПЕРЕВОДА МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	715
Пшеничная Е.В., Лепихова Л.П. НЕТИПИЧНАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ	716
Пшеничная Е.В., Токарева М.А. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ.....	717
Пятаков С.Н., Муханов М.Л., Дутов В.С., Архипов О.И. НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДОЗИРОВАННОЙ ТКАНЕВОЙ ДИСТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ	718
Радзиховская М.В., Пайко К.В. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	719
Радионов В.Г. СИСТЕМНЫЕ И КОЖНЫЕ ВАСКУЛИТЫ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА.....	720
Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М. К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	721
Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ.....	722

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Лохматова И.А., Хайминов Е.М. ОСОБЕННОСТИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ МАЙОККИ У ДЕТЕЙ	723
Ребров Б.А., Пахомов Н.А., Князева А.К., Блудова Н.Г. ПОДХОД К СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	724
Реброва Д.В., Шихмагомедов Ш.Ш., Алексеев М.А., Краснов Л.М., Фёдоров Е.А., Чинчук И.К., Черников Р.А., Русаков В.Ф., Слепцов И.В., Саблин И.В., Кулешов О.В. ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ПРИ ОДНОПОРТОВОЙ РЕТРОПЕРИТОНЕСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ	725
Редько А.А. МИКРОФЛОРА ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ 7-10 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ	726
Резниченко Н.А., Румянцева З.С., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	727
Рогалев А.В., Семикоз Н.Г., Кишеня М.С., Пищулина С.В. РОЛЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	728
Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Лопатин А.Д. ПАТОМОРФОЗ КОЖИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЗКОПОЛОСНОЙ (311 нм) УФ-В ТЕРАПИИ	729
Романенко К.В., Романенко В.Н., Жданова И.О., Горбенко А.С., Винников Б.Д. УФ-В, 311 НМ ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА	730
Романов М.Д., Пигачев А.В., Киреева Е.М. КЛАПАННАЯ БРОНХОБЛОКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ С БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМ СВИЩОМ	731
Рубан А.М., Повод Д.М., Доколина А.Е. ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	732
Рубина С.С., Макарова И.И. СВЯЗЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	733
Рудской С.А., Оприщенко А.А., Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г. ПЕРВИЧНО-РЕКОНСТРУКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГРАЖДАНСКОГО СТАЦИОНАРА	734
Румянцева З.С., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. УРОВНИ РЕГУЛЯТОРОВ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ В СЫВОРОТКЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	735
Румянцева З.С., Резниченко Н.А., Золото Е.В., Майлян Э.А., Лесниченко Д.А. УРОВНИ RANKL и OPG В СЫВОРОТКЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	736
Руппель Т.В., Кохан С.Т. МОТИВАЦИОННОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПУТИ СТУДЕНТА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ВУЗЕ	737
Русанов Д.П., Спицина С.С. РОЛЬ ИНТЕРФЕРОНОВ В РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	738
Русанова К.В. СЫВОРОТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФИБРОАДЕНОМЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	739
Рустамхонова М.Р., Мирсаматова Г.М. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ г. Ташкент	740
Рыжов А.Д., Дербасова Я.О., Крымова А.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ПРЕДИКТОР РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	741

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Симкович Я.О., Ткаченко Ф.В. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	742
Сабельникова Я.С., Ефременко В.А., Совпель Я.А., Кутья А.Е. ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	743
Савенко Л.Д. ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ, ИЗВИЛИСТОСТИ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА И НЕКОТОРЫХ ЖИВОТНЫХ	744
Савенко Л.Д., Битюков С.Л., Толстенко А.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	745
Савенко Л.Д., Гаврилов В.А., Трищенко Ю.А. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА КОШКИ ПРИ ДЕСТРУКЦИИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА	746
Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ	747
Садеков Д.Р., Щербина Ю.Г., Близнюк М.Р. ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РЕГИОНЕ ДОНБАССА	748
Сайтов А.Р., Биек А.Ю., Ашакаева М.С., Масталиева Э.Л.к., Палюшкевич А.С., Вишняк Д.А., Матвеева А.М., Добрынина И.Ю., Арямкина О.Л. ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ КАЛЬКУЛЯТОРОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА	749
Сайтова З.Р., Нургалеева А.Р., Рубцова А.В. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДИНАМИКИ ОБРАЩАЕМОСТИ К СПЕЦИАЛИСТАМ СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	750
Саламех К.А. ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА	751
Саламех К.А. ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА	752
Салина Т.Ю. ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА	753
Салманова О.Н., Волобуева Л.Н., Перфильева М.Ю., Дудка А.Ю., Сотникова Н.А., Болгарова А.А. СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ	754
Салманова О.Н., Волобуева Л.Н., Перфильева М.Ю., Дудка А.Ю., Сотникова Н.А., Болгарова А.А. СОСТОЯНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ	755
Саломова Ф.И., Юлдашева Ф.У., Шеркузиева Г.Ф., Каримходжаева С.К. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ В ОБЩЕЖИТИИ НА СТУДЕНТОВ	756
Салоникиди А.И., Чебалина Е.А. COVID-19 И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ	757
Салоникиди А.И., Чебалина Е.А. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК В УСЛОВИЯХ НЕЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА	758
Салюк Е.С., Хатюшин Д.Р. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ АНАЭРОБНЫХ БАКТЕРИЙ	759

Самарин М.А., Кривов А.В., Родионова С.С. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИНАМИКИ РОСТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ПЕРЛОМНОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В Г. ТВЕРИ	760
Сапарбаева Ж.С., Абдуллаева Д.Г., Гаибназаров С.С. ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СОСТАВЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ПРОХЛАДИТЕЛЬНЫХ НАПИТКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ	761
Сапарбаева Ж.С., Абдуллаева Д.Г., Гаибназаров С.С. ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ RPARG ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА.....	762
Сапожникова А.П., Мырина К.А., Добрынина О.Д. ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	763
Саул А.С., Бирик Е.Ю., Кривоколыско С.Г., Якубенко Е.Д., Крайняя С.В. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА НПВС И НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОАЦЕТАМИДА	764
Сафин Р.Я. ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ В РАБОТЕ ВРАЧА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА	765
Сафина А.А., Заманова Р.А., Хасанова А.И., Ямансаров Э.Ю. РАЗРАБОТКА ТКАНЕВЫХ АДГЕЗИВОВ НА ОСНОВЕ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ КРОЛИКА	766
Сафронов П.Г., Жарикова Т.С., Кутин Е.С., Моисеенко А.А., Уразметова К.И. ВЛИЯНИЕ СПОРТА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ	767
Седаков И.Е., Заика А.Н., Гуляев А.Н., Глотов А.В., Шевцов А.А., Федченко М.П., Заика М.А. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПО Г.В. БОНДАРЮ («ИСКУССТВЕННОГО ЖЕЛУДКА») С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИИ	768
Седаков И.Е., Иванов В.В., Бутенко Е.В., Кульков С.К., Третьяк О.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ICG-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОЦ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ МЗ ДНР.....	769
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Грачев А.В. ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ.....	770
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Козик П.А. МУТАЦИИ В ГЕНАХ IDN1 И IDN2 ПРИ ГЛИОМАХ	771
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Пилипенко А.П. НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАКА	772
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Самусенко М.В., Филоненко М.А. НИЗКОДОЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ	773
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Сидоров Н.С. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ КАНЦЕРОМАТОЗ. ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА	774
Седаков И.Е., Кольчева О.В., Филоненко М.А., Самусенко М.В. НИЗКОДОЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ	775
Седаков И.Е., Кулишова О.В., Анищенко А.А., Золотухин С.Э., Гуляев А.Н. АСПЕКТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБОЗА НПВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ МСКТ С ДИНАМИЧЕСКИМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ	776
Седаков И.Е., Садрицкая Я.В., Старушко А.М., Сизонова А.И. АНТИРЕЗОРБТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТЕОНЕКРОЗ: ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	777
Седаков И.Е., Третьяк О.В. ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ «ДЕСТРУКТИВНОГО» РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	778
Седаков И.Е., Чистяков А.А., Анищенко А.А., Шумило И.О., Ползиков Г.Н., Кольчева О.В., Садрицкая Я.В. КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСТАНЦИОННОМ ПРЕПОДАВАНИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ...	779
Семенчук С.Н., Кашенко С.А. ВЛИЯНИЕ ИМУНОФАНА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАТКИ КРЫС ПЕРИОДА ВЫРАЖЕННЫХ СТАРЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ	780

Семеняк Е.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАЛОТЕРАПИИ	781
Сердюк К.И. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЦИСТАДЕНОВ ЯИЧНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИЖИЗНЕННЫХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	782
Сердюкова А.Д., Рубцова Е.В. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗНАНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	783
Серова А.С., Ванханен Н.В. ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	784
Сидоренко Ю.А., Макарьчук О.В., Вегнер Д.В., Католин Д.А. ЭМБОЛИЗАЦИЯ ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАТИВНОМУ ПОСОБИЮ.....	785
Сидоренко Ю.В., Балабаева Н.В., Холина Е.А., Иванова Л.Н., Пустовой Ю.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ.....	786
Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Иванова Л.Н., Демидов В.В., Ветчинникова Т.А. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	787
Сидорина А.С., Труфанов Г.Е. ПРОТОННАЯ МНГОВОКСЕЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ГЛИОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ИЛИ HIGH-GRADE ГЛИОМ.....	788
Сидоров В.И. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ.....	789
Сидоров В.И. ИСХОДНАЯ ДИАГНОСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ КАК ЧАСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.....	790
Сидоров В.И. МОТИВАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	791
Сидоров В.И. РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ В СТРУКТУРЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ.....	792
Сидоров В.И., Алешин Е.В. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ	793
Сидоров В.И., Алешин Е.В. ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОК МОТИВАЦИИ К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	794
Симрок В.В., Маркина В.В., Борщева А.А., Перцева Г.М. ИЗУЧЕНИЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	795
Симрок В.В., Мельникова Д.В., Левчина Е.А., Пентковская Е.Г. ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОЦЕНОЗА У ДЕВОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ СИНЕХИЙ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ.....	796
Синявская И.А. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА.....	797
Сироид Д.В., Жилиев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И., Шеменова А.С., Миримиренко А.С. ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ.....	798

Сироид Д.В., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И., Шеменова А.С., Миримиренко А.С. РОЛЬ УЧЕБНЫХ ФИЛЬМОВ И ВИДЕО-УРОКОВ В САМОПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	799
Сиротенко С.В., Белик И.А. ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ТОЛУОЛА И ВВЕДЕНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА	800
Сиротина К.Д. РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	801
Сиротченко А.А. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ПОДРОСТКОВ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	802
Сиротченко Т.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В19 У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	803
Сиротченко Т.А., Грабарь И.В. ЗНАЧИМОСТЬ ДЕФИЦИТА ОСНОВНЫХ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ..	804
Сиротченко Т.А., Караманешта М.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА	805
Сиротченко Т.А., Решетило Н.В., Чумакова А.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА БЕРЕМЕННЫХ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТОПАТИИ ПЛОДА	806
Скиба Т.А., Ярцева С.В., Победенная Г.П. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	807
Славута О. А ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	808
Смирнова А.Ф. ОДНОСТОРОННИЙ ЭКЗОФТАЛЬМ	809
Смирнова А.Ф. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ	810
Смирнова А.Ф., Антоненко А.С. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	811
Смирнова В.В., Рой К.В., Далбуз А.В., Андронова И.А., Билошапка В.А., Вечеровский В.А. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФЛУКТУАЦИОННОГО АНАЛИЗА И ИНТЕГРАЛЬНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ И МЭС ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	812
Смирнова К.С. ВНЕЗАПНО И ГРОЗНО: ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ	814
Смирнова П.Н., Колесников А.Н. Аутофагия и гибель клеток: их влияние на исход заболевания	815
Совпель О.В., Шумило И.О., Малик А.В. РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЁМ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО СВАРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ	816
Согачева А.И. ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА КОЖУ: ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	817
Соколов Д.С. ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОНКОБОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ, В СИСТЕМЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	818

Соловьёва И.В. ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК.....	819
Соловьёва И.В., Пилавов А.М., Рябков В.С., Труфанова М.С. ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ В ДЕФЕКТ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ ГИДРОКСИЛАПАТИТНОГО МАТЕРИАЛА ОК-015 НА ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ДЕНТИНА ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ.....	820
Соннов В.В. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	821
Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю. СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ	822
Сотник Ю.А., Гридасов В.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА, ВЫЗВАННОГО ESCHERICHIA COLI O111	823
Соцкая Я.А. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА НА ФОНЕ ПОВТОРНЫХ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ	824
Соцкая Я.А., Гриднев В.И. ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНИЛОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА	825
Сочилин А.В., Гиллер Д.И., Гончарук М.С., Власенко Е.Н. РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДЕКАНА В РАБОТЕ СО СТУДЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА УНИВЕРСИТЕТА НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	826
Сочилин А.В., Садеков Д.Р. ВЛИЯНИЕ ВЫБРОСОВ ГОРЯЩИХ УГОЛЬНЫХ ОТВАЛОВ НА СОДЕРЖАНИЕ МЕТАЛЛОВ В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ.....	827
Спицина С.С. РОЛЬ АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	828
Стадник А.Д., Никонова Е.М., Шатохина Я.П. ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	829
Стадник К.В., Степаненко Г.В., Плохотников Н.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ ЖЕСТКОЙ ВОДЫ.....	830
Старченко Т.П., Колодкина В.И., Лапина Н.В. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕНИЕМ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА	831
Старченко Т.П., Лапина Н.В., Колодкина В.И. САЛИВОДИАГНОСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	832
Стасенко А.С., Масенко В.В. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТРИПТАНОВ В ТЕРАПИИ ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ.....	833
Статинова Е.А., Антонова Л.Н., Сохина В.С., Криушенко Е.С., Побокин Д.А. ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ РЕМИТИРУЮЩЕМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	835
Статинова Е.А., Будагова Л.Ф., Максименко О.Л., Бубликова А.М. НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	836
Статинова Е.А., Кобляков А.Г., Шевченко В.В., Бубликова А.М. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА БИКЕРСТАФФА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА	837
Статинова Е.А., Сагиров В.И., Сохина В.С., Масенко В.В. РИТУКСИМАБ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ ГРАВИС	838
Статинова Е.А., Сайко Д.Ю., Сохина В.С., Исаенко П.С. ГИПОКСИТЕРАПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК.....	839
Статинова Е.А., Сайко Д.Ю., Фоминова Н.В. ШЕЙНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	840

Стафинова Е.А., Шевченко В.В. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ	841
Стаценко Е.А. ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ТОЛУОЛА, А ТАКЖЕ ПРИ ВВЕДЕНИИ ТИОТРИАЗОЛИНА И ЭХИНАЦЕИ	842
Степанова А.А., Лесовик Ю.А., Варламова О.Н., Гурина О.П., Блинов А.Е., Дементьева Е.А. ЦИТОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА ЛИМФОЦИТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА	843
Степанова А.А., Соколова К.Д., Гурина О.П., Варламова О.Н., Блинов А.Е. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	844
Степанова М.Г., Мехова Г.А., Мехова Л.С. ВЛИЯНИЕ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ	845
Страйстарь Е.А. К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ	846
Стрельская Е.А. НЕОБХОДИМОСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ	847
Стрельцова А.А., Гудкова А.Я. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1739843 ГЕНА БЕЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКА 7 (HSPB7) С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ≥ 45 ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ 15-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	848
Стрельцова А.А., Гудкова А.Я. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ RS2305619 И RS3816527 ГЕНА ПЕНТРАКСИНА-3 (PTX3) С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ≥ 45 ЛЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ 15-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	849
Стрельченко Ю.И., Давлеева М.Д. ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА БАЛАНС ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	850
Стрельченко Ю.И., Жилиев Р.А., Зубрилова Е.Г., Прокопенко Е.В., Вердиян А.С. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	851
Стрельченко Ю.И., Костямин Ю.Д., Прокопенко Е.В. ПАРАКРИННЫЕ ЭФФЕКТЫ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА	852
Сулима А.Н., Ефремова Н.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПОВЫШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ СИНДРОМЕ АШЕРМАНА	853
Султанова Н.С. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ	854
Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н. ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАННОЙ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	855
Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н. СИДЕРОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РЕАЛИЗАЦИИ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	856
Супрун О.Е., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Евтушенко А.А., Ефременко В.А. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИКИ	857
Сцецевич Д.Д., Базилевич В.Д., Баронис А.О. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕЙПА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	858
Сысоева Н.Л., Бордюгова Е.В., Завгородняя А.В., Конов В.Г., Усенко Н.А. ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВОЛЬФ-ПАРКИСОНА-УАЙТА (WPW)	859

Сычёва Д.Р., Гаврилюк Л.Ф. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ.....	860
Сычёва Д.Р., Луценко Ю.Г. ИММУНОПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГЕНЕРАТОРНОГО ПРОЦЕССА РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	861
Сычёва Д.Р., Польшко Г.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ НА ФОНЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, С ЛИМФОГЕННЫМИ ДИССЕМИНИРОВАНИЕМ И ФОРМИРОВАНИЕМ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ И КИШЕЧНИКЕ	862
Сычёва Д.Р., Рыбка С.М., Гаврилюк Л.Ф. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРЬНЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА ПРИМЕРЕ АУТОПСИЙНОГО СЛУЧАЯ.....	863
Сыщикова О.В., Жарикова А.В. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О ВОПРОСАХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИФИЛИСА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	864
Сыщикова О.В., Петросова С.А. ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.....	865
Талалаенко Л.Р., Тюлеин М.Д., Талалаенко И.А. ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО САМОЧУВСТВИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ	866
Таламова И.Г. КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА СПОРТИВНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У СПОРТСМЕНОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	867
Тарадин Г.Г., Руденко А.В., Беляев Я.В. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ.....	868
Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Ракитская И.В., Гнилицкая В.Б. ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ - НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕГРАЦИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	869
Тарадин Г.Г., Цыба И.Н., Яровая Н.Ф., Калуга А.А. К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ	870
Твердохлеб Т.А., Соколова Е.А., Коровка И.А., Алесинский М.М., Кабанец А.И. ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ-ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И УСТАНОВЛЕННЫМ ИМПЛАНТИРУЕМЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ	871
Теремов Д.Д. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕЗОРБТИВНУЮ ТЕРАПИЮ.....	872
Терещенко И.В., Зубенко И.В. КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ СТОПЫ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КИНЕЗИОТЕЙПАМИ	874
Титневский С.В., Воеводина В.С., Гостюк И.М., Пехтерев В.А. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ.....	875
Титневский С.В., Гашкова Л.А., Побережная Н.В., Черепков В.Н. СООТНОСИМОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ОСЛОЖНЕННОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	876
Титневский С.В., Побережная Н.В., Гашкова Л.А., Черепков В.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ТРЕВОЖНОСТИ И ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА	877
Титневский С.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Побережная Н.В. НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	879
Титов Ю.Д., Боряк А.Л., Шпаченко Н.Н., Аптекарь И.Е. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО СПОНДИЛОДЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА	881

Тихомирова А.Н., Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ЭКЗЕМЕ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА.....	883
Тихонова Е.Н., Левченко Н.В., Багметов Н.П. МНЕНИЕ СТУДЕНТОК СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ О ПРЕСТИЖЕ ПРОФЕССИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	884
Ткач К.А. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ГЕПАТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ	885
Глепцеришев Р.А. «О ВОСТРЕБОВАННОСТИ ПРИНЦИПОВ Н.А. СЕМАШКО В РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ РФ» (УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РФ № 309 ОТ 07.05.2024 ГОДА).....	886
Глизамова Ф.А. ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ В ИССЛЕДОВАНИИ КОННЕКТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОСТЮМА	887
Толстенко А.А. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОРРЕКЦИИ МЕКСИДОЛОМ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК БЕЛЫХ КРЫС РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ИЗБЫТОЧНЫХ ДОЗ КОФЕИНА	889
Толстых А.А., Белоконова В.В. ВАКЦИНАЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА В БОРЬБЕ С ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	890
Толченникова Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	891
Томачинская Л.П., Поважная Е.С., Семёнов Е.Б. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	892
Тохтаров В.И., Федоров К.С. КУРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	893
Тригубенко Р.А., Портенко Е.Г. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.....	894
Трубникова И.О., Железная А.А., Гончарова В.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ	895
Трунова О.А., Скрипка Л.В. ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	896
Турсунова Ю.Д., Бакурова Е.М., Зуйков С.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕУЧЕБНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ «БИОХИМИЯ».....	897
Турчинская И.А., Малько В.А., Ефимцев А.Ю., Труфанов Г.Е., Бисага Г.Н., Лепехина А.С. ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ МОРФОМЕТРИИ.....	898
Тутов С.Н., Желоманова С.А., Тутова К.С., Подоляка Д.В., Носкова О.В. ВАРИАНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ УЧАСТНИКАМИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	899
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И. ВАРИАНТЫ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С КИСТОЙ ЯИЧНИКА	900
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	901
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Носкова О.В., Галалу С.И. ГОРМОНАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	902
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тутова К.С., Подоляка Д.В., Носкова О.В. ИННОВАЦИИ В ПЕДАГОГИКЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	903

Тюрин Н.С. НАНОТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ	904
Тюрин С.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА И ИНКЛЮЗИВНОСТЬ	905
Умарова З.Х., Иззатуллаева Ш.И., Гаибназаров С.С. МЕХАНИЗМ И НАРУШЕНИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ	906
Устьянцева Н.П. ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ» ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»	907
Утумисов Н.Н., Остякова Е.Д., Душулова М.В., Палюшкевич А.С., Арямкина О.Л. ПРОБЛЕМЫ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА	908
Федченко С.Н. УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЙ, СТЕРЕОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКЗОКРИНОЦИТОВ ЖЕЛУДКА КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНГАЛЯЦИИ ТОЛУОЛА	909
Фетисова Е.Ю. КОММУНИКАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНТЕНТ	910
Филатова А.О., Лесневская И.Ю., Шамара Л.Ф. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА им. Н.А. СЕМАШКО» ЗА 2021-2023 гг.	911
Филатова А.Ю., Арефьева Т.И., Потехина А.В., Овчинников А.Г. АКТИВИРОВАННЫЕ Т-ХЕЛПЕРНЫЕ И РЕГУЛЯТОРНЫЕ Т-ЛИМФОЦИТЫ И СУБПОПУЛЯЦИИ МОНОЦИТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С СНСФВ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	912
Фирсова Г.М., Видьдгрубе С.А. ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	913
Фомина К.А. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ОРГАНОВ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЛИЯНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЛЕТАЧИХ КОМПОНЕНТОВ ЭПОКСИДНЫХ СМОЛ	914
Фомичева Е.М. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	915
Фролов С.С. ОЛИГООВУЛЯЦИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: ИСТОКИ ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОРЫ РИСКА	916
Фролов С.С., Богослав Ю.П., Чурилов А.А. ПРИЧИНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ДЕБЮТА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ	917
Фролов С.С., Данилова Т.В., Винников Б.Д., Запорожцева С.А. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ – ТРИГГЕР ИНТЕРЕСА К ТЕМЕ	919
Фролов С.С., Жук А.Е., Турчина Н.А., Новиков В.Л. ОТСРОЧЕННЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ СТУДЕНТОВ СТАРШЕКУРСНИКОВ	920
Фролова С.Ю., Малинин Ю.Ю., Чуркин Д.В., Ищенко В.Д. ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ КОФЕИН, НА ПИЩЕВОЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ОПАСНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА	921
Хабарова А.В. ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ	922
Хавалиц А.В., Стефанов Г.М., Марковский А.Е. ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА МАТЕРИ	923
Халяпина А.Б., Говоров М.В. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЙЦОВ СВО ПОСЛЕ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ	924

Хасанова Г.А., Хасанов С.М. САЛЬМОНЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	925
Хацко В.В., Шаталов С.А., Коссе Д.М., Страшко Е.Н. ЛАПАРОТОМНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	926
Холина Е.А., Иванова Л.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА И РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ	927
Холина Е.А., Иванова Л.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ	928
Храмова Е.Б., Юсупова Н.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРА.....	929
Храпкин Е.В. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ОСНОВНАЯ ОПОРА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	930
Христуленко А.А., Провизион П.А. СТРЕСС У ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ	931
Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Христуленко А.А. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКСИЛЯРНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ.....	932
Христуленко А.Л., Кносева Е.В., Жидких Т.Н. КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ, КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ В ОРДИНАТУРЕ.....	933
Хусаинов И.В., Вахобжонова Г.И., Гаибназаров С.С. ФАКТОРЫ РИСКА И ЭТИОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....	934
Цатурян Л.Д., Товмасын В.Э. ГЕННЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО РЕГИОНА.....	935
Цибрий К.С., Золотухин С.Е., Добродомова Н.Б., Мазниоглов А.В. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПОЛИАРТРИТЕ, ВЫЗВАННОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....	936
Чайка В.Ю. АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ..	938
Чайка Н.В., Победенная Г.П., Бисов А.С., Вагина Ю.И. СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	939
Чайковская И.В., Кондратьев П.А., Соболева А.А., Комаревская Е.В., Шibaева В.О., Хузин С.В. МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ.....	940
Чебалина Е.А., Салоникиди А.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАКЦИНИРОВАННЫХ И НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ COVID-19	941
Ченцова И.О., Иванова О.В., Божко И.Ю., Вовнянко А.В., Лашенко Ю.Р. АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЙ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ.....	942
Червоная О.Я. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ СТАРОБЕШЕВСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ.....	943
Чермных С.В. РОЛЬ СЛУЖБЫ КРОВИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ	944
Чермных С.В., Верешко Е.В. АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЮНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	945

Чернобай Р.А., Скопин П.И. ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОВЕДЕННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ФОРМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ.....	946
Чернобривец Н.В., Долматова С.А., Машенко Г.Р., Дементьева А.А., Гаврилюк Л.Ф., Вельма К.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССОВ РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	947
Черноус В.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А. ГЕНДЕРНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	948
Черныш В.Ю., Донченко Л.И., Кравченко А.И., Люцкевич Л.А. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА В ДИНАМИКЕ ГОНАРТРОЗА	949
Чернядьева А.В., Сытых Е.Н., Борзунова Ю.М. ТЕННИС НА КОЛЯСКАХ КАК МЕТОД АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	950
Черняк А.Н., Тетюра С.М., Шадян К.В., Келехсаева А.А., Выхованец Т.А., Никитенко С.Н., Чеботок Д.П. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КОНЦЕНТРАЦИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ ГОРОДА	953
Чех А.Ю. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ШОК.....	954
Чжао Линкэ, Жаркин Н.А. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ПОСТНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ.....	955
Чинарев В.А. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ	956
Чинарев В.А. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ	957
Чурилин О.А., Кучеренко С.Л. ГИСТОМОРФОМЕТРИЯ ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА ИНТАКТНЫХ КРЫС ПОЛОВОЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА	958
Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Журбий О.Е., Шапченко Т.И. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ.....	959
Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С. РОЛЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ В ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕЙРО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ 2 И 3 ТИПА	960
Шаповалова И.А. ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНО-ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА	961
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Фоминов В.М. ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ	962
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Шаталов С.А., Греджев Ф.А. БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	963
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Войтюк В.Н., Фоминов В.М. ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ С ЦИСТОБИЛИАРНЫМ СВИЩОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	964
Шаталов С.А., Межаков С.В., Войтюк В.Н., Страшко Е.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПЕЧЕНИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ	965
Шатило И.М., Мацынина М.А., Астафьева О.Б. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОСЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ В ПЕРИОД COVID-19	966
Шатохина Я.П., Пушкарский О.А., Кариков М.М. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	967

Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Загуменный К.Р., Пеклун И.В., Томаш Л.А. ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ДОННМУ, А ТАКЖЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ	968
Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Терещенко И.В. ОСОБЕННОСТИ И ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ИЗУЧЕНИИ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	969
Швыдкий О.В. ДВИЖЕНИЕ К ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	970
Шевякова Т.В., Базлов С.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРЫХ ПЕРВИЧНЫХ ТРОМБОЗАХ СИСТЕМЫ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ	971
Шеменева А.С., Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Василенко Л.И., Спирод Д.В., Миримиренко А.С., Саул А.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА МОТИВАЦИЮ К ОБУЧЕНИЮ У СТУДЕНТОВ	972
Шеменева А.С., Жиляев Р.А., Танчева Д.А., Балыкина К.А. ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЛПУ КАК ШАГ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ	973
Шернев С.Р., Фокин В.А., Труфанов Г.Е., Рыжков А.В., Баев М.С. ВОЗМОЖНОСТИ МР-СТРЕЙНА В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ КАРДИОМИОПАТИЯХ.....	974
Шеркузиева Г.Ф., Абдукаримов С.А., Гаибназаров С.С. ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА СНА У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ	975
Шеркузиева Г.Ф., Расулов Р.С., Тошпулатов Б.М., Бахриддинова М.Н., Эгамбердиева З.З., Бойсариева М.Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ	976
Ширнин О.Э., Кондратюк Р.Б., Бакурова Е.М. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОСЛОЙНЫХ МНОГОНЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ И ФЕРМЕНТАТИВНОГО ТЕСТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АНГИОГЕНЕЗА ОПУХОЛИ.....	977
Шкляев А.Е., Хамидуллина В.А. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЕЙПЕРОВ.....	978
Шокотько Л.Е. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛЕКЕМЫ «И» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ XVII ВЕКА (НА МАТЕРИАЛЕ «ЖИТИЯ ПРОТОПОПА АВВАКУМА»).....	979
Шпаченко Н.Н., Золотухин С.Е., Кривенко С.Н., Штутин А.А. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	980
Шпрах В.В., Болотова Э.Г. ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ВАРИАНТЫ ЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ.....	982
Шульга А.Г., Коробицына О.В. РЕФРАКТЕРНАЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ НА ФОНЕ GAVE-СИНДРОМА.....	983
Щербинин А.В., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Бессонова А.Д. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	984
Элизбарашвили Л.Г. ЯЗЫК МЕДИЦИНЫ – У ИСТОКОВ ДРЕВНОСТИ	985
Юзвак Н.А., Даренская М.А., Чугунова Е.В., Колесникова Л.И. СИСТЕМА ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У МУЖЧИН С РАННИМИ СТАДИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	987
Юлдашева Ф.У., Косимова Х.Т., Мардонова Ф.И. ВЛИЯНИЕ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОРЯДКА ДНЯ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ.....	988
Юлдашева Ф.У., Косимова Х.Т., Туйчибоева Д.Ш., Музрапова И.А. ВЛИЯНИЕ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	989

Яворская Л.В., Макеев Г.А., Озерова Т.Л., Ларичева Т.С., Бутук Д.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ ПО РАЗДЕЛУ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ».	990
Явтуховский А.С. АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	991
Якименко Р.Д., Головенко В.А., Полозова А.С., Верич А.А., Куйдан Д.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В 2023 Г. И ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2024 Г. В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	992
Якименко Ю.Ю., Мурко А.М., Русанова К.В., Дмитренко Б.В. ВЛИЯНИЕ COVID-19 И ПОСКОВИДНОГО СИНДРОМА НА РЕАНИМАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ	993
Якименко Ю.Ю., Чачанидзе О.В., Годсков К.А., Вечеровский В.А. РОЛЬ ГЕНЕТИКИ В ВЫБОРЕ АНЕСТЕТИКОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	994
Якимович С.Е. АНАЛИЗ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	995
Якобчук А.В., Косенкова-Дудник Е.А. РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В АНТИЧНОМ ОБЩЕСТВЕ (НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКОЙ ФРАЗЕОЛОГИИ)	996
Яковлева М.Н. ОСОБЕННОСТИ САРКОПЕНИИ У ДЕТЕЙ	997
Ярошенко С.Я., Ольховик И.А. ВЛИЯНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	998
Ясинецкая Е.И., Масенко В.В., Антонова Л.Н., Бубликова А.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ: МЕТААНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	999
Яхонтова Е.В., Левченко Н.В., Беляева А.В. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВОЛГОГРАДСКОГО СТРОИТЕЛЬНОГО ТЕХНИКУМА	1000
Яцуненко А.А., Панов И.О., Зыкина Л.А. ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: КАК ОН ВЛИЯЕТ НА ЖИЗНЬ СТУДЕНТОК	1001
Alkhasoneh Yahia SECURITY ISSUES IN USING ELECTRONIC MEDICAL RECORDS	1002
Ariunsanaa B., Alemgul K., Batsaihan G., Bayartsetseg B., Enkhjargal B., Ganchimeg Ch. RESULTS OF THE DETECTION OF TUBERCULOSIS INFECTION USING MOLECULAR BIOLOGICAL GENEXPERT MTB/RIF ANALYZER AND SPREAD ANALYSIS	1003
Lazić. Lj. TENDENCIES OF INCLUSIVE EDUCATION IN BOSNIA AND HERCEGOVINA	1004
Zokhirov A.R. THE EFFECT OF ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES ON THE PROCESSES OF REPAIR AND REGENERATION IN PURULENT NECROTIC WOUNDS	1005