

ISSN 1819-0464

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

# УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**2022**  
приложение  
т. 2

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

научно-практический журнал

**УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА**

---

scientific practical journal

**UNIVERSITY CLINIC**

**2022, приложение, т. 2**

**Главный редактор**

Игнатенко Г.А.

**Зам. главного редактора**

Колесников А.Н.

**Ответственный секретарь**

Смирнов Н.Л.

**Редакционная коллегия**

Абрамов В.А. (Донецк)

Васильев А.А. (Донецк)

Ватутин Н.Т. (Донецк)

Джоджуа А.Г. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Игнатенко Т.С. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Коктышев И.В. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Налетов С.В. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Чурилов А.В. (Донецк)

**Редакционный совет**

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Городник Г.А. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Крутиков Е.С. (Симферополь )

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Седаков И.Е. (Донецк)

Селезнев К.Г. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Сухарева Г.Э. (Симферополь )

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Усов В.Ю. (Томск)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Щербинин А.В. (Донецк)

ISSN 1819-0464

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

2022, приложение, т. 2

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

ААА № 000167 от 16.10.2017 г.

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

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

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

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

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

Подписано в печать 07.12.2022

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

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

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

*Липтева Н.А., Чепурная И.А., Соловьёв Е.Б.*

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

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАННЫХ ПРОТЕЗОВ**

**Введение:** на сегодняшний день актуальной проблемой является своевременное обнаружение и устранение дисфункции протезов клапанов сердца. Наиболее частой причиной дисфункции клапанного протеза является тромбоз, встречающийся в 0.6-5% в год от общего количества клапанных операций, панус до 0.73% и повреждение каркаса механического протеза. При этом, количество пациентов у которых нарушение работы протеза протекает бессимптомно может достигать 9.3% начиная с 9 суток послеоперационного периода и 24% риск тромбоза после операции в первые 12 месяцев. Поэтому грамотная диагностика, профилактика и лечение, является залогом успешности операции и сохранения протеза.

**Цель исследования:** определение наиболее оптимальной тактики диагностики и лечения послеоперационных тромбозов протезов клапанов сердца, путем проведения полноценной дифференциальной диагностики, а также возможностей консервативного и оперативного лечения возможных осложнений протезирования и дисфункции протезов.

**Материалы и методы:** в клинике Института Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К.Гусака на базе отделения кардиохирургии за период с 2017 по 2021 гг., проведен анализ результатов лечения 465 пациентов, которым выполнялось протезирование клапанов сердца. Было выполнено: 251 (55.05%) операция протезирования аортального клапана, 3 (0.64%) трикуспидального клапана, 211 (45.37%;) митрального клапана. У 10 (2.15%) за период наблюдения после операции появилось осложнение в виде тромбоза протеза. Для диагностики тромбоза протеза применялись трансторакальная эхокардиография, чреспищеводная эхокардиография, а также оценка гемодинамического профиля (контроль уровня МНО). При определении дисфункции клапанного протеза оценивались: фракция выброса левого желудочка, градиент давления на протезе клапана (средний и максимальный), траспротезная регургитация (до второй степени – норма для протеза), эффективная площадь раскрытия протеза клапана. При лечении тромбоза пациентам выполнялся системный тромболизис (при понимании сроков тромбоза до 7-10 суток). В противном случае, при неэффективности системного тромболизиса, проводится поддерживающая терапия низкомолекулярными гепаринами, параллельно с антагонистами витамина К с целевыми значениями МНО до момента хирургического лечения путем репротезирования.

**Результаты:** благодаря своевременной диагностике путем периодического выполнения трансторакальной эхокардиографии удалось выявить 4 (40%) случая бессимптомной дисфункции клапанного протеза. В результате грамотного применения системного тромболизиса и поддерживающей терапии НМГ удалось снизить частоту летальных исходов до 1 (10%) случая среди всех клапанных тромбозов. При этом применение системного тромболизиса оказалось достаточным для устранения дисфункции клапана сердца в 5(50%) случаях, остальным 4 (40%) пациентам выполнялась поддерживающая терапия до момента репротезирования. У пациентов данной группы рекомендовано применение варфарина со стремлением к значению МНО, указанному в референсном интервале, и недопустима замена варфарина на другой антикоагулянт или антиагрегант. Обязательно соблюдение принципов перехода на НМГ перед планируемым оперативным вмешательством у пациентов с протезированным клапаном.

**Меры контроля** у пациентов с протезированными клапанами: обязательная трансторакальная эхокардиография в п/о сроки – 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год, ЭКГ в те же сроки, тщательный индивидуальный подбор дозы варфарина в ранний послеоперационный период, контроль МНО ежемесячно, при выявлении нарушении функции протеза или нецелевого МНО срочная консультация кардиохирурга.

**Выводы:** определили значимость своевременной диагностики бессимптомных тромбозов клапанов сердца путем применения трансторакальной эхокардиографии. На фоне послеоперационной дисфункции клапанного протеза, снижение летальности пациентов прямо коррелировало с введением в

плановый послеоперационный контроль методов визуализации, обеспечивающих раннее выявление и устранение дефекта. Выбранная нами схема – системный тромболизис и поддерживающая терапия в период от выявления осложнения и до репротезирования клапана, помогли избежать замены протеза в 23,81% случаев, в то время как остальная группа пациентов была направлена на повторную операцию вовремя, до нарастания симптоматики, которая была бы выявлена планово в течении следующих 3 месяцев на контрольной эхокардиографии. Успешное лечение стоит на трех китах: компетентный врач, правильно подобранные методы лечения, исполнительный пациент.

---

*Ласачко С.А., Алматар М.Г.*

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

## **ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОЛЖНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Менструальная функция (МФ) является одним из основных маркеров состояния репродуктивной системы женщины. Ее детальная оценка чрезвычайно важна, особенно в случаях отягощенного акушерского анамнеза, в частности, у пациенток, перенесших потерю желанной беременности.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей менструальной функции у женщин репродуктивного возраста с репродуктивными потерями (РП) в анамнезе, и оценка мер их реабилитации.

Материал и методы. Проведен детальный опрос и анкетирование с помощью специально разработанной анкеты, предусматривающий детальную оценку МФ, и обследование 188 женщин репродуктивного возраста со спонтанной потерей беременности в первом триместре в анамнезе, не имевших в последующем беременностей после однократного выкидыша. Сравнение проводили с контрольной группой – 57 условно здоровых женщин, у которых отсутствуют РП в анамнезе. В основной группе также опрашивали о проведенной после выкидыша реабилитации.

Результаты. Нами были обнаружены следующие особенности МФ у пациенток с РП в анамнезе: более длительный период становления регулярного цикла и достоверно больший процент пациенток, у которых регулярный менструальный цикл (МЦ) не установился вообще. Нарушения МЦ имели место в 2,5 раза чаще в сравнении с контролем. В основной группе достоверно большим был процент женщин с обильными менструациями, чем в контрольной, с продолжительностью менструального кровотечения более 8 дней, с альгодисменореей, кровомазаниями накануне менструации. В основной группе доля женщин с укороченным циклом (<24 дней) была достоверно больше, чем в контроле. После выписки из стационара, где оказывалась помощь в связи с выкидышем, дальнейшее обследование, лечение и реабилитация были проведены только в 39,9% случаев, при этом дальнейшие репродуктивные планы имели 64,4%.

Вывод. Таким образом, для пациенток с РП в анамнезе установлен ряд неблагоприятных особенностей МФ, что свидетельствует о перспективности более углубленного изучения данной проблемы и необходимости разработки мер реабилитации данной категории пациенток.

---

*Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В., Павлович Л.В., Жидких Т.Н., Оборнев Л.Е.*

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

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ КЕЙС-МЕТОДА В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ**

Компетентностный подход в преподавании гигиены является относительно новой, но перспективной дидактической концепцией, которая все больше привлекает внимание преподавателей различного уровня подготовки. Эта новизна определяет появление новаторских средств обучения студентов, и кейс-метод является одним из таких.

Кейс в преподавании гигиены – это не столько описание санитарной ситуации, а цельный и неразделимый комплект дидактических материалов, обязательными элементами которого являются:

1. Совершенно конкретные цели практического занятия.
2. Содержательный анализ рабочей программы.
3. Пособие кафедры для овладения теоретическими знаниями.
4. Текст-описание санитарной ситуации.
5. Вопросы, на которые студент должен ответить при выполнении задания.
6. Графический алгоритм решения задания и его описание в форме подробной инструкции.
7. Варианты обобщающих выводов по заданию.
8. Справочные приложения.
9. Примеры расчетов.
10. Набор контролирующих тестовых заданий.

В этом комплекте особое значение приобретает описание алгоритма для обеспечения эффективной самостоятельной работы. Этот элемент кейса является пошаговой инструкцией и систему подсказок для студента. С одной стороны, он воспитывает у студентов уважение к инструкциям вообще, а, следовательно, стремление к стандартизации профессиональной деятельности, с другой стороны, позволяет выполнить работу практически на профессиональном уровне. Для преподавателя разработка описания алгоритма является более сложной задачей, чем составление текста задания, т. к. он должен представить себя на месте студента с его еще несовершенными знаниями и навыками, а также особой психологией стремления к упрощению и некоторой беззаботностью в работе. Индивидуальные задания при преподавании гигиены должны завершаться какими-либо обобщениями в форме выводов, заключений, рекомендаций. Поскольку студент выполняет эти задания в первый раз, целесообразно эти обобщения также подготовить заранее в том количестве вариантов, которые могут быть реализованы в практической деятельности. Таким образом, студент, выполняя самостоятельную работу, не конструирует, а выбирает варианты обобщений. Как показала наша практика, и такая работа является достаточно сложной для отдельных студентов.

Кейс-метод на кафедре в данной интерпретации показал свою высокую эффективность в условиях длительного дистанционного обучения студентов. Более того, он открывает широкие перспективы для совершенствования структуры практических занятий, контроля и самоконтроля компетенций с использованием веб-ресурсов, что является перспективным направлением разработки данного метода на кафедре. Таким образом, кейс-метод в преподавании гигиены представляет собой дидактическую систему организации совместной учебной деятельности преподавателей и студентов, ориентированную на компетентную профессиональную деятельность. Контроль эффективности такой системы предполагает создание и применение обширной базы тестов, основанной на микро-кейсах и подчиненных общим и конкретным целям обучения.

---

*Ластков Д.О., Ежелева М.И.*

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА**

Целью работы было выявить основные закономерности в распространенности болезней крови у населения техногенного региона, провести оценку влияния экологических факторов и последствий стресс-индуцированных состояний на данные показатели состояния здоровья.

Материалы и методы. Выполнен анализ распространенности и заболеваемости болезнями крови у детского и взрослого населения (с учетом вклада мужчин, женщин и лиц пенсионного возраста) по районам г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 4-х временных периодов: I – довоенного (2012-2013 гг.), II – переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.), III – стабильного военного (2017-2019 гг.) и пандемии (2020-2021 гг.). Оценка распространенности болезней крови проводилась всем болезням крови, анемиям (А.) и железодефицитным анемиям (ЖА.). Для

оценки загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почвах г. Донецка. Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat. Если среди взрослого населения среднегородские уровни распространенности по всем трем показателям в течение всех анализируемых периодов у всего населения были достоверно выше, чем у мужчин, то у детей среднегородские уровни распространенности по всем трем показателям в течение всех анализируемых периодов у дошкольников (0-6 лет) были достоверно выше, чем у школьников (7-14 лет). По городу в целом и обоих районах распространенность болезней среди пенсионеров во все периоды значительно превышала таковую у мужского населения, причем в контрольном районе (I-IV) и в среднем по городу (II-IV) была также достоверно больше, чем у всего населения, т.е. минимальные уровни отмечались у мужчин. У детского населения тенденции по гендерному признаку были аналогичными – с началом военного конфликта среднегородские уровни распространенности БК среди девочек значительно превышали таковые у мальчиков, однако при этом в районе Б. такие гендерные различия определялись только в период пандемии, а в «чистом» районе достоверных отличий не выявлено. У взрослого населения обращает на себя внимание значимое превышение довоенного уровня по сравнению с периодом пандемии по всем показателям у населения города и «чистого» района. У детского населения тенденции были обратными – среднегородские уровни распространенности в III-IV периодах значительно превышали уровни I-III периодов по всем показателям в группе «0-14 лет» и у девочек, среди дошкольников эта зависимость сохранилась только для IV периода. Исключение составили уровни распространенности ЖА. – в обеих возрастных группах уровень III периода был достоверно больше довоенного. У детей в довоенный период проявилось преимущественно токсическое действие ртути, тогда как у взрослого населения в группе пенсионеров имелась слабая связь с таллием и ртутью, а у работающего населения в довоенный период отмечалась четкая связь распространенности всех болезней крови, А. и ЖА. с максимальной кратностью превышения концентрации в почве только таллия: соответственно,  $R=0,698$  ( $p<0,04$ ),  $R=0,697$  ( $p<0,05$ ) и  $R=0,697$  ( $p<0,05$ ). В военные периоды у детского населения отмечалась связь со свинцом, кадмием, мышьяком, стронцием и алюминием, тогда как для работающего населения в III-IV периодах зависимость наблюдалась лишь в отношении ЖА ( $R=0,697$ ,  $p<0,05$  и  $R=0,699$ ,  $p<0,03$ ). Таким образом, в условиях экокризисного региона последствия стрессиндуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие ТМ на распространенность болезней крови среди всего населения, в первую очередь в пострадавших от боевых действий районах. ЖА у детей следует признать экологически зависимым заболеванием.

---

*Лащенко Л.И., Григорядис С.В., Снизур Г.Л.*

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

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛУМЕРУЛОНЕФРИТОВ**

Введение. Базовым методом исследования биоптата почки по-прежнему остается световая микроскопия, однако для более детального изучения структурных изменений ткани необходимо применение электронной микроскопии (ЭМ). Метод ЭМ представляет собой сложную систему, которая позволяет наблюдать и фотографировать многократно увеличенные объекты. Основной принцип работы базируется на использовании электронных пучков, испускаемых накаленной вольфрамовой нитью, потоки электронов, расходящиеся от источника, преобразуются конденсорными линзами и затем попадают на исследуемый образец, проходя сквозь него и «записывая» информацию, которая используется для формирования изображения. Для качественного проведения исследования препараты для ЭМ необходимо подготовить к высокому вакууму и воздействию потоков электронов. Первый этап подготовки представляет собой химическую фиксацию и многофазное обезвоживание, с последующей пропиткой эпоксидными смолами, так образуется полимерный блок. Второй этап характеризуется «микрорезкой» полимерного блока на множество образцов в ультрамикротоме. Полученные образцы 60-80 нм проходят контрастирование и затем изучаются под электронным микроскопом.



Цель. Определить возможность применения метода электронной микроскопии для диагностики морфологических изменений в почках при гломерулонефритах различной этиологии.

Материалы и методы. Был произведен анализ литературных данных и результатов нефробиопсий больных из Волгоградского областного уронефрологического центра.

Результаты. В ряде исследований показано, что информативность метода ЭМ велика при диффузных процессах, т.к. объем исследования составляет максимум 4 клубочка. Адекватность биоптата – 60-80%, тогда как при световой микроскопии – до 90%. По данным ЭМ могут быть обнаружены следующие морфологические изменения, соответствующие мезангиопролиферативному гломерулонефриту: сегментарное неравномерное утолщение гломерулярной базальной мембраны с расщеплением ее отростками мезангиальных клеток, интерпозиция мезангия. Отложение депозитов умеренной электронной плотности в мезангиальном матриксе. Дистрофические изменения подоцитов с участками сглаживания и слияния коротких отростков. При остром постинфекционном гломерулонефрите с исходом в мезангиопролиферативный гломерулонефрит по данным ЭМ визуализируются следующие морфологические изменения: сглаживание отростков подоцитов, на базальной мембране капиллярных петель определяется очаговое субэпителиальное отложение депозитов умеренной электронной плотности, базальная мембрана с участками неравномерного утолщения, неравной плотности с извилистыми контурами. При мезангиопролиферативном гломерулонефрите с тубулоинтерстициальным компонентом морфологические изменения при ЭМ следующие: базальная мембрана неравномерно утолщена, с наличием субэпителиальных депозитов умеренной электронной плотности. Отмечается интерпозиция мезангия, расщепление гломерулярной базальной мембраны отростками мезангиоцитов. Выраженная сглаженность малых ножек подоцитов.

Вывод. Благодаря электронной микроскопии можно проводить более детальную диагностику заболеваний почек, однако для точной диагностики морфологического варианта гломерулонефрита необходимо использовать комплексное исследование: данные световой, иммунофлюоресцентной и электронной микроскопии.

---

*Ледяев М.Я., Крамаренко В.М.*

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ**

Артериальная гипертензия, как известно, является важнейшей социально-экономической и медицинской проблемой, оставаясь главным фактором риска развития ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и заболеваний мозга, доля смертности от которых в структуре общей смертности превышает 50%. Установлено, что «истоки» повышения артериального давления находятся в детском и подростковом возрасте.

Поэтому изучение распространенности факторов риска развития артериальной гипертензии у детей и подростков, является неотъемлемой частью решения проблемы артериальной гипертензии в педиатрии.

Цель: оценить распространенность факторов риска развития артериальной гипертензии у подростков при профилактических осмотрах.

Методы: было обследовано 176 детей в возрасте от 15 до 18 лет. Из этого числа мальчиков было – 44, девочек – 132. Обследование проводилось в рамках профилактических осмотров и включало в себя: сбор анамнеза, измерение роста, веса, индекса массы, объективный осмотр и трехкратное измерение артериального давления (АД) по методу Короткова Н.С., а также анкетирование по специально разработанной анкете с целью выявления факторов риска развития АГ.

Результаты: После проведенного обследования, были выделены 3 группы: 1 группа (140 человек) – подростки с нормальным АД (от 5% до 90%); 2 группа (26 человек) – подростки с «высоким нормальным» АД (значения АД от 90% до 95%); 3 группа (10 человек) – подростки с высоким АД (значения АД более 95%).

В результате было выяснено, что 3 и более факторов риска развития АГ чаще встречались в 3 группе подростков с высоким АД и составляет 70%. В 1 группе с нормальным АД – 32,8%, во 2 группе с «высоким нормальным» АД – 53,8%.

Наследственный анамнез показал, что распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы в семьях у детей с нормальными цифрами АД составила 21,4%; в группе подростков с «высоким нормальным» АД – 38,4%; в группе с высоким АД – 70%.

Наибольшее количество подростков с избыточной массой тела выявлено в 3 группе с высокими цифрами АД – 30%. В 1 и 2 группах с нормальным и «высоким нормальным» АД количество детей с избыточной массой тела составило 10% и 19,2% соответственно. Ожирение было диагностировано у 2,8% мальчиков из группы с нормальными и у 30% мальчиков из группы с высокими цифрами АД.

Выводы: По результатам исследования показано, что более, чем у половины подростков участвующих в нашем исследовании, выявлены факторы риска, способствующие развитию артериальной гипертензии, что свидетельствует о высокой распространённости факторов риска способствующих развитию АГ у детей и о необходимости их выявлять на ранних этапах.

---

**Лейкина В.В.**

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

## **ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИРУСИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

У детей дошкольного возраста в 80% случаев регистрируют вирусиндуцированную бронхиальную астму (БА) (Зайцева О.В., 2016, Осипова Г.Л., 2014). Обострения БА с вирусиндуцированным фенотипом у детей дошкольного возраста связывают не только с непосредственным воздействием респираторных вирусов на дыхательные пути, но и с особенностями иммунной системы у этих детей (Нестеренко З.В., 2017, Юлиш Е.И., 2010). Неоднозначность данных о состоянии иммунной системы детей с вирусиндуцированным фенотипом БА диктует необходимость дальнейшего изучения их иммунного статуса, что важно для планирования эффективных реабилитационных мероприятий в этой группе детей.

Цель работы

Изучить особенности иммунного статуса у детей дошкольного возраста с вирусиндуцированным фенотипом БА в межприступный период.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 3 до 5 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, вирусиндуцированный фенотип, интермиттирующее течение. Объем иммунологических исследований: определение количества СД3+, СД4+, СД8+, СД22+лимфоцитов, уровней IgA, IgM, IgG и ЦИК в сыворотке крови, определение фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов. В качестве контрольной группы обследовано 44 здоровых ребенка дошкольного возраста.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование иммунного статуса детей проводилось через 1,5-2 месяца после последнего обострения БА. В межприступный период у детей с БА определялось достоверное ( $P < 0,001$ ) снижение количества СД3+лимфоцитов, у 70% детей с БА выявили дефицит СД8+лимфоцитов, обладающих супрессорной активностью. Низкое содержание СД3+лимфоцитов и СД8+лимфоцитов может свидетельствовать о реализации у детей с вирусиндуцированным фенотипом БА одного из звеньев механизма гиперпродукции IgE, что, в свою очередь, может приводить к постепенному развитию сенсибилизации к неинфекционным аллергенам. Гуморальные факторы иммунитета характеризовались достоверным ( $P < 0,01$ ) снижением СД22+лимфоцитов, уровней IgM, IgA и IgG и повышением уровней ЦИК в сыворотке крови. Нарушения гуморального иммунитета могут свидетельствовать о низкой активности противовирусного иммунитета у детей с БА в межприступный период, что и предрасполагает к возникновению у них повторных ОРВИ, которые являются основными триггерами обострений БА с вирусиндуцированным фенотипом. Процессы фагоцитоза у детей с БА характеризовались

низкой поглотительной способностью нейтрофильных гранулоцитов. Отмечались высокие ( $P < 0,001$ ) уровни спонтанного НСТ-теста, что свидетельствовало о повышенной бактерицидной активности нейтрофильных гранулоцитов, и может являться следствием возможной персистенции респираторных вирусов в организме детей с БА в межприступный период.

#### Заключение

Иммунный статус детей дошкольного возраста с вирусиндуцированным фенотипом БА в межприступный период характеризуется вторичной иммунной недостаточностью с дефицитом супрессорной субпопуляции лимфоцитов и основных классов сывороточных иммуноглобулинов на фоне высокой метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов. Результаты исследования диктуют необходимость проведения рациональной иммунокорректирующей терапии в комплексе реабилитационных мероприятий детей дошкольного возраста с вирусиндуцированным фенотипом БА.

---

*Лепшина С.М., Атаев О.В., Дубосар Е.В.*

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

## ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА: НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Цель: Изучение новых научных разработок и перспективных направлений в лечении туберкулеза.

Материалы и методы: Проведен анализ данных научной литературы, размещенной в базах PubMed, eLIBRARY за период 2015-2021 гг. Всего изучено 35 литературных источников: 10 – отечественных и 25 – зарубежных.

Результаты: Глобальное бремя туберкулеза остается одним из наиболее актуальных и сложных вопросов мирового здравоохранения. Одной из основных задач, провозглашенных Всемирной организацией здравоохранения, является ликвидация эпидемии туберкулеза к 2035 году. Эффективное лечение больных туберкулезом является одним из важных принципов на пути достижения этой цели. Пандемия COVID-19 внесла свои коррективы и привела к снижению охвата лечением больных туберкулезом в мире. Этот показатель составил всего 59% за 2020 г., что ниже показателя за 2019 г. – 72%. Достаточно высокий удельный вес мультирезистентного туберкулеза (МРТБ) и туберкулеза с расширенной резистентностью (РРТБ) также оказывает влияние на эффективность лечения данной категории больных. Эффективность химиотерапии МРТБ/РРТБ в мире за период 2012-2018 гг. не превышала 59%. Химиотерапия является основой лечения туберкулеза и научные исследования проводятся наиболее интенсивно в данном направлении. В последние годы были достигнуты определенные успехи в разработке и внедрении в клиническую практику новых противотуберкулезных препаратов (ПТП) и новых схем лечения. Это позволило сократить продолжительность химиотерапии, повысить приверженность лечению больных, улучшить ее результативность. На данный момент с успехом используются в лечении МРТБ/РРТБ новые ПТП – бедаквилин и линезолид. Согласно Информационному ресурсу Рабочей группы по новым противотуберкулезным препаратам в настоящее время проводится 2-я фаза клинических испытаний 8 новых разрабатываемых препаратов и 3 новых препарата находятся на 3-й фазе клинических испытаний. Новые классы ПТП, такие как сутезолид, бензотиазиноны, действующие на различные компоненты клеточной стенки микобактерии туберкулеза (МБТ), являются одними из наиболее перспективных. Применение клеточных технологий во фтизиатрии также рассматривается, как одно из направлений для поиска эффективных методов лечения. Применение мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток (ММСК) в ряде доклинических экспериментальных исследованиях приводило к усилению фагоцитоза, повышению регенерации легочной ткани, предотвращению формирования фиброза легких. Было показано, что в группе пациентов, получающих ММСК, выше показатель конверсии мокроты и значительно сократился период бактериовыделения. Применение препаратов с антиоксидантной активностью, таких как тубосан, мексидол, альфа-токоферол и др. в рамках патогенетической терапии позволяет предупредить распад легочной ткани и генерализацию процесса, а также уменьшить формирование фиброза легочной ткани. Ингибиторы эффлюксной помпы МБТ, которая позволяет возбудителю выживать, в сочетании с ПТП имеют потенциал для повышения их концентрации в очаге воспаления и предотвращают по-

явление мутаций в генах, отвечающих за формирование устойчивости МБТ к ПТП. Также одними из наиболее перспективных направлений являются изучение механизма аутофагии и применение металlopeптидных комплексов, которые демонстрировали активность против МБТ в экспериментальных исследованиях.

Выводы: Лечение туберкулеза по-прежнему представляет сложную и многогранную проблему. Имеющиеся разработки и внедрения новых ПТП и схем лечения позволили в последние годы улучшить эпидемиологическую обстановку по туберкулезу. Однако, развитие устойчивости к уже новым ПТП и токсическое воздействие их на организм является серьезным барьером. Поэтому поиск новых возможностей, методов лечения в рамках комплексного подхода к терапии данной патологии представляет собой интерес среди научного медицинского сообщества.

---

*Лимаренко М.П.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА У РЕБЕНКА**

Известно, что гипотиреоз – синдром, развивающийся вследствие патологического снижения активности щитовидной железы в результате различных заболеваний, т.е. синдром, обусловленный снижением действия Т4 и Т3 на ткани-мишени. При всех нарушениях биосинтеза недостаточная продукция тиреоидных гормонов вызывает повышенное выделение тиротропного гормона (ТТГ) гипофизом с последующим развитием гипертрофии и гиперплазии щитовидной железы, которая не способна компенсировать тиреоидную недостаточность. Последняя характеризуется замедлением всех видов обмена. Приводит к: нарушению питания нервных клеток; снижению электрической активности головного мозга; нарушению сердечно-сосудистой системы; поражению паренхиматозных органов, слизистых оболочек, кожи, что проявляется гиперкератозом, дегенеративными изменениями эпидермальных клеток, отеком соединительно-тканного слоя; нарушению процессов окостенения и др. Важнейшим биохимическим признаком первичного гипотиреоза является низкий уровень свободного Т4 (расчётного свободного Т4) и повышенный уровень ТТГ.

Вашему вниманию представляется история развития ребенка А., 4 г. 7 мес. Находился в Городском специализированном доме ребенка г. Донецка с 19.03.2020 г. по 16.09.2020 г. Диагноз основной: врожденный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Сопутствующие: задержка психо-речевого развития. Атопический дерматит, период неполной ремиссии. Задержка физического развития (дефицит роста). Гипоспадия, головчатая форма. Анамнез заболевания и жизни: ребенок родился от 1-й беременности, патологических родов путем кесарева сечения, в сроке гестации 38 недель, массой 3200 г, длиной тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 3-4 балла. Семейный анамнез: мать ребенка наблюдается по поводу гипотиреоза, псевдогипопаратиреоза в стадии субкомпенсации. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательных расстройств. Проводились реанимационные мероприятия. Отмечен специфический габитус при рождении (крик слабый, грубый, двигательная активность снижена, кожные покровы пастозные, макроглоссия, склонность к брадикардии, увеличение печени +3 см, нарушение терморегуляции). Ребенку в возрасте 3-х недель выполнено исследование: ТТГ-5,79 мМЕ/л (N-0,3-4,0 мМЕ/л) (повышен), Т3 св.-3,3 пмоль/л (N-2,5-5,8 пмоль/л) (N), Т4 св.-15,9 пмоль/л (N-10-23 пмоль/л) (N). Однако осмотр эндокринолога был проведен только в возрасте 1,5 мес. Заключение: учитывая клинику тиреоидной недостаточности с первых дней жизни, низкий интегральный тиреоидный индекс 3,3 (N-7,04-27,21), установлен диагноз врожденного гипотиреоза. Рекомендован прием L-тироксина. Объективно: физическое развитие ниже среднего за счет дефицита роста. Состояние средней тяжести по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Осмотр по органам и системам без особенностей. Обследован: ТТГ-0,87 МЕ/мл – норма (медикаментозная компенсация). Неврологический статус: малоактивен, вербальный контакт резко ограничен, социальная адаптация низкая. Мышечный тонус ближе к удовлетворительному. Сухожильные рефлексы живые, равны. Походка не нарушена. Получал лечение: заместительная терапия L-тироксинем в дозе 62,5

мкг/сут ежедневно, кальция гопантенат. Проводились психолого-педагогическая коррекция, занятия с логопедом, арт-терапия, монтессори-терапия. За 6 месяцев пребывания в доме ребенка отмечалась некоторая положительная динамика. Стал активнее, улучшился сон и аппетит. Начал больше проявлять инициативу в общении, в игре, на занятиях стал более внимательным.

В заключение, данное клиническое наблюдение представляет интерес для педиатров, детских эндокринологов, подтверждает важность ранней диагностики врожденного первичного гипотиреоза, т.к. поздняя диагностика последнего приводит к выраженной задержке нервно-психического развития.

*Линчевская Л.П., Кишеня М.С., Пищулина С.В., Власова Р.Н., Рыбак М.Н.*

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

## **СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – механическое повреждение головного мозга, имеющее характер системной, гетерогенной и многофакторной патологии. ЧМТ является одной из ведущих причин смертности в мире среди лиц трудоспособного возраста, с летальностью около 75 тысяч смертей в год. Воспалительная реакция, развивающаяся в результате повреждения, характеризуется нарушением целостности сосудов головного мозга с кровоизлияниями, проницаемости гемато-энцефалического барьера, лейкоцитарной инфильтрацией ткани мозга, отеком и травмой аксонов, что приводит к гибели нейронов и глиальных клеток. Вторичное повреждение при ЧМТ развивается в результате каскада реакций окислительного стресса, приводит к продолжительным двигательным и когнитивным нарушениям. Окислительный стресс вызывает нарушение целостности митохондрий с угнетением продукции АТФ и развивающимся энергодефицитом. Состояние и функциональная активность митохондрий находятся под влиянием различных факторов, одними из которых являются андрогены. Механизмы влияния гипоандрогении на регуляцию энергетического метаболизма головного мозга при ЧМТ изучены недостаточно. Целью работы явилось изучение влияния содержания андрогенов на исход ЧМТ в эксперименте.

Материал и методы. Эксперименты выполнены на 60 белых беспородных крысах-самцах 180-200 г, которым наносили ЧМТ средней тяжести. Через 72 часа после ЧМТ методом твердофазного иммуноферментного анализа в крови животных определяли содержание тестостерона (Тс) и лютеинизирующего гормона (ЛГ). Неврологический статус крыс после ЧМТ определяли по шкале stroke-index McGraw в течение 1-3-х суток. Регистрировали вялость, замедленность движений, слабость конечностей, птоз, парезы, параличи, манежные движения, коматозное состояние. В зависимости от степени неврологических нарушений животные были разделены на 2 группы: 1-я группа (36 крыс) с умеренными нарушениями по шкале McGraw  $\leq 2,5$  баллов, 2-я группа (24 крысы) с тяжелыми нарушениями по шкале McGraw  $> 3$  баллов. Контрольную группу составили 18 интактных животных. Эксперименты на животных выполнены с учетом биоэтических требований.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования в 1-й группе были установлены нарушения поведенческих реакций, снижение рефлексов, тонус конечностей имел спастический характер с атаксией при движении и средним баллом по шкале McGraw 2,32(1,96;2,67) баллов. Во 2-й группе определяли умеренный или выраженный дефицит рефлексов с ослаблением или отсутствием восприятия световых, звуковых и болевых раздражителей, снижение мышечного тонуса, резкое угнетение сознания, средний балл по шкале McGraw – 7,84(6,54;8,47), баллов, достоверно превышая значения 1-й группы ( $p < 0,001$ ). Определение концентрации ЛГ и Тс у животных после ЧМТ показало достоверное уменьшение в обеих группах. В 1-й группе уровень ЛГ составил 1,94(1,78;2,52) мЕ/л, Тс – 8,85(7,78;9,54) нмоль/л; во 2-й группе: ЛГ – 1,73(1,52;1,84) мЕ/л, Тс – 6,72(5,54;7,83) нмоль/л, что указывало на выраженное угнетение активности гипофизарно-гонадной системы на фоне ЧМТ.

Выводы. Низкие уровни ЛГ и Тс сопровождаются развитием нейродефицита при ЧМТ, данные нарушения можно рассматривать как проявления андрогенной дисрегуляции метаболизма митохондрий

и окислительно-восстановительных ферментативных реакций в клетках нервной ткани. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейших исследований и определения новых ключевых путей воздействия при лечении ЧМТ.

*Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И., Рыбак М.Н.*

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

## **РОЛЬ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ЧМТ**

Проблема патогенеза черепно-мозговой травмы (ЧМТ) остается актуальной в связи с высоким уровнем летальности и инвалидизации. Тяжелое повреждение головного мозга представляет угрозу жизни, но развивающиеся при этом нарушения со стороны эндокринной системы усугубляют тяжесть повреждения и ухудшают течение и прогноз.

Цель: изучение состояния гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы (ГГТС) при экспериментальной черепно-мозговой травме.

Материалы и методы: Исследование проведено на 179 половозрелых белых крысах-самцах с соблюдением требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных (Страсбург, 1985). Для воспроизведения ЧМТ использовали стандартную модель повреждения свободнопадающего груза в модификации Ельского В.Н. (2008). При травмировании избегали открытых переломов и наружных кровотечений. Через 3, 12, 24, 48 и 72 часа после травмы у животных в сыворотке крови с использованием наборов реактивов IMMUNOTECH (Чехия) определяли уровень ТТГ, Т4, Т3. Контрольную группу составили 20 интактных животных. Статистическую обработку полученных данных производили с помощью лицензионного пакета программ «Statistica».

Результаты: При проведении анализа содержания гормонов через 3 часа с момента травмы было отмечена вариабельность динамики тиреоидных гормонов – у 67% животных наблюдался нормальный или незначительно повышенный уровень Т3 и Т4, а 33% животных имели выраженное снижение Т3 на 21% ( $p < 0,05$ ) и Т4 на 11% ( $p < 0,05$ ), что сопровождалось повышением ТТГ на 164% ( $p < 0,05$ ). Понижение уровня Т3 могло быть обусловлено нарушением конверсии Т4 в Т3 в связи с развивающейся гипотензией, нарушением микроциркуляции в периферических органах, гипоксией и энергодефицитом. Через 12 часов количество животных, у которых наблюдалась гипофункция щитовидной железы увеличилось на 9%, а через 24 часа еще на 6%. Тяжелая ЧМТ всегда сопровождается высокой летальностью в течение первых 3-х суток. Следует отметить, что у животных со сниженными уровнями тиреоидных гормонов была отмечена большая летальность. Гормоны щитовидной железы принимают участие в регуляции всех видов обмена, кроме того, тесно связаны с реакциями сердечно-сосудистой системы. Так как метаболически активной формой является Т3, его выраженное снижение стало неблагоприятным предиктором для течения посттравматического периода. Через 48 часов 44% животных погибло, из них 32% – животные с гипофункцией щитовидной железы. У оставшихся животных наблюдалось дальнейшее снижение Т4 на 14% ( $p < 0,05$ ), а Т3 на 38% ( $p < 0,05$ ), уровень ТТГ у этих животных оставался высоким и превышал значения контрольной группы на 89% ( $p < 0,05$ ). Через 72 часа тенденции к дальнейшему снижению тиреоидных гормонов не наблюдалось, что свидетельствовало об относительной стабилизации гормонального дисбаланса.

Выводы: В результате проведенного исследования были установлено, что гипофизарно-тиреоидная система активно вовлекается в нейро-гормональный ответ в условиях ЧМТ. Одинаковое по силе шокогенное воздействие вызывает альтернативные типы компенсаторно-приспособительных механизмов, реализующиеся у разных животных в разные сроки посттравматического периода. Реализация данной программы в каждом конкретном случае зависит от типа реакции центральных регулирующих механизмов: нервной и гуморальной регуляции. Наиболее выраженное снижение Т3 по сравнению с Т4 можно рассматривать как прогностически неблагоприятный показатель в течение первых 3-х суток при ЧМТ.

*Лисевич Б.В.*

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

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, РАБОТАЮЩИХ В БОЛЬНИЦАХ ДОНЕЦКА**

Актуальность. Профессиональное выгорание серьезная проблема, которая в последнее десятилетие часто затрагивает различные профессии. Выгоранию подвержены люди, выполнение трудовых обязанностей которых связаны с постоянным общением с другими людьми, эмоциями, повышенной ответственностью, хроническим стрессом на рабочем месте. Среди медицинских работников данная патология встречается довольно часто. Результат неудовлетворенность собой, повышенное переживание психотравмирующих ситуаций, развитие неадекватного эмоционального реагирования, циничное отношение к выполнению своих трудовых обязанностей, появление полной или частичной утраты интереса к пациентам, возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере. В особо тяжелых проявлениях возникают эмоциональные срывы вплоть до суицидальных побуждений. Синдром профессионального выгорания входит в рубрику Международной классификации болезней МКБ-10:Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Очень важно проводить профилактику этого синдрома.

Цель исследования. Изучить факторы вызывающие профессиональное выгорание врачей хирургического профиля.

Материалы и методы. Методом анкетного опроса были охвачены врачи хирургического профиля, различных медицинских учреждений г. Донецка. По результатам, полученным в ходе анкетирования, были рассчитаны относительные величины с оценкой достоверности, проведен их анализ.

Результаты. Общее число респондентов составило 102 специалиста, среди которых: 54,16% общих, 18,05% абдоминальных, 11,11% сосудистых, 8,33% пластических хирургов и 8,8% офтальмологов. Целесообразно было разделить респондентов на 3 группы: первая группа – с эмоциональным выгоранием, вторая группа – эмоциональное выгорание на стадии формирования, третья – без симптомов эмоционального выгорания. В группу с эмоциональным выгоранием вошло 37,5% респондента, в группу эмоционального выгорания на стадии формирования вошел 41,66%, 20,83% не имели симптомов эмоционального выгорания. Среди 102 респондентов, хотя бы одну вредную привычку имело 72%, среди которых 39% относились к группе с профессиональным выгоранием и 45% в группу на стадии формирования, что может свидетельствовать о прямом взаимодействии вредных привычек на проф. выгорание. У 30% специалиста был нарушен режим дня, среди которых 60% относились к группе с эмоциональным выгоранием, 33% к группе профессионального выгорания на стадии формирования и 7% без симптомов проф. выгорания. 16,66% человек уделяли спорту, как минимум 3 часа в неделю, среди которых, симптомов эмоционального выгорания выявлено не было. 55% опрошенных проводили отдых активно, 45% пассивно отдыхали и не восстанавливали свои силы. Расстройства сна наблюдаются в среднем у 43% врачей хирургического профиля. Полноценный отдых 70% врачей после рабочего дня практически невозможен из-за того, что они вынуждены брать дополнительные дежурства в своем или другом лечебном учреждении. Как результат, 48% врачей приходят на работу не отдохнувшими. Усталость от чрезмерных нагрузок накапливается и ощущается у 75,3% врачей

Выводы. Исследование продемонстрировало, что на результатах работы сказывается негативное эмоциональное состояние у 60% специалистов. Нам удалось определить факторы, влияющие на профессиональное выгорание и его формирование: наличие вредных привычек, нарушение распорядка дня и занятия спортом. Была выявлена прямая зависимость: специалисты, не обладающих вредными привычками, не нарушающие режим дня и питания, занимающиеся различными видами спорта менее податливы к профессиональному выгоранию.

*Лисицкая С.В., Хабарова А.В., Соцкая Я.А.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Актуальность. В последние 20 лет заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В в мире неуклонно снижалась в связи с осуществлением программ вакцинации населения против вируса гепатита В. Тем не менее в мире насчитывается около 350 млн инфицированных. Полагают, что до 40% из этого числа умрут в ближайшие 50 лет вследствие прогрессирования хронического гепатита В в цирроз печени, его декомпенсации и возникновения гепатоцеллюлярной карциномы. Однако, принимая во внимание значительные вариабельность и длительность течения заболевания, огромное количество факторов, влияющих на его течение, не было разработано критериев, которые помогли бы врачу определить риск неблагоприятного исхода заболевания у конкретного пациента.

Цель: определение особенностей течения вирусного гепатита В на территории Луганской Народной Республики и оценка эффективности проводимого лечения в профилактике прогрессирующего поражения печени с развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 48 пациентов, находящихся на стационарном лечении в «Луганской инфекционной больнице». Среди участников исследования было 30 (62,5%) мужчин и 18 (37,5%) женщин от 28 до 59 лет. Для установления диагноза вирусный хронический гепатит В привлекались сторонние специалисты из области лабораторной диагностики. Диагностика заболевания и контроль за его течением осуществлялись на основе клинико-лабораторных данных, картины ультразвукового исследования и «ФиброТеста».

Результаты и их обсуждение. У 28 (58,3%) пациентов проводился количественный ПЦР, выявляли умеренную вирусемию, HbsAg определялся у 100% исследуемых, HbeAg – 29,5%, antiHbcorLgG – 100%, качественный ПЦР HBV – 100%. У 43 (89,5) – признаки мелкоочагового фиброза, у 17 (35,4%) – признаки портальной гипертензии, у 5 (10,4%) – признаки цирроза печени. Методом «ФиброТест» было обследовано 19 (39,5%) из 48 пациентов, был выявлен умеренный фиброз. Во время исследования объективной симптоматики определили: у 98% больных – голубизна склер с субиктеричностью по периферии, у 80% – обложенность языка, у 91% – гепатомегалия, у 47% – чувствительность печеночного края. При этом была проведена этиотропная терапия: 37,5% больных (18 чел.) получали Элгравир по 0,5 мг/сут; 8,33% больных (4 чел.) получали Элгравир по 1,0 мг/сут по причине цирроза печени. 25% больных (12 чел.) получали Тенофовир по 300 мг/сут с последующим переходом на Элгравир по 0,5 мг/сут; 29,2% больных (14 чел.) получали Телбивудин по 600 мг/сут. Данные серологического/генетического обследования спустя 6 мес. от начала лечения: antiHbs – 37,5%, HbeAg – 8,3%, качественный ПЦР HBV – 75%, antiHbcorLgG – 100%. Была зафиксирована положительная динамика объективной симптоматики: у 61% больных – голубизна склер с субиктеричностью по периферии, у 39,5% – обложенность языка, у 29% – гепатомегалия, у 12% – чувствительность печеночного края.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что хроническая вирусемия вирусом гепатита В даже на низком уровне может сопровождаться прогрессированием поражения печени и развитием осложнений. Очевидно, что безопасным уровнем вирусемии считается наиболее низкий. Проводимая терапия показала себя эффективной, предупредив развития жизнеугрожающих осложнений и улучшение качества жизни. Снижение вирусной нагрузки в процессе терапии – единственно независимый прогностический фактор успешного лечения как для HBeAg-положительных, так и для HBeAg-негативных.



*Листратенко Д.А., Кардаш А.М., Бараненко Б.А., Белоусов А.Ю., Чернявский А.Р.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЧЕРЕПА НА ДОНБАССЕ В 2022 Г.**

Оказание медицинской помощи больным с огнестрельными ранениями черепа и головного мозга, относится к важнейшим проблемам современной хирургии. Это объясняется возрастанием их удельного веса в структуре травматизма ввиду локальных конфликтов, вооруженных нападений, террористических актов, а также в связи с высоким уровнем летальности, осложнений и инвалидизации пострадавших.

В последнее время локальные войны (Первая чеченская война 1994-96гг, Вторая чеченская война 1999-2000гг., Абхазия 2008г, война в Ираке 2011-2017гг, война на востоке Украины 2014год и по настоящее время), террористические акты, проводятся с применением современных видов вооружения, обладающих обширным поражающим действием. Ранящие снаряды стали более разнообразными по своим баллистическим характеристикам, скорости полета, материалам из которых они изготовлены. Поэтому современные огнестрельные ранения радикально отличаются от ранений прошлых войн. Все эти обстоятельства диктуют тактику современного подхода в организации оказания комплексной специализированной нейрохирургической помощи пострадавшим.

Боевые действия на Донбассе ведутся в городах с большой плотностью населения и большим количеством зданий повышенной этажности. В результате использования тяжелой артиллерии большинство зданий разрушены. Среди ранений на первом месте стоят минно-взрывные ранения, много пострадавших вследствие обрушения зданий. Помимо военнослужащих среди пострадавших отмечается большое число мирных жителей (старики, женщины, дети). За период с февраля по декабрь 2022г, в клинике нейрохирургии ДОКТМО были оперированы 356 пациентов, из которых: мужчины составили 82%, женщины 15%, дети 3%.

По сравнению с прошлыми годами военного конфликта на Донбассе, в 2022г в 4 раза увеличилось количество пострадавших женщин и детей, требующих оперативного нейрохирургического вмешательства. Доля оперируемых пациентов по поводу проникающих ранений головного мозга в условиях военного конфликта всегда была традиционно высокой, в настоящий момент составила 87%. В абсолютном большинстве случаев пациенты получали ранения ввиду артобстрелов – 98%, исключительно редкими стали случаи пулевых ранений головного мозга – 2%. Слепые ранения головного мозга отличились наибольшей часто встречаемостью. Статистически из них наиболее вероятны сегментарные – 35%, простые – 30%. Реже встречались радиарные – 20% и диаметральные – 15%. Конструктивно изменилась частота встречаемости пациентов с сочетанными и комбинированными ранениями головы. В 65% случаев оперируемых имели сочетанные травмы. В 25% случаев специализированная нейрохирургическая помощь оказывалась совместно с офтальмотравматологами, ЛОР – врачами.

С учётом описанных данных становится очевидным, что всё более весомую роль в конфликте на Донбассе играет артиллерия, её количественный и качественный состав. В настоящий момент на вооружении армии получают всё большее количество крупнокалиберных орудий, что увеличивает дальность и объём поражаемой местности, тем самым увеличивая количество потенциальных пострадавших. Помимо описанных причин, уменьшение удельной массы пулевых ранений головного мозга обуславливается более тяжёлым неврологическим дефицитом из-за более высокой кинетической энергии повреждения головного мозга, что требует быстрой транспортировки в специализированное отделение, часто маловероятное в условиях поля боевых действий.

*Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ**

Проблема тяжелого гестоза, несмотря на широкое ее изучение, остается одной из актуальных в современном акушерстве. Адаптационная теория развития преэклампсии (ПЭ) занимает по-прежнему лидирующие позиции. Наиболее информативными показателями реактивности организма является уровень в крови стресс-индуцирующих (пролактина (Прл), кортизола (Кз), тиреоидных гормонов (трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4)), эстриола (Е3)) и стресс-лимитирующих (инсулина (Инс) и прогестерона (Пг)) гормонов. Цель работы – установить баланс данных гормонов для выявления роли гормональных сдвигов в формировании дисадаптационного синдрома при тяжелом гестозе. В работе обследованы 64 беременные в сроке 38-40 недель гестации, которые были разделены на две группы: 1 группу составили 37 пациенток с тяжелой ПЭ, 2 группу – 27 женщин с физиологическим течением беременности. В ходе работы 1-ая группа была разделена на подгруппы А (20 женщин) и В (17 женщин) в зависимости от типа реактивности организма беременных (соответственно по гипо- и гиперэргическому типу). Также исследовали 30 небеременных женщин. В контексте сбалансированности стресс-индуцированной и стресс-лимитирующей систем рассматривали индекс гормонального баланса (ИГБ), которые рассчитывали по предложенной нами формуле:

$$\text{ИГБ} = 2 * (\text{Прл } x / \text{Прл } n + \text{Кз } x / \text{Кз } n + \text{Т3 } x / \text{Т3 } n + \text{Т4 } x / \text{Т4 } n + \text{Е3 } x / \text{Е3 } n) / 5 * (\text{Пг } x / \text{Пг } n + \text{Инс } x / \text{Инс } n),$$

где Прл x, Кз x, Т3 x, Т4 x, Е3 x, Пг x, Инс x – средний уровень исследуемых гормонов в крови в группах обследованных на этапе беременности;

Прл n, Кз n, Т3 n, Т4 n, Е3 n, Пг n, Инс n – средний уровень исследуемых гормонов в крови здоровых небеременных женщин.

Адекватный рост ИГБ во 2-ой группе по сравнению с показателями небеременных пациенток (3 группа) свидетельствовал в пользу гормонального баланса и отражал незначительный сдвиг в сторону стресс-индуцирующих факторов за счет стрессорного влияния беременности на организм женщины, что следовало считать адекватным ответом матери на беременность. Выявлено, что нарушение реактивности организма беременной в сторону понижения или, напротив, повышения – важное условие развития ПЭ, как проявления дисадаптационного синдрома. Определение уровня гормонов сыворотки крови является важным информативным методом для диагностики типа реактивности организма беременных с тяжелым гестозом. Гипореактивность организма женщин с ПЭ (1А группа) характеризовалась дисгормональным синдромом с преобладанием гормонов стресс-лимитирующей направленности, отмечалась скрытая надпочечниковая недостаточность и относительно низкий по сравнению со 2 группой уровень стресс-индуцирующих гормонов, что способствовало уменьшению ИГБ ниже 1,0. Гиперреактивность организма беременных с ПЭ (1В группа) формировал дисгормональный синдром с высоким уровнем в крови стресс-индуцирующих гормонов на фоне угнетения продукции Инс и Пг, что способствовало формированию гормонального дисбаланса, в пользу чего свидетельствовало увеличение значений ИГБ больше 1,0. Выделение особенностей течения тяжелого гестоза с учетом типа нарушения реактивности организма беременных требует дифференцированных подходов к проведению терапии данного осложнения.

---

*Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

Несмотря на многообразие научных работ и достаточно широкую изученность проблемы климактерического синдрома (КС), качество жизни женщин в данном возрастном диапазоне продолжа-

ет страдать. Сведения об эффективности традиционных схем лечения противоречивы, что требует дифференцированной коррекции, в том числе и немедикаментозными методами. Наиболее информативным методом, позволяющим оценить вегетативные нарушения пациенток с КС, считают спектральный анализ сердечного ритма (САСР). Для оценки клинической картины различных форм КС нами был разработан авторский тест, позволяющий диагностировать форму дисневротического синдрома. Целью настоящего исследования явилось разработать дифференцированные подходы к реабилитационным мероприятиям при различных формах КС, выделенных по данным variability сердечного ритма (ВСР) и результатам психологических тестов. САСР и анкетирование проводили у 75 женщин перименопаузального возраста (47-55 лет). Женщины были разделены на две группы: 1-ая группа включала в себя 25 пациенток с физиологическим течением климакса (контрольная), 2-ая группа – 50 больных с КС, которая в ходе исследования была разделена на две подгруппы. 2А подгруппа состояла из 27 больных с преобладанием ваготонии по данным ВСР, и 2В, которая была представлена 23 пациентками с проявлениями КС на фоне симпатотонии. На ритмокардиограммах при САСР определяли индекс вагосимпатического равновесия (ИВСР) LF/HF, определяющий симпатопарасимпатический баланс. Авторский тест-опросник содержал 89 показателей эмоциональных, когнитивных, мотивационных нарушений и нейровегетативных синдромов, позволяющих выделить «склонность к депрессивным состояниям на фоне ваготонии или панико-фобическим реакциям при симпатотонии». Диагноз рассматривался в случае более чем 45 положительных ответов. В ходе проведенного исследования у пациенток 2А подгруппы с КС на фоне ваготонии обращало на себя внимание уменьшению ИВСР более чем в 2 раза, что определяло преимущественное влияние парасимпатической нервной системы. Соматогении при КС на фоне вагусного доминирования характеризовались преобладанием тревожно-депрессивных состояний (частые периоды пониженного настроения и депрессивные состояния в утренние часы, плаксивость, сонливость, склонность к брадикардии, склонность к ранней седине волос, отечность конечностей и одутловатость лица). Для женщин 2В подгруппы был, напротив, характерен рост ИВСР более чем в 2 раза, что свидетельствовало о преобладающем влиянии симпатической нервной системы. Соматогении в данном случае проявлялись панико-фобическими реакциями, были характерны состояния, связанные с повышенной возбудимостью (рассеянность, бессонница, истерии, раздражительность, тахикардия и боли в области сердца). Различные типы соматогений при КС требуют дифференцированного подхода в тактике ведения пациенток. Для женщин с симптоадреналовым КС и преобладанием панико-фобических реакций показано назначение седативных методов немедикаментозной терапии, в то время как для больных с тревожно-депрессивными состояниями, напротив, более обоснованной является психостимулирующая терапия. Назначение больным 2А подгруппы курса родоновых ванн и пайлер-терапии привело к увеличению ИВСР на 25%. В то же время назначение пациенткам 2В подгруппы сочетанного применения йодобромных ванн с магнитотерапией сопровождалось уменьшением ИВСР на 34%. После курса дифференцированной медицинской реабилитации женщины 2-ой группы отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение клинических проявлений соматогений, увеличение работоспособности. Эффективность предложенного дифференцированного подхода повысит качество жизни пациенток с КС.

---

*Лихобабина О.А., Коктышев И.В., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Смутьская Н.Г.*

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

## **ИНВАЛИДНОСТЬ – КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ**

В наше время проблема инвалидности остается болезненной для всех стран мира, как с точки зрения медицины, так и с социально-экономической стороны. Сегодня инвалидность является одним из важнейших медико-социальных критериев общественного здоровья. Актуальность данной проблемы во всем мире обусловлена ее масштабами и негативной динамикой, особенно за счет лиц трудоспособного возраста. Экономические последствия инвалидности населения огромны.

По данным статистики в РФ и в развитых странах мира динамика показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в связи с болезнями сердечно-сосудистой системы, болезнями органов дыхания имеет негативные тенденции, поскольку эти показатели удваиваются каждые десять лет.

По данным Республиканского управления статистики: около 10% инвалидов имеют

I группу, 32% – II группу, 58% – III группу инвалидности. Наиболее часто определяют II группу инвалидности (60-70% случаев), затем III (15-20%), а I группу устанавливают только примерно в 10-14% случаев. По возрасту впервые вышедшие на инвалидность распределяются следующим образом: 10-15% – лица пенсионного возраста, 85-90% – трудоспособное население.

В сельской местности несколько ниже доля общих заболеваний как причины инвалидности (около 80%) и выше доля инвалидов из числа военнослужащих (около 10%) и инвалидов с детства (около 7%). В Донецкой области на начало 2014 г. уровень инвалидности составил 610 сл. на 10 тыс. жителей, это каждый 16-17 житель региона – инвалид. Среди детей-инвалидов больше мальчиков – 58%. На начало 2014 г. уровень первичной инвалидности составил 21,3 сл. на 1000 детей. Темп прироста этого показателя за 10 лет составил 27%. Распределение инвалидов с детства по группам инвалидности в РФ и Украине выглядит следующим образом: I гр. – 3-4%, II гр. – 26-27%, III гр. – 70%.

Учитывая важность проблемы, предупреждение инвалидности должно стать национальным приоритетом. Таким образом, повышение роли государства, создание развитой сети учреждений по охране материнства и детства, развитие медико-генетической службы, интеграция здравоохранения и управленческими органами на региональном уровне, совершенствование подготовки кадров, усиление роли семьи и ответственности каждого члена общества за свое здоровье, отношение к здоровью как к главному достоянию – это всё необходимые условия для уменьшения негативных тенденций в здоровье женщин и детей, которые смогут улучшить качество потомства в третьем тысячелетии. В третьем тысячелетии население планеты должно осознать наличие инвалидов и необходимость создания для них нормальных условий жизни.

---

*Лихобабина О.А., Коктышева И.Н., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д.*

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

## **ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКА (ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ)**

Увеличение численности лиц пожилого и старческого 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.

В 2021 г. в Ленинском районе г. Донецка проживало 28 114 лиц пожилого возраста, а это 37,1% от взрослого населения (в 2020 г. – 25 151 чел. – 36,6%). На базе Центральной городской клинической больницы №6 имеется городской гериатрический центр на 60 коек, в который госпитализируются жители из всех районов города. В 2021 г. в нем было пролечено 261 человек, т.е. почти в 2 раза меньше, чем в 2020 г. – 443 чел. Количество лиц, имеющих льготы уменьшилось на 102 человека по сравнению с 2020 г., и составляет 1286 человек.

Оздоровлено в стационарных условиях в 2021 г. 1048 человек, а в 2020 г. – 1203. Охват стационарным лечением составил 99,1% от числа нуждавшихся. В 2021 г. в сравнении с 2020 г. незначительно увеличилось (на 115 человек) число пролеченных в стационарах на дому (3264 чел., а в 2020 г. – 3149 человек). Медицинскую помощь в условиях дневного стационара получили в 2021 г. 1184 человека, то есть 100% нуждавшихся, но это на 205 человек меньше, чем в 2020 г. Это, вероятно, связано с низкой обеспеченностью населения койко-местами в дневных стационарах.

Смертность лиц пожилого возраста по Ленинскому району г. Донецка в 2021 г. составила 1111 чел., (2020 г. – 713), что на 36% выше. Увеличение произошло, прежде всего, за счет увеличения смерт-

ности в стационарах (в 2020 г. – 198 случаев, в 2021 г. – 407) и на дому (в 2020 г. – 502 случаев, в 2021 г. – 676), а так же в других местах (в 2020 г. – 13 случаев, в 2021 г. – 28 случаев).

Необходимо отметить снижение первичной заболеваемости лиц пожилого возраста с острым нарушением мозгового кровообращения, ишемической болезни сердца, опорно-двигательного аппарата, количества случаев запущенной онкопатологии.

Учитывая, что основная нагрузка при медицинском обслуживании лиц пожилого возраста приходится на дневные стационары и стационары на дому, необходимо обратить особое внимание на техническое оснащение, укомплектованность кадрами и лекарственное обеспечение этих форм обслуживания.

---

*Лихолетов А.Н.*

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

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОКСОВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОМИНИРОВАНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Сочетание дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника с поражением тазобедренных суставов являются весьма актуальной медико-социальной проблемой из-за высокой частоты распространения.

Отечественные авторы описывают такую патологию коксовертбральным синдромом, а в зарубежных публикациях – «hip-spine» синдромом. Основной считается биомеханическая теория возникновения данной патологии, когда в развитии патологического процесса в системе «пояснично-крестцовый отдел позвоночника – таз – тазобедренные суставы» первично возникает проблема в одном из звеньев цепи, затем в дальнейшем вовлекаются все ее элементы и взаимоотношения друг друга.

Целью исследования явилось определение тактики лечения коксовертбрального синдрома у пациентов нейровертбралогического профиля. Выполнен анализ результатов лечения 93 пациентов с коксовертбральным синдромом. Из них мужчин было 35 (37,6%), женщин – 58 (62,4%). Возраст составил от 41 до 84 лет. На основании преобладания анатомо-функциональных изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, пациенты были распределены на 5 подгрупп (1 – пациенты с наличием сегментарной нестабильности, 2 – пациенты с дегенеративным сколиозом, 3 – пациенты со спондилолистезом, 4 – пациенты с передним (дисковым) стенозом позвоночного канала, 5 – пациенты с циркулярным стенозом позвоночного канала). Для оценки стадий коксартроза использовалась классификация Келлгрена и Лоуренса, характеризующая рентгенологические изменения при остеоартрозе.

Самыми многочисленными были пациенты из подгруппы со стенозом позвоночного канала: передний (дисковый) стеноз (13/14,0±3,6%) и концентрический (циркулярный) стеноз (41/44,0±5,1%), которые в основном определяли тяжесть вертебрального компонента и его доминирование в клинике коксовертбрального синдрома. Определено, что вторая стадия коксартроза в абсолютных цифрах оказалась самой встречающейся (34/36,6±5,0%). Основным видом оперативного лечения был трансфораминальный спондилодез, дополненный транспедикулярным остеосинтезом (34/36,6±5,0%), и классическая ламинэктомия с транспедикулярным остеосинтезом (14/15,1±3,7%). Эпидуральная блокада в поясничном отделе под радиологическим контролем выполнена у пациентов со стенозированием позвоночного канала (6/6,5±2,5%), когда оперативное вмешательство по разным причинам было отложено или не показано, а консервативное лечение не было эффективным.

Критериями выбора тактики лечения у больных с коксовертбральным синдромом считаем наличие неврологического дефицита, при его отсутствии – применение критериев преобладания суставного или вертебрального компонента, необходимость восстановления симметрии нагрузки на позвоночник, реакцию от выполненной блокады и курс консервативного лечения.

*Лихолетов А.Н.*

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ КОКСОВЕРТЕБРАЛЬНОМ СИНДРОМЕ**

Дегенеративно-дистрофические заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника в сочетании с поражением тазобедренных суставов являются актуальной медико-социальной проблемой из-за высокой частоты распространения. Отечественные авторы описывают данную патологию коксовертбральным синдромом, а в зарубежных публикациях – «hip-spine syndrome». Целью исследования явилось определение оперативной тактики лечения вертебральных проявлений при коксовертбральном синдроме. В период с 2010 по 2022 гг. в Республиканском травматологическом центре проведено проспективное исследование 93 пациентов, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении по поводу сочетанной дегенеративно-дистрофической коксовертбральной патологии с доминированием клинических признаков дегенеративных заболеваний позвоночника. Возраст пациентов составил 41-84 лет, среди которых женщины составили 58 (62,4%), а мужчины – 35 (37,6%) соответственно. С учетом вертебрального компонента коксовертбрального синдрома и анатомо-функциональных изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, пациенты распределены в 5 подгрупп (1 – пациенты с наличием сегментарной нестабильности, 2 – пациенты с дегенеративным сколиозом, 3 – пациенты со спондилолистезом, 4 – пациенты с передним (дисковым) стенозом позвоночного канала, 5 – пациенты с циркулярным стенозом позвоночного канала). Для оценки стадий коксартроза использовалась классификация Келлгрена и Лоуренса, характеризующая рентгенологические изменения при остеоартрозе. Неэффективность консервативного лечения и диагностика вертебральной патологии на амбулаторном этапе являлись показанием для госпитализации пациентов в нейрохирургическое отделение. В подгруппу 1 включено 5 пациентов (5,4±2,3%), в подгруппу 2 – 8 (8,6±2,9%), в подгруппу 3 – 26 (28,0±4,7%), в подгруппу 4 – 13 (14,0±3,6%) и в подгруппу 5 – 41 (44,0±5,1%) соответственно. Учитывая клинические проявления, стадийность заболевания, использовались пять типов операций: 1 – эпидуральная блокада; 2 – задний межтеловой спондилодез; 3 – декомпрессия в комплексе с транспедикулярным остеосинтезом; 4 – вертебропластика в комплексе с транспедикулярным остеосинтезом; 5 – трансфораминальный спондилодез в комплексе с транспедикулярным остеосинтезом. С учетом сагиттального и фронтального профиля лечение пациентов с коксовертбральным синдромом необходимо начинать с декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств на пояснично-крестцовом отделе позвоночника. При неэффективности курса консервативной терапии и отсутствии показаний для выполнения оперативного вмешательства возможно проведение эпидуральной блокады в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

---

*Ложкина Л.И.*

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

## **РОЛЬ СУБЪЕКТНОСТИ ПАЦИЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ КОМПАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Деактуализация патерналистской модели взаимодействия врача и пациента ставит перед медицинской психологией новые задачи – это необходимость разработки теоретико-методологических оснований рассмотрения лечебно-диагностического процесса как особого вида взаимодействия «врач-пациент», которое характеризуется разделением ответственности за результаты лечения, активном участии пациента, принятии им лечения, наличие установок на выздоровление, доверие к персоналу. С психологической точки зрения пациента необходимо рассматривать как полноценного субъект

лечебно-диагностического процесса. Субъектность человека занимает ключевую позицию в психологии. Феномен субъекта рассматривается в контексте двух основных характеристик. Во-первых, субъект – это устойчиво-динамическая целостная система психических явлений, организованная особым образом. Во-вторых, понимание субъекта всегда связаны с понятием активности. Адекватность субъективного отражения и эффективность поведения зависят от того, насколько качественно разрешаются противоречия между внутренними условиями и внешними обстоятельствами.

Экологичность среды позволяет выстраивать жизненную перспективу, оценивать внутренние и внешние ресурсы для достижения поставленной цели. Внезапные неуправляемые события разрушают привычную субъективную картину жизни, отражаясь на эмоциональном уровне в виде интенсивных негативных переживаний. К таким событиям можно отнести болезнь, которая приобретает свойство стрессора и создает особую социальную ситуацию функционирования, меняет уклад жизни человека, его социальные и межличностные отношения.

Рассматривая пациента как носителя субъективной реальности, стремящегося к гомеостазу между собой и окружающим, следует понимать, что болезнь – это объективный факт биографии человека, меняющий весь уклад его жизни и влияющий на его дальнейшее личностное развитие. Заболевание создает особую ситуацию развития человека и требует формирования новых стратегий совладающего поведения. На субъективном уровне болезнь отражается в виде особой системы отношений человека к своему заболеванию, включающей когнитивный и эмоциональный аспекты, порождающие определенное поведение.

В рамках изучения субъектности пациента и психологической стороны лечебно-диагностического процесса важным аспектом становится готовность пациента к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций. Готовность пациента следовать назначениям врача, неукоснительно выполнять рекомендации по изменению образа жизни, питания и т.п. получила название комплаентность (приверженность лечению).

С психологической точки зрения комплаенс необходимо рассматривать как психологический факт, детерминированный сложным ансамблем индивидуально – психологических (внутренних детерминант) и медико-социальных (внешних детерминант).

Анализ ситуации болезни с опорой на объективную информацию будет способствовать формированию комплаентного поведения. Степень осознания болезни и особенностей течения отражается на эмоциональном уровне в виде переживания. Негативная когнитивно-эмоциональная оценка будущего способствует развитию некомплаентного поведения. На сегодняшний день отсутствует целостная теоретико-методологическая модель понимания комплаенса как психологического феномена личности.

---

*Лопатина И.А., Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д.*

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

## **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ РАЙОНАХ ГОРОДА ДОНЕЦКА СОВРЕМЕННОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Общая инфекционная заболеваемость, включая острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп, по г. Донецку в 2021 г. составила 147 546 случаев – 15 804,9 на 100 тыс. населения (в 2020 г. – 134 094 случая, т.е. 14 203,9 на 100 тыс. населения) – рост на 10,1%. Отмечен рост заболеваемости ОРВИ на 20,4%, в то время как регистрация случаев заболеваемости ветряной оспой снизилась в 3,2 раза.

В сравнении с 2020 г. заболеваемость острыми кишечными заболеваниями снизилась на 12,3%. Заболеваемость сальмонеллезом в 2021 г. снизилась по сравнению с 2020 г. до 10,5 случаев на 100 тыс. населения. Все случаи заболевания не связаны между собой ни территориально, ни фактором передачи.

За 2021 г. заболеваемость вирусным гепатитом – 15,3 случая на 100 тыс. населения, т.е. снижение по сравнению с 2020 г. на 10,5%. Доля хронических гепатитов составляет 74,0%, парентеральных вирусных гепатитов – 22,0%, вирусного гепатита А – 4,0%.

Заболеваемость туберкулезом органов дыхания составила 21,3 случая на 100 тыс. населения, за 2020 г. – 30,7 на 100 тыс. населения, т.е., снижение по сравнению с 2020 г. на 30,6%.

За оказанием антирабической помощи в лечебно-профилактические учреждения обратилось 555 человек (453 человека – в 2020 г.). Назначено специфическое антирабическое лечение 176 пострадавшим. В 2021 г. зарегистрировано 2 случая очагов лабораторно подтвержденного бешенства у животных.

Однако, основной вид деятельности в 2021 году по эпидемиологическому отделу и санитарной службе в целом был направлен на борьбу с коронавирусной инфекцией. За период регистрации COVID-19 по Кировскому Межрайонному центру г. Донецка зарегистрировано 2 987 случаев данной инфекции, обследовано 303 очага организованных коллективов по месту работы заболевших с организацией противоэпидемических мероприятий и принятием мер к лицам, не соблюдающим правила по профилактике новой коронавирусной инфекции. На самоизоляцию как контактные лица отправлено более 16500 человек. Контрольные проверки по выполнению предложений проведены на 79% объектах, проведенных внепланово по эпидемиологическим показаниям. По итогам проведенного мониторинга внешней среды (полученных положительных результатов) проводился комплекс противоэпидемических мероприятий с расследованием причин отклонений и принятием мер административного воздействия и с повторным лабораторным контролем.

По результатам анализа санитарно-эпидемической ситуации на территории урбанизированного района г. Донецка за 2021 год на перспективу определены следующие задачи по обеспечению жесткого контроля:

- за качеством питьевой воды;
- за оборудованием площадок для временного хранения твердых бытовых отходов на территории жилого сектора в соответствии с требованиями санитарных правил;
- за организацией производственного лабораторного контроля состояния атмосферного воздуха, почвы и водоемов в зоне влияния предприятий-источников загрязнения;
- за источниками поставок крупных партий пищевых продуктов, особое внимание, уделив вопросам транспортировки, безопасности и качества на предприятиях пищевой промышленности, общественного и быстрого питания.

---

*Лопушков А.В., Попов А.С., Зюбина Е.Н., Туровец М.И., Арутюнов Г.Г., Воробьева А.А., Михин И.В.*

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

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТ-ЭРХПГ ПАНКРЕАТИТА**

Актуальность. В современной гепатопанкреатобилиарной хирургии эндоскопическое транспапиллярное вмешательство (ЭТПВ) является альтернативным малоинвазивным хирургическим лечением заболеваний желчного пузыря и желчных протоков, протоков поджелудочной железы. Острый пост-эрхпг панкреатит является грозным осложнением данного хирургического метода. Частота встречаемости постманипуляционного панкреатита достигает 40%. Таким образом вопрос выбора рациональных методов профилактики развития панкреатита после эндоскопических вмешательств остается недостаточно проработанным и требует дополнительного изучения.

Цель исследования. Разработка эффективного метода профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование результатов эндоскопического лечения 559 больных с патологией гепатопанкреатобилиарной зоны, которым ЭТПВ выполнено впервые. Все пациенты находились на стационарном лечении в клинике факультетской хирургии ВолГМУ с 2012 по 2022 год. В основную группу (n=298) включены больные, у которых



применялись различные способы дренирования общего желчного и главного панкреатического протоков: стентирование вирсунгова протока (СВП), назобилиарное дренирование (НБД), эндопротезирование холедоха (ЭХ). В контрольную группу (n=261) вошли больные, у которых не применялись вышеописанные методы дренирования.

Результаты. Исследование показало, что статистически значимого различия изучаемых групп по частоте развития пост-ЭРХПГ панкреатита не выявлено (ОШ 1,05 [95% ДИ: 0,63-1,76]). В основной группе острый панкреатит диагностирован в 12,4% (37/298), а в контрольной группе в 11,9% (31/261) наблюдений. В основной группе на частоту развития пост-ЭРХПГ панкреатита значительно влиял выбранный способ дренирования желче- и панкреатовыводящих протоков. В СВП-подгруппе это осложнение зарегистрировано в 5,6% (5/90), в НБД-подгруппе – в 20,4% (23/113), в ЭХ-подгруппе – в 7,7% (10/130) наблюдений. При этом в НБД-подгруппе частота развития пост-ЭРХПГ панкреатита была достоверно выше, по сравнению с пациентами, у которых применялись СВП (ОШ 0,23 [95% ДИ: 0,08-0,63]) и ЭХ (ОШ 0,33 [95% ДИ: 0,15-0,72]). Достоверное снижение (ОШ 0,55 [95% ДИ: 0,11-0,96]) этого осложнения выявлено у больных со СВП по сравнению с пациентами контрольной группы.

У больных обеих групп во время выполнения ЭТПВ применялись два вида обезболивания: «традиционная» премедикация с использованием наркотических анальгетиков и грудная эпидуральная анальгезия. У пациентов основной и контрольной групп, у которых применялась грудная эпидуральная анальгезия, наблюдалось достоверное снижение частоты развития пост-ЭРХПГ панкреатита (с 12,4% до 1,6% (p<0,01)) и (с 11,9% до 2,1% (p<0,01)), соответственно.

При сочетанном применении СВП или ЭХ и грудной эпидуральной анальгезии не зафиксировано ни одного случая развития этого осложнения.

Фатальные осложнения отмечены у больных контрольной группы в 1,5% (n=4), а у пациентов основной группы в 0,3% (n=1) наблюдений.

Заключение. Стентирование вирсунгова протока при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах приводит к достоверному снижению частоты развития острого послеоперационного панкреатита. Этот эффект, по-видимому, связан с профилактикой внутрипротоковой гипертензии, который признается пусковым механизмом развития этого осложнения. А выполнение СВП на фоне применения грудной эпидуральной анальгезии делает этот метод профилактики еще более эффективным.

---

*Лубенская О.А., Трошина Е.О.*

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

## **УРОВЕНЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ КОМБАТАНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИМПТОМОВ ПТСР**

Цель работы. Изучение уровня нервно-психического напряжения комбатантов Специальной военной операции в Донецкой Народной Республике в зависимости от наличия симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 36 военнослужащих мужского пола, средний возраст 34,2±0,89 лет. Диагноз ПТСР устанавливался путем клинико-психопатологического исследования, согласно критериям МКБ-10. В зависимости от наличия симптомов ПТСР были сформированы группы исследования: I группа (военнослужащие, имеющие симптомы ПТСР) – 15 человек (41,7%), II группа (военнослужащие без симптомов ПТСР) – 21 человек (58,3%). В исследовании использовались психодиагностический метод и метод математической обработки результатов. Для определения уровня нервно-психического напряжения была использована методика «Оценка нервно-психического напряжения» Т.А.Немчина. Математическая обработка проводилась при помощи пакета статистического анализа «MedStat». Для сравнения двух независимых выборок использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (p≤0.01).

Результаты и обсуждение. При определении результатов общего уровня нервно-психического напряжения по всей выборке было установлено, что он составляет  $63,3 \pm 15,9$ , что соответствует второй степени нервно-психического напряжения (НПН). У комбатантов, имеющих симптомы ПТСР, уровень нервно-психического напряжения был статистически достоверно выше ( $65 \pm 16,4$ ), чем у военнослужащих, не обнаруживающих симптомов ПТСР ( $58,3 \pm 13$ ) ( $U_{кр} > U_{эмп}$ ).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у военнослужащих с выявленными симптомами ПТСР регистрируется более высокий уровень нервно-психического напряжения. Однако обе группы респондентов показывают средние значения показателя, соответствующие второй степени НПН. Под нервно-психическим напряжением подразумевается состояние психики, которое обусловлено ожиданием неблагоприятного исхода событий, сопровождающееся чувством общего дискомфорта, переживанием тревоги, страха и включает в себя готовность взять ситуацию под контроль, предпринимать определенные действия. Умеренная нервно-психическая напряженность (вторая степень) характеризуется выраженным ощущением дискомфорта, наличием тревоги, при этом способностью действовать соответственно ситуации, что может быть обусловлено высокой степенью мотивации субъекта. Выявление у комбатантов симптомов ПТСР и определение уровня НПН, разработка и внедрение современных методов лечения и профилактики данных состояний являются одним из направлений научно-практической деятельности лаборатории психического здоровья Донецкого национального медицинского университета имени М.Горького.

*Луганский Д.Е., Калиниченко Ю.А.*

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

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ**

Актуальность. Среди проблем современной ортодонтии воспалительные процессы слизистых оболочек ротовой полости в период лечения зубочелюстных аномалий (ЗЧА) несъемной техникой занимают одно из ведущих мест. Гингивит является типичной реакцией воспаления слизистых оболочек в ответ на активизацию деятельности микрофлоры в зубном налете в результате применения брекет-систем, причем в составе местной микрофлоры преобладают анаэробы и актиномицеты, а также в ответ на механическое воздействие на зубочелюстной аппарат с возможным развитием пародонтита в последующем. Развитие воспалительного процесса, несомненно, обусловлено наличием хронических соматических заболеваний, влияющих на индивидуальную реактивность и защитные свойства слизистой оболочки полости рта пациента. Одним из значимых хронических заболеваний является ожирение (избыточная масса тела), распространенность которого в современной популяции подростков возросла в три раза за последние 10 лет. Фактор, объединяющий два заболевания – воспалительный процесс десен и ожирение/ избыточную массу тела – это хронический воспалительный процесс. Ожирение увеличивает восприимчивость к инфекционным агентам путем модуляции иммунного и воспалительного ответа.

Цель. Исходя из целесообразности включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий многокомпонентных бактериальных препаратов, целью настоящего исследования явилось изучение эффективности современного поливалентного бактериального лизата.

Материалы и методы. Бактериальные лизаты (БЛ) для орального применения представляют собой комплекс деактивированных микроорганизмов, наиболее часто являющихся этиологическими факторами поражения слизистой полости рта, миндалин. В состав традиционно включены *Lactobacillus acidophilus*, *helfeticus*, *lactis*, *fermentatum*; *Streptococcus pyogenus* (2 типа), *faecinum*, *faecalis*, *sanguinis*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*; *Fusiformis fusiformis*; *Candida albicans* и т.д. В исследование были включены 53 подростка в возрасте 12-15 лет с различными формами ЗЧА, получавшие лечение несъемной аппаратурой на фоне воспалительных заболеваний слизистой десен. В качестве группы сравнения использовали результаты здоровых детей,

без жалоб на состояние здоровья и признаков воспаления в полости рта (55 человек). Оценивали характеристики воспаления (пастозность десен, застойная гиперемия, кровоточивость), напряженность местного иммунитета. Длительность ортодонтического лечения диктовала необходимость программного применения препарата: 1 таблетка 1 раза в день (под язык до полного растворения) в течение 10 дней и последующим перерывом 20 дней, повторение курса в течение 3 месяцев (3 курса).

Результаты. При применении БЛ в основной группе пациентов не было отмечено каких-либо побочных реакций. Пациенты в большинстве случаев отмечали улучшение субъективных ощущений со стороны полости рта: исчезали неприятные вкусовые ощущения и запах изо рта, уменьшалось количество налета и отложений на языке и зубах. В основной группе на 3-й день приема препарата 85% пациентов отметили уменьшение болезненных ощущений и кровоточивости десен при гигиенических мероприятиях в полости рта. При осмотре: значительное уменьшение пастозности и отечности, ограничение и уменьшение зоны воспалительных изменений. Ретроспективный анализ результатов терапии через 3 месяца показал, что у 96% пациентов отмечались хорошие результаты лечения БЛ – исчезли болезненные проявления со стороны пораженных участков, значительно уменьшился дискомфорт при принятии пищи, в том числе раздражающих пищевых продуктов. Функциональные тесты состояния местного иммунитета (sIgA, подвижность ядер клеток буккального эпителия) вначале отражали гиперактивационный характер и напряжение систем иммунитета. После программной терапии БЛ была зафиксирована тенденция к нормализации измененных функциональных иммунологических параметров.

Выводы. Так

---

*Луговсков А.Д., Знагован С.Ю., Козикова О.А., Грищенко А.А., Зинченко К.В.*

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

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САМООЦЕНКИ (ОНЛАЙН-АНКЕТИРОВАНИЕ)**

Актуальность. Вопрос здоровья молодых людей, в частности студентов, в современном мире является одним из самых острых. Негативная динамика изменений в этой сфере за последние годы указывает на ряд проблем, связанных с организацией системы охраны здоровья студентов, а также с изменениями в их образе жизни (гиподинамия, особенности питания, цифровизация).

Целью исследования было проанализировать результаты самооценки состояния здоровья студентов, обучающихся на разных курсах в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» по результатам онлайн анкетирования. Материалы и методы. В работе использованы данные социологического анализа (анкетирование) с оценкой субъективного отношения студентов к личному здоровью, режиму труда и отдыха. В анкетировании приняло участие 690 студентов – из них 499 девушек, 191 юноша, в возрасте от 16 до 30 лет. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. В ходе нашего исследования было установлено, что 45,6% юношей и 32% девушек занимаются спортом от 1 до 3-х часов в день. В то же время, треть респондентов – в подавляющем большинстве это студенты 2 и 3 курсов (40%) – ведут малоподвижный образ жизни. По результатам исследования было выявлено, что 34,7% респондентов проводят на свежем воздухе менее одного часа в день, причем большинство из них студенты 2 курса. Составляющей полноценного образа жизни является сон, продолжительность которого для студентов в норме 7-8 часов. Большинство исследуемых (77% от общего числа анкетированных) указало, что спит менее 8 часов в сутки и это преимущественно студенты 1 и 2 курсов. Анализ обращаемости респондентов в лечебные учреждения показал, что чаще всего наши студенты обращаются в ЛПУ с симптомами ОРВИ (70% опрошенных). Около половины респондентов указало на наличие у них хронических заболеваний. Структура имеющейся хронической патологии среди опрошенных представлена следующим образом: патология органов зрения (12,9%), пищеварительного тракта (10,1%), сердечно-сосудистой системы (6,1%), респираторной си-

стемы (4,2%), опорно-двигательного аппарата (2,5%). По результатам анкетирования выявлено, что ежегодный медицинский осмотр проходит большинство респондентов (87%).

Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало показатели самооценки здоровья студентов ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ». Было выявлено, что студенты ЛГМУ имеют недостаточный уровень физической активности, нарушение режима сна и отдыха. Около половины респондентов отмечают в анамнезе хроническую патологию, преимущественно заболевания органов зрения и желудочно-кишечного тракта. В то же время, несмотря на наличие у респондентов хронических заболеваний, в программе всеобщей диспансеризации не участвуют 13,0% опрошенных. Полученные результаты исследования позволяют сделать выводы о современных тенденциях в вопросах здоровья молодёжи, а также могут быть использованы для оптимизации режима и структуры учебных занятий, разработки профилактических мероприятий направленных на увеличение охвата студентов диспансерным наблюдением, улучшение качества проводимых профилактических осмотров, формирование здорового образа жизни у студентов-медиков.

---

*Лукьяненко М.В., Донченко Л.В., Балякина Е.В., Захарова М.В., Головатенко Н.А.*

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т. Трубилина», г. Краснодар

## **ПИЩЕВЫЕ СВЕКЛОВИЧНЫЕ ВОЛОКНА КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ**

Одним из перспективных полисахаридов растительного происхождения в качестве иммуномодулятора, содержащего арабаны и галактаны, является арабиногалактан (АГ). Например, АГ, помимо указанных, проявляют также антигельминтные, антимикробные, митогенные, гастропротекторные, мембранотропные, антиоксидантные и комплексообразующие свойства (Масленникова М.С.). Наряду с этим, АГ стимулируют синтез короткоцепочечных жирных кислот, повышая устойчивость клеток толстой кишки к опухолевому росту и заболеваниям кишечника, что может быть связано с эмульгирующими и стабилизирующими свойствами, которые делают поверхность бактериальных клеток более чувствительными к его действию (Фомичев Ю.П. с соавт.).

Функциональные свойства АГ объясняются особенностью строения молекулы – сильным её разветвлением. АГ как пищевые волокна являются частью полисахаридов клеточной стенки и могут находиться в комплексе с другими нерастворимыми пищевыми волокнами. Так свекловичный жом содержит целый спектр пищевых волокон: пектиновые вещества, гемицеллюлозы, целлюлоза и лигнин. Пектиновые вещества представлены большей частью нерастворимым протопектином и невысоким содержанием водорастворимым пектином.

Ежегодно в Российской Федерации вырабатывается до 21-22 млн. тонн свекловичного жома в составе которого суммарно порядка 55% пектиновых веществ и гемицеллюлозы (ГЦ). При этом состав ГЦ представлен как арабанами, так галактанами. Мягкий гидролиз пектин-целлюлозного комплекса позволяет получить продукт – пищевые свекловичные волокна (ПСВ) с минимальной деструкцией целевых компонентов.

Пищевые свекловичные волокна могут быть использованы как биологически активная добавка к пище. Известна практика производства в промышленных масштабах кисломолочного напитка «Доктор Айболит» (ООО «Молочный вкус») с добавлением ПСВ. Производство и реализация продукта была организована в экологически неблагоприятном регионе – Челябинской области, был получен положительный отзыв от потребителей. Этот опыт полезен в том числе тем, что кисломолочный напиток можно рассматривать как продукт с симбиотическими свойствами – пищевые волокна выступают и как питательная среда для полезной микрофлоры.

ПСВ могут применяться как наполнители при производстве фруктовых начинок для мучных кондитерских изделий, способствуя снижению сахароёмкости изделий, что может оказывать заметное положительное влияние на углеводный обмен.

Известны рецепты мясных полуфабрикатов и колбасных изделий профилактической направленности с добавлением ПСВ.

К сожалению, экологическая нагрузка на население в последние годы увеличивается, что говорит о целесообразности расширения использования ПСВ в профилактике интоксикации тяжёлыми металлами, радионуклидами, нормализации углеводного обмена. Развитие же персонализированного и здорового питания двигаются в направлении адресной доставки целевых компонентов определённые точки (отделы) желудочно-кишечного тракта.

На перспективу наших исследований предусмотрено использование ПСВ в качестве матрицы для производства препаратов с точечной системой доставки биологически активных веществ (например, минеральных веществ), для профилактики анемии.

Таким образом, пищевые свекловичные волокна можно рассматривать как инструмент при профилактике интоксикаций токсичными веществами, нарушений углеводного обмена, анемий.

---

*Луфт В.М., Ланицкий А.В., Дубикайтис П.А., Сергеева А.М.*

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

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ ОРГАНИЗМА В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)**

ОНМК – заболевание, сопровождающееся развитием выраженного синдрома гиперкатаболизма-гиперметаболизма. Неадекватная потерям нутритивная поддержка приводит к быстро нарастающей трофической недостаточности, значительно ухудшающей прогноз.

Задачей данного исследования стала оценка выраженности катаболической реакции и энергетических затрат больных с ОНМК на разных сроках течения болезни. Для решения поставленной задачи было проведено ретроспективное исследование, в которое вошли 75 пациентов с диагнозом ОНМК, которые нуждались в проведении нутритивной поддержки и находились под наблюдением специалистов лаборатории клинического питания СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с ноября 2017 по август 2021 года. У 53 человек (70,6%) при поступлении было диагностировано ОНМК по ишемическому типу (ОНМКи), а у 22 пациентов (29,7%) – ОНМК по геморрагическому типу (ОНМКг).

Действительный расход энергии определялся методом непрямой калориметрии (метабологграф Qvark-RMR производства CosMed, Италия). Для оценки выраженности катаболической реакции и потребности больных в белке проводилось определение суточных потерь азота с последующим расчётом азотистого баланса.

Средние потери азота в абсолютных значениях, а также потери азота на кг массы тела были сопоставимы при обоих видах ОНМК и составили 19 г/сут (0,25 г/кг/сут), что соответствует 1,56 г/кг/сут белка.

Максимальные потери азота при обоих видах ОНМК приходятся на острый период в промежутке от 10 до 20 суток болезни и составляют в среднем 25 г/сут или 0,3 г/кг/сут, что соответствует 1,87 г/кг/сут белка. В раннем восстановительном периоде (более 21 суток болезни) потери азота снижаются до 16 г/сут (0,2 г/кг/сут), что соответствует 1,25 г/кг/сут белка.

При ОНМКг в острейшем периоде (1-10 сутки) действительный расход энергии составил 1860 ккал/сут (27 ккал/кг/сут), в остром периоде (10-21 сутки) – 1960 ккал/сут (25 ккал/кг/сут). В раннем восстановительном периоде (более 21 суток болезни) расход энергии увеличился до 2650 ккал/сут (31 ккал/кг/сут).

При ОНМКи средние энергозатраты в острейший период ОНМКи были несколько меньшими по сравнению с пациентами с ОНМКг и составили 1600 ккал/сут (24 ккал/кг/сут). С острым и ранним восстановительным периодом энергозатраты больных с ОНМКи составили 2100 ккал/сут (25 ккал/кг/сут).

Полученные данные целесообразно использовать при определении объёма необходимой нутритивной поддержки по энергии и белку у пациентов с ОНМК.

*Луфт В.М., Сергеева А.М., Тявокина Е.Ю., Лапицкий А.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИМЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА**

Актуальность:

Одной из значимых проблем при реалиментации больных с выраженным дефицитом массы тела является высокий риск развития синдрома возобновленного питания (рефидинг-синдрома) на фоне длительного периода неполного голодания.

Цель исследования:

Усовершенствование подходов к реалиментационной терапии больных с выраженным дефицитом массы тела.

Материалы и методы:

На базе СПб НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе обследована 81 пациентка с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18.5 кг/м<sup>2</sup>) в возрасте от 18 до 55 лет. Были изучены базальный расход энергии (непрямая калориметрия) и потери азота. Реалиментация больных осуществлялась с учетом риска развития рефидинг-синдрома и использованием различных вариантов нутриционной поддержки (частичный или полный сипинг, зондовое, парентеральное питание, а также смешанные варианты).

Результаты:

Необходимое энергетическое обеспечение пациентов с дефицитом массы тела в режиме стойко положительного энергетического баланса, обеспечивающего достижение прибавки массы тела 0,5-1 кг в неделю, должно составлять не менее 60 ккал/кг фактической или 40 ккал/кг идеальной массы тела в сутки. Для достижения положительного азотистого баланса рекомендуемое белковое обеспечение должно составлять 2,0-2,4 г/кг фактической массы тела в сутки с учетом необходимости обеспечения положительного азотистого баланса. Субстратное обеспечение подобных больных следует осуществлять в постепенно возрастающем объеме с достижением целевых значений по энергии и белку в зависимости от исходно выраженной гипотрофии на 5-10 сутки под контролем метаболического ответа организма на вводимые субстраты.

Выводы:

Предлагаемый алгоритм нутритивно-метаболической терапии больных с дефицитом массы тела, основанный на сочетанном применении различных видов нутриционной поддержки и современных питательных смесей, позволяет достигать ближайшей целевой задачи по восстановлению трофологического статуса.

---

*Луценко Ю.Г., Сычёва Д.Р.*

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

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Введение. Сахарный диабет (СД) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Многолетний недостаточный контроль гипергликемии приводит к большому количеству осложнений, связанных с поражением сосудов как мелкого, так и крупного калибра (микро- и макроангиопатии). Микроангиопатии обуславливают замедление репаративных процессов у больных синдромом диабетической стопы (СДС).

Цель работы. Оценить морфологические изменения и степень выраженности регенераторных процессов у больных синдромом диабетической стопы.

Материал и методы. Проведён сравнительный ретроспективный анализ гистологического материала, представленный тканью ран 36 больных СДС- первая, основная группа (20 пациентов) с при-

менением ультразвуковой кавитации (УЗ-кавитация) в комбинации с аторвастатином по 40-80 мг/сутки и урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) в дозировке 750-1750 мг/сутки в зависимости от массы тела. Вторая группа (контрольная) – с традиционным лечением (мази на водорастворимой основе – левомеколь, левосин, влажно-высыхающие повязки с водным раствором хлоргексидина), без применения методов физического воздействия на раневой дефект. Все пациенты находились на лечении в хирургическом отделении в ГБУ «ЦГКБ № 9» г. Донецка в период с 2020 по 2021гг. Больных женского пола было 20 (55,6%), мужского-16 ( 44,4%) человека. Средний возраст больных составил 63,5 ± 7,3 года. Объём поражения тканей стопы варьировал от II до IV степени по классификации Wagner. Продолжительность заболевания СД составила 7,3 ± 4,2 года. Биопсийный материал был представлен тканью ран пациентов СДС-он был фиксирован в 10% нейтральном растворе формалина, залит в парафиновые блоки. Гистологические срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином-эозином.

Результаты и их обсуждения. По результатам морфологического исследования было установлено, что различные проявления микроваскулярной патологии преобладали у пациентов контрольной группы. Нейтрофильная инфильтрация сетчатого и сосочкового слоёв дермы была более выражена у пациентов контрольной группы- в 10 случаях выраженный процесс, в основной группе-в одном случае. У пациентов основной группы определялась выраженная макрофагальная инфильтрация в 18 случаях, в то время как в контрольной группе только в 9 случаях. Также у пациентов основной группы было большее количество активных грануляций ( в 18 случаях), наблюдалась усиленная васкуляризация грануляционной ткани ( в 11 случаях больше половины объёма занимали множественные, тонкостенные капилляры), в 18 случаях отмечалось появление фибробластов (больше половины поля зрения). У пациентов контрольной группы появление активных грануляций было менее выражено (в 12 случаях), только в 10 случаях 1/3 часть грануляционной ткани была васкуляризирована, было снижено количество активных фибробластов ( в двух случаях занимали 1/2 поля зрения). Краевая начальная эпителизация ран была лучше выражена в биопсийном материале пациентов основной группы-в 18 случаях высокая степень активности, в контрольной группе- в 12 случаях средняя степень выраженности.

Выводы. Особенности изученной морфологической картины позволяют говорить о преобладании пролиферативных процессов над альтеративными у пациентов основной группы. УЗ-кавитация в сочетании с применением статинов, УДХК стимулирует и ускоряет процесс репаративной регенерации в тканях ран пациентов СДС. Также сочетанное использование данных методов улучшает васкуляризацию грануляционной ткани, активирует фибробласты, что является важным патогенетическим звеном для дальнейшего формирования рубца на месте раневого дефекта.

---

*Луценко Ю.Г.*

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

## **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ**

Актуальность проблемы. Одним из тяжелейших осложнений сахарного диабета (СД) является поражение нижних конечностей, приводящее к развитию гнойно-некротических процессов на стопе у 6-15% больных. Перспективным направлением местного хирургического лечения язвенно-некротических осложнений у больных диабетической стопой (ДС) является применение низкочастотного ультразвука.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных диабетической стопой путем применения ультразвуковой кавитации.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 45 пациентов ДС, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУ «ЦГКБ№9» г.Донецка в период 2018-2020гг. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе (25 пациентов) в качестве дополнительного метода лечения использовали ультразвуковую кавитацию (УЗК) по общепринятой методике. Контроль-

ная группа (2-я) была представлена 20 больными, местное лечение которых состояло из ежедневных перевязок с антисептиками и мазями.

Во всех случаях осуществляли бактериологическое исследование раневого отделяемого для определения характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Результаты исследования. Бактериологическое исследование выявило смешанную микрофлору в 45%, моноинфекцию – в 51,3%, в 3,7% роста нет. Отмечалась высокая контаминация ран – 1010-1012 микроорганизмов в 1 г ткани. В результате хирургического лечения, заключавшегося в санации гнойных очагов, удавалось достигнуть уменьшения микробной контаминации, однако, учитывая невозможность первично-радикальной операции, требовалось продолжение антибактериальной терапии и интенсификации местного лечения. УЗК приводила к более быстрому переходу воспалительной фазы в репаративную на 6-7-е сутки, появлялась краевая и островковая эпителизация к 10-12-му дню, уменьшалась площадь раны. При цитологическом исследовании после 2 сеансов отмечено преобладание нейтрофильных лейкоцитов с нормальной структурой ядра и цитоплазмы, активной полибластической и фибробластической реакцией клеточных элементов соединительной ткани. После 2 сеансов УЗК снижалась бактериальная контаминация, в среднем с 1012-1011 до 106-107 КОЕ. В контрольной группе пациентов отмечено более длительное течение фазы воспаления – на 4-5 дней. В цитограмме отмечено более позднее появление клеток, характерных для фазы пролиферации и дифференциации.

Заключение. Методика УЗК обладает рядом преимуществ: минимально-инвазивная обработка раны (щадящая ультразвуковая некрэктомия); глубокая дезинфекция раны; снижение экссудации; безболезненность обработки; отсутствие местного раздражающего действия; минимальное время на обработку (30-60 сек/см<sup>2</sup>); во время перевязок помогает подготовить раны к раннему закрытию. УЗК в комплексном лечении больных ДС является эффективным дополнением к имеющимся способам местного лечения ран.

---

*Луценко Ю.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцив А.Б.*

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

## **РОЛЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом во всем мире обозначил эту проблему как одну из самых актуальных не только в медицинском, но и в социальном плане. Плохой гликемический контроль либо его отсутствие, сопутствующая нейропатия, заболевания периферических сосудов приводят к наиболее частому осложнению – синдрому диабетической стопы (СДС), которым страдает от 9,1 до 26,1 миллиона человек во всем мире. В процессе лечения СДС клиницист неизбежно сталкивается с труднозаживающими язвами: раневая поверхность не реагирует на лечение, либо демонстрирует угасание процесса заживления после некоторого успеха лечения, что может быть связано с бактериальной колонизацией, повышенной активностью протеаз или увеличением маркеров воспаления в раневом ложе

Целью нашей работы уточнить роль озонотерапии в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положен клинический материал обследования и комплексного лечения 60 больных с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета, выполненной в клинике хирургии ФИПО. Возраст больных от 35 до 72 лет мужчин – 26, женщин – 34, длительность диабета от 6 месяцев до 20 лет. Всем больным кроме общеклинических исследований, определяли уровень гликемии, проводили реовазографию. Измерение объемного кровотока проводили на аппарате LOGIQ 5 EXPERT как в день поступления так и через 4-5 дней после поступления. Все больные были разделены на 2 группы: основная группа – 34 больных, которые наряду с традиционной терапией в комплексном лечении получали сахароснижающий препарат Гликлазид (Диабетон MR 60 по 2 таблетки утром перед едой), а дополнительно внутри-



венно вводили 200 мл озонированный физиологический раствор хлорида натрия при концентрации озона 4,8 мг/л, количество процедур – 8. Для проведения озонотерапии (ОТ) использовали аппарат «ОЗОНУМ-80», и группа сравнения – 26, которые получали традиционную терапию.

Результаты и обсуждение. После лечения при цветовом доплеровском картировании увеличилась интенсивность цветовой картограммы, увеличилась линейная скорость кровотока, увеличилась резистентность стенки сосуда, усилился объемный кровоток на 60%. В контрольной группе больных, которым проводилось комплексное лечение у 7 (20,6%) объем кровотока остался на исходном уровне. У 15 больных (44,1%) имело место незначительное улучшение объема кровотока, тогда как у 14 больных (35,3%) имело место значительное улучшение объема кровотока. В основной группе больных, принимавших комплексное лечение с озонотерапией и препаратом Гликлазид, у 4 больных (11,8%) объем кровотока оказался без динамики. У 11 больных (32,3%) имело место незначительное улучшение объема кровотока и у 19 больных (55,9%) имело место значительное улучшение объема кровотока, причем, улучшение кровотока отмечалось практически с первых дней лечения. Добавление к проводимой инсулинотерапии сахароснижающего препарата Гликлазид и ОТ улучшило гликемические показатели пациентов. Следует отметить, что в основной группе сахар крови натощак составил 6,3 мм/л и через 2 часа после еды – 9,2 мм/л, что позволило снизить количество вводимого пациентам инсулина в среднем на 8,5 ед по сравнению с первой группой. Средние сроки лечения составили 20,4±2,1 койко – дней.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности комплексного лечения синдрома диабетической стопы, включающего Диабетон MR и внутривенную озонотерапию, по сравнению с общепринятой терапией: значительное увеличение с объема кровотока с 38,8% до 55,9%.

*Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В., Шаймурзин М.Р.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ГБОУЗ «КОЛЬСКАЯ ЦРБ», г. Кола

## **НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ**

Задачей явилось исследование некоторых составляющих когнитивных функций (КФ) у лиц, подверженных действию хронического психоэмоционального стресса (ХПЭС).

Обследовано 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) в возрасте от 19 до 63 лет. В зависимости от возраста и стажа работы (СР), который выступал в качестве меры длительности действия ХПЭС, ММЛ были разделены на 5 групп. В качестве группы сравнения (ГС) обследовали 100 практически здоровых добровольца, которые были распределены на 5 групп, идентичных по возрастным параметрам ММЛ.

Всем участникам исследования проводили нейропсихологические исследования с количественной оценкой результатов, включая использование методики «Таблицы Шульте» в количестве 5 с расчетом эффективности работы (ЭР); таблицы Ф. Горбова с определением времени задержки (ВЗ); корректурной пробы (тест Бурдона) с учетом времени выполнения задания, количества совершенных ошибок (пропусков) по каждой части и всему заданию, расчётом показателя (коэффициента) точности работы – Т, продуктивности – Е, концентрации внимания – К(%), качества работы – R(%), скорости работы – А. Выбор методик обусловлен особенностями профессии ММЛ.

Анализ времени, затраченного на выполнения задания «Таблицы Шульте» свидетельствует, что с длительностью действия стресса увеличивается время выполнения задания. Наиболее существенные различия зафиксированы между 5 группами ММЛ и ГС ( $p < 0,0001$ ).

Аналогичные результаты получены по методике Ф. Грובה. Время, затраченное на выполнение задания увеличивалось пропорционально длительности пребывания в условиях ХПЭС и приняло статистически значимый характер, начиная с гр.4 ( $p < 0,01$ ). Помимо функции внимания методика Ф.

Горбова продемонстрировала снижением процессов переключения внимания у ММЛ. Время задержки в группе гр.5 ММЛ приобрело статистическую значимость ( $p=0,0014$ ).

В корректурной пробе Бурдона коэффициент Т в начале исследования был статистически значимо выше у ММЛ ( $p<0,0001$ ), однако в гр.4 и гр.5 он был ниже значений в ГС (соответственно  $p=0,0032$  и  $p<0,0001$ ). Аналогичная ситуация была и с другими расчетными коэффициентами: Е, R и А.

Проведенные нейропсихологические исследования свидетельствуют о негативном влиянии ХПЭС на когнитивные функции, в частности, на составляющую внимания у ММЛ, что наблюдается уже после 8-10 лет пребывания в условиях действия ХПЭС. Для выявления указанных нарушений целесообразно применять методы нейропсихологического тестирования.

---

*Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Беседин И.Е., Мельник К.В., Прохожаева Е.Д., Бояр О.А.*

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

## **ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИЕРСИНИОЗУ И ПУТИ ЕЕ СТАБИЛИЗАЦИИ В Г. ДОНЕЦКЕ**

**Цель:** Охарактеризовать и подчеркнуть основные аспекты развития эпидемиологического процесса иерсиниоза среди населения г. Донецка, определить ведущие пути профилактики данной инфекции в регионе.

**Материал и методы:** Проведена эпидемиологическая оценка данных отчетов по заболеваемости иерсиниозом среди населения города Донецка, согласно предоставленных материалов Донецкого городского центра Республиканского центра санэпиднадзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. **Результаты:** Иерсиниоз – это острая кишечная инфекция, которая передается от животных к человеку и сопровождается целым рядом токсических и аллергических проявлений, Характерной чертой данной инфекции является полиорганное поражение систем организма человека и смазанное клиническое течение, что очень затрудняет ее своевременную диагностику и лечение. Данная патология вызывается особой бактерией – иерсинией (*Yersinia enterocolitica*), которая крайне устойчива к воздействию внешних факторов. Носителями микроба выступают в основном грызуны, домашний скот, собаки, домовые мыши и крысы. Люди могут заражаться при употреблении продуктов животного происхождения или зерна, зараженного испражнениями грызунов, а также употребляя воду, содержащую иерсинии, т.е. алиментарным и водным путём. Не исключается и контактно-бытовой путь передачи инфекции – от человека к человеку через общую посуду, при несоблюдении элементарных правил гигиены.

За 12 месяцев 2021г. было зарегистрировано 14 больных иерсиниозом, 100,0% заболеваемости представлено серологически подтвержденными случаями. Из них лаборатории «Биолайн» подтверждено 92,86% случаев, в 1 случае диагноз подтвержден в лаборатории особо опасных инфекций Республиканского центра санэпиднадзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Групповых и семейных случаев иерсиниоза не было. Уровень заболеваемости был в 2,8 раза ниже 2020 г. Привозных случаев не зарегистрировано. Продукты питания, ставшие фактором передачи, преимущественно приобретались на различных рынках города у частных лиц. Следовательно, алиментарный фактор остается ведущим в развитии и распространении иерсиниоза среди населения г. Донецка, что подтверждает этиопатогенетические механизмы данного заболевания.

**Заключение:** Для предотвращения распространения и развития иерсиниоза у населения города Донецка необходимо соблюдение и модернизация целого ряда профилактических мероприятий. Требуется усиление санитарно-эпидемиологического режима в процессе хранения, производства и реализации пищевых продуктов, ужесточение текущего и предупредительного санитарного надзора за пищевыми предприятиями и заведениями общественного питания. Кроме того, необходим контроль своевременного прохождения и качественного проведения медицинских осмотров персонала данных объектов и соблюдение ими правил личной гигиены – так же, как и самим населением. Более тща-

тельное проведение дератизационных мероприятий в частных владениях и подвалах жилых домов, жесткий контроль за качеством питьевой воды, как поступающей централизованно, так и фасованной – также представляются очень важными в борьбе с распространением иерсиниозов.

*Лыгина Ю.А.*

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

## **КОНЦЕНТРАЦИИ IGE И ИНТЕРЛЕЙКИНА-5 У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ К АЛЛЕРГЕНАМ ЛИМОНА**

Патогенез аллергических заболеваний, в том числе пищевой аллергии тесно связан с рядом цитокинов. Важное значение среди них имеет интерлейкин-5 (ИЛ-5). Работы, посвященные исследованию корреляционных связей концентраций ИЛ-5 и общего IgE в сыворотке крови пациентов с различными аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма и др.), немногочисленны и противоречивы, а данные об ассоциациях уровней ИЛ-5 и специфических IgE (sIgE) к различным пищевым аллергенам, в мировой литературе единичны. Лимон, наряду с другими цитрусовыми, входит в число значимых пищевых аллергенов, однако, исследования наличия корреляций ИЛ-5 и sIgE к лимону в доступных нам источниках отсутствуют.

Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования было изучение связей концентраций ИЛ-5 с общим IgE и специфическими IgE к лимону у лиц, страдающих различными проявлениями пищевой аллергии (ПА).

Нами были исследованы сыворотки крови 116 детей с различными проявлениями ПА на момент осмотра или в анамнезе. Кожные симптомы (атопический дерматит, крапивница) зарегистрированы у 66 детей, респираторные (бронхиальная астма, аллергический риноконъюнктивит) – у 10, кожные в сочетании с респираторными – у 40 детей. У всех обследованных определены концентрации общего IgE и sIgE к лимону, ИЛ-5 с помощью высокочувствительных иммуноферментных тест-систем, разработанных сотрудниками ООО «Укрмедсервис». Проведен корреляционный анализ, направленный на определение связи между значениями ИЛ-5, общего и специфических IgE-антител к лимону. В связи с непараметрическим характером распределения выборок использовался метод Кендалла. Коэффициенты ранговой корреляции Кендалла (tau) были рассчитаны попарно для всех исследуемых показателей.

Установлено, что средние уровни интерлейкина-5 у обследованных детей составили  $14,5 \pm 1,22$  пг/мл, общего IgE –  $441,6 \pm 39,77$  МЕ/мл, sIgE к лимону –  $0,37 \pm 0,11$  МЕ/мл. Были определены достоверные, статистически значимые слабые прямые связи между уровнями ИЛ-5 и общим IgE, ИЛ-5 и sIgE к лимону, общего и sIgE к лимону в сыворотках крови детей общей группы, включавшей всех обследованных. Вместе с тем, в группе пациентов (40 человек), имеющих сочетанные проявления ПА (наличие одновременно кожных и респираторных симптомов) достоверная ( $p < 0,05$ ) статистически значимая прямая связь имела лишь между ИЛ-5 и общим IgE. Следует отметить, что среди пациентов с респираторными симптомами ПА (10 человек), отмечалось наличие достоверной ассоциации средней силы только между общим IgE и sIgE к лимону.

Наличие положительных корреляционных связей между уровнями ИЛ-5 и общего IgE, ИЛ-5 и специфических IgE у лиц с клиническими проявлениями ПА может объясняться тем, что ИЛ-5, помимо поддержки пролиферации и дифференциации В-лимфоцитов, участвует в процессах биосинтеза иммуноглобулинов, в том числе IgE, значительно усиливая их продукцию. Следует также отметить, что наличие хронического воспаления в участках кожного поражения при атопическом дерматите связывают с увеличением синтеза ИЛ-5 и эозинофильной инфильтрацией.

Таким образом, в результате проведенного исследования нами выявлены достоверные, прямые корреляционные связи различной силы ИЛ-5 с общим и специфическими IgE к лимону. Установлены статистически значимые прямые связи общего IgE с sIgE к лимону у детей, страдающих различными клиническими проявлениями пищевой аллергии, в том числе, атопическим дерматитом. Полученные

результаты свидетельствуют о совместном, однонаправленном участии цитокинов в механизмах регуляции иммунопатологических состояний, связанных с проявлениями атопического дерматита.

*Лыгина Ю.А., Бояр О.А., Ващенко А.В., Андреев Р.Н., Толстюк В.И.*

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

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЯМБЛИОЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Лямблиоз (жиардиаз) широко распространен во всем мире и представляет собой одну из актуальных медицинских проблем. Всемирная организация здравоохранения сообщает о ежегодной регистрации до 280 млн случаев лямблиоза, в развивающихся странах распространенность инвазии лямблиями может достигать 70-80%. При этом, наиболее подвержены риску заболевания данным протозоозом дети, показатель инвазированности которых составляет 355 на 100 тыс. детского населения (до 70% – в возрасте до 14 лет). Часто заболевание лямблиозом протекает скрыто и бессимптомно, либо имитирует симптомы различных гастроэнтерологических патологий, как инфекционного, так и неинфекционного характера. Кроме того, данная инвазия может сопровождаться аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, крапивница). Основной путь передачи лямблиоза – водный, человек заражается при употреблении некачественной воды, нарушении санитарно-гигиенического режима, раннем переводе детей на искусственное вскармливание. В сложившейся на территории Донецкой Народной Республики (далее – ДНР) социально-экологической ситуации, сопровождающейся перебоями с водоснабжением, исследование эпидемического процесса лямблиоза является особенно актуальным.

Целью исследования является изучение распространенности лямблиоза среди населения ДНР. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости лямблиозом за 6 месяцев 2022 г. и за аналогичный период 2021 г. по материалам официальной регистрации отделения медицинской паразитологии Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Статистический анализ полученных данных проводился средствами пакета программ «Statistica 10.1».

На современном этапе лямблиоз является наиболее распространенным заболеванием из протозоозов на территории ДНР. В текущем году отмечается снижение показателя заболеваемости населения лямблиозом в 2,7 раза, однако, на отдельных административных территориях зарегистрировано превышение среднереспубликанского показателя (гг. Горловка, Дебальцево, Макеевка, Торез, Харцызск, Новоазовский район). В Тельмановском, Амвросиевском, Старобешевском, Шахтерском и Ясиноватском районах отсутствует выявляемость инвазированных лямблиозом как в паразитологических лабораториях территориальных центров санитарно-эпидемиологического надзора, так и в клинико-диагностических лабораториях учреждений здравоохранения. Заболеваемость детей данным протозоозом также снизилась в 4,4 раза в сравнении с аналогичным периодом 2021 года. Наиболее поражаемой группой населения являются дети, посещающие организованные коллективы (дошкольные и школьные детские учреждения). Показатель выявляемости заболевания среди организованных детей снизился в 4,9 раза, что может быть связано с низким посещением дошкольных и школьных учреждений из-за продолжающихся военных действий и эвакуации детского населения.

Таким образом, эпидемическая ситуация по инвазированности лямблиозом в ДНР в настоящее время остается неустойчивой, несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости данным протозоозом, в том числе среди детей. Для проведения эффективной профилактической и противоэпидемической работы необходимо своевременное выявление зараженных лямблиями, что включает повышение настороженности относительно данной инвазии у медицинских работников (в частности, педиатров, терапевтов, гастроэнтерологов, аллергологов и др.), обеспечение населения качественной водой и повышение санитарно-гигиенической грамотности среди детей и взрослого населения.

*Лычак В.В., Кузель М.А.*

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Актуальность. Современный Донбасс это глубоко индустриальный и широко промышленно развитый русскоязычный многонациональный регион, расположенный в западной части России. В настоящее время Донбасс находится в состоянии экономической и социальной депрессии, вызванной военно-политической ситуацией. Такое состояние активно формирует в обществе ситуацию выраженного общего или частного валеологического риска.

Цель исследования. Изучение распространения болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани среди всего взрослого населения Донбасса.

Материалы и методы. В разработку попало население, проживавшее в Донецкой Народной Республике (ДНР) в течение 2012-2021 годов. Анализ заболеваемости проведен среди взрослого населения. Изучались уровень, структура и динамика болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, данные о заболеваемости по текущим медицинским осмотрам и по обращаемости населения за медицинской помощью больных в городские больницы ДНР. Использовались материалы статистических сборников Республиканского Центра организации ЗО, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР.

Результаты исследования. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в настоящее время достаточно широко распространены среди населения ДНР. Распространенность достигает до 790-800 случаев на 10000 человек. Следовательно, население достаточно активно страдает болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. При изучении было установлено 220 первичных случаев заболеваний, что сформировало 920 случаев распространения болезней опорно-двигательного аппарата. При этом диагностировано 10 нозологических форм болезней. Частота возникновения болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани среди всего взрослого населения ДНР находится на достаточно высоком уровне. Так, первичные показатели располагаются в пределах 192,2 и 248,0 случаев на 10000 человек, а показатели распространенности значительно выше и составляют 761,5-102,0 случаев на 10000 человек. Причем, частота болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани не зависит от возраста и социальной принадлежности населения.

высокие показатели частоты возникновения первичных случаев для всего населения ДНР 298,0, а по распространенности 1032,0 случаев на 10000 человек. В тоже время среди взрослой части населения эти показатели болезней костно-мышечной системы значительно ниже и составляют 284,0 случаев по первичным показателям и 926,0 по частоте распространения этих болезней, что значительно ниже этих величин характерных для всех возрастных групп населения. Суммарный уровень заболеваемости населения ДНР болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани формируют 9 нозологических групп болезней этого класса. Наиболее часто среди населения ДНР возникают болезни такого класса как дорсопатии и спондилопатии, занимая первое место среди взрослого населения ДНР с первичным показателем 120,6 случаев на 10000, а с показателем распространенности 269,1 случаев на 10000 человек. Второе место занимают артрозы. Наиболее часто возникают артрозы среди взрослого населения ДНР (64,5 случаев), а по распространенности болезней среди взрослого населения артрозы составляют 451,7 случаев на 10000 человек. Большая роль в формировании патологии населения ДНР болезнями костно-мышечной системы принадлежит деформирующим артрозам. Они широко распространены среди взрослого населения и составляют по первичным показателям среди взрослого населения 36,4 случаев, а по показателям распространенности 345,7 случаев на 10000 человек. Среди населения ДНР широко распространены дорсопатии и спондилопатии, их уровень находится в пределах 120,6 случаев на 10000 человек по первичным показателем и на уровне 269,1 случаев по показателям распространенности на 10000 населения. Кроме этих групп болезней среди населения ДНР распространены широко ревматоидные артропатии, солевые артропатии и подагрические артропатии.

Выводы: Наиболее широко распространены среди населения ДНР болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Среди болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани наиболее широко распространены дорсопатии и спондилопатии, артрозы, деформирующие артрозы, ревматоидные артриты и поражения межреберных дисков.

---

*Майлян Д.Э.*

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

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАЛИЧИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

**Введение.** Дефицит магния (Mg) ассоциирован с такими патогенетическими механизмами развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, как активность коагуляционного гемостаза и агрегации тромбоцитов, нейроэндокринная активация, регуляция тонуса и жесткости артериальной стенки, изменение активности системного воспаления и соотношения возбуждения-сокращения кардиомиоцитов. Таким образом прогнозирование риска дефицита Mg является важным у женщин постменопаузального возраста с артериальной гипертензией (АГ) и сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ).

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 140 женщин постменопаузального возраста с АГ и СНсФВ. У 72 по данным теста с ретенцией Mg был обнаружен дефицит макронутриента. Группы были равноценны ( $p > 0,05$ ) по показателям возраста, длительности менопаузы, АГ и симптомов СНсФВ. Проводился анализ жалоб пациентов, анамнеза заболевания и жизни, включая уточнение пищевых привычек и наличие вредных привычек, а также были проанализированы данные объективного осмотра пациентов. Выявления независимых предикторов дефицита Mg проводили методом логистической регрессии с бинарным исходом, используя программное обеспечение MedCalc 19.2 (MedCalc Software Ltd, Belgium).

**Результаты.** Было установлено, что вероятность дефицита Mg была выше (OR 7,41; 95%CI: 1,97 – 27,82;  $p = 0,003$ ) при применении тиазидных или петлевых диуретиков 2 раза в неделю и более. Также наличие в анамнезе двух и более беременностей и родов было ассоциировано с увеличением шанса наличия дефицита макронутриента в 8 раз (OR 8,21; 95%CI: 1,26-32,41;  $p = 0,031$ ) и избыточное (более 6 чайных ложек в сутки) потребление сахара – в 3,5 (OR 3,5; 95%CI: 1,22-9,98;  $p = 0,019$ ). В то же время, достаточное употребление зелени и бобовых (800 г в неделю) уменьшало вероятность выявления дефицита Mg на 90% (OR 0,10; 95%CI: 0,03-0,45;  $p = 0,003$ ), а ограничение потребления натрия – на 81% (OR 0,19; 95%CI: 0,07-0,51;  $p = 0,001$ ).

**Выводы.** Вероятность выявления дефицита Mg у женщин постменопаузального возраста с АГ и СНсФВ увеличивается при использовании диуретиков 2 и более раза в сутки, наличии в анамнезе двух и более беременностей, а также наличие в рационе избыточного количества сахара. В то же время, снижение вероятности недостатка макронутриента наблюдается при достаточном употреблении зелени и бобовых, а также на фоне сокращения потребления поваренной соли.

---

*Майлян Э.А., Жадан Е.С.*

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

## **ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ АНТИТЕЛ К САG-A АНТИГЕНУ HELICOBACTER PYLORI У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ**

*Helicobacter pylori* – грамотрицательная микроаэрофильная бактерия, широко распространенная в мире как среди детей, так и взрослых вне зависимости от расы, экономического и социального статус-

са ее носителя, а также географической зоны его проживания. Научные исследования, проведенные в различных регионах и странах мира, свидетельствуют о том, что хеликобактером поражено до 4,4 миллиарда человек. Несмотря на широкую распространенность микроорганизма в общей популяции, возможная связь *Helicobacter pylori* с остеопорозом у женщин в постменопаузе изучена недостаточно. К сожалению, потенциальный вклад возбудителя хеликобактериоза в повышенную резорбцию костей часто недооценивается и в клинической практике.

Цель исследования – изучить частоту регистрации антител к CagA антигену *Helicobacter pylori* у женщин с постменопаузальным остеопорозом.

Материалы и методы. Для изучения влияния хеликобактериоза на развитие остеопоротических нарушений было обследовано 520 женщин в постменопаузальном возрасте. Показатели (Ме [Q1; Q3]) возраста обследованных пациентов составили 62 [56; 68] года, а длительности постменопаузального периода – 13 [7; 20] лет. Всем женщинам выполняли денситометрию костной ткани методом ДEXA. В образцах сыворотки крови определяли суммарные антитела (IgA, IgM, IgG) к антигену CagA *Helicobacter pylori*.

Результаты и их обсуждения. С учетом результатов остеоденситометрии по значению T-критерия и согласно классификации Всемирной организации здравоохранения были выделены 3 группы женщин: с нормальной минеральной плотностью кости (n=135; 25,9%), остеопенией (n=234; 45,0%) и остеопорозом (n=151; 29,0%). В группе женщин с остеопорозом положительные результаты на суммарные антитела к антигену хеликобактера были зарегистрированы в 44 случаях, что соответствует 29,1%. Больные с остеопорозом существенно не отличались частотой обнаружения суммарных антител к антигену CagA *Helicobacter pylori* от контрольной группы и группы женщин в постменопаузе с остеопенией (29,1%, 20,0% и 20,9% соответственно; p=0,108).

Проведенный сравнительный анализ по частоте обнаружения серологического маркера к антигену CagA микроорганизма группы больных остеопорозом (n=151) с объединенной группой здоровых женщин и женщин с остеопенией (n=369) показал повышенную частоту выявления суммарных антител к возбудителю хеликобактериоза среди женщин, имеющих остеопороз (29,1% против 20,6%; p=0,049).

Выводы. Таким образом, проведенными исследованиями установлена повышенная частота инфицирования *Helicobacter pylori* женщин с постменопаузальным остеопорозом по сравнению с лицами, характеризующимися либо нормальным состоянием костной ткани, либо остеопенией (p=0,049). Результаты вышеизложенных исследований могут быть использованы при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в постменопаузальный период.

---

*Майлян Э.А., Костецкая Н.И., Лесниченко Д.А., Николенко О.Ю., Ткаченко К.Е.*

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА С СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

Вирусный гепатит С (ВГС) является одной из значимых проблем современной медицины. По официальным данным, в мире более 180 миллионов человек инфицированы этим вирусом. В связи с преимущественно скрытым течением, высокой уязвимостью отдельных социальных групп и низкой доступностью противовирусной терапии продолжается рост числа инфицированных. Что касается хронического гепатита С (ХГС), то он широко распространен во всем мире и является одной из важнейшей проблем здравоохранения многих стран.

Согласно расчетным данным ВОЗ, в мире насчитывается до 500 миллионов больных вирусным гепатитом С. Более половины инфицированных во всем мире – это лица молодого возраста от 18 до 39 лет. При выборочных исследованиях распространённости среди населения вирусного гепатита С установлено, что частота обнаружения антител к вирусу гепатита С среди клинически здоровых доноров в экономически развитых странах (Германия, Исландия, Италия, США, Франция, Япония)

составляет 0,5-2,2%. Выше указанный показатель в Москве составил 1,1-1,3%, в Кишенёве 5%, Ашгабате – 7,2%. Таким образом, HCV-инфекция относится к социально значимым заболеваниям.

Целью работы было определение доли инфицированных вирусным гепатитом С лиц в различных возрастных группах условно здорового населения Донецкой области.

Материалы и методы: За период 2020-2022 гг. исследовано 196 образцов крови, полученных от условно здоровых жителей Донецкой области. В исследование были включены лица в возрасте от 16 до 62 лет. От всех участников исследования было получено информированное согласие на проведение исследования, а также данные анкеты о факторах риска инфицирования ВГС (наличие татуировок, переливаний крови и хирургических вмешательств в анамнезе). Анти-ВГС определялись в ИФА с коммерческими тест-системами. В положительных по анти-ВГС образцах определяли РНК методом ПЦР в режиме реального времени. Генотип ВГС определяли на основании нуклеотидных последовательностей участков *core* и NS5B вирусного генома.

Результаты исследований: На момент сбора образцов сыворотки крови от условно здорового населения Донецкой области общая распространенность ВГС составила 2,1%. Основным контингентом инфицированных являются взрослые в возрасте 20-40 лет.

В образцах сыворотки крови с наличием антител к ВГС доля содержащих вирусную РНК образцов составила 42,5%.

Пиковые показатели РНК-ВГС были также выявлены в возрастной группе 20-40 лет.

1 генотип HCV имели 49,6% обследованных, 2-3 генотип выявлен у 45,2% пациентов, а у 5,2% обследованных генотип не определялся.

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют о высокой пораженности ВГС в возрастной группе от 20 до 40 лет. Однако общий уровень инфицированных ВГС коррелирует с общемировыми показателями.

Наиболее распространен 1 генотип ВГС, однако, количество инфицированных этим генотипом вируса несколько ниже, чем считалось ранее.

Таким образом, необходимо внести скрининговое обследование на ВГС в план профилактических осмотров групп населения Донецкой области, относящиеся к повышенному риску инфицирования гепатитом С. Для пациентов с положительными анти-ВГС необходимо определение вирусной нагрузки с обязательным генотипированием возбудителя. Это позволит выявить заболевание на ранних стадиях, правильно подобрать дозы препаратов для лечения, определить длительность терапии и ее ожидаемую эффективность.

---

*Майлян Э.А., Чурилов А.В., Джеломанова Е.С., Лесниченко Д.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **КОНЦЕНТРАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Патогенез ранних проявлений климактерического синдрома (КС), которые с различной степенью выраженности возникают у женщин в менопаузе с частотой до 80%, представляет собой сложный и многогранный комплекс изменений, обусловленный взаимосвязанными между собой различными механизмами. Возрастное снижение выработки 17 $\beta$ -эстрадиола нарушает функционирование некоторых гомеостатических механизмов, основанных на эстроген-зависимой экспрессии семейства белков теплового шока HSP70. Все это является причиной нарушения выживаемости и метаболизма нейронов головного мозга, их синаптической пластичности и мозгового кровотока. Следует отметить, что сниженная продукция HSP70 обуславливает состояние перманентного воспаления в тканях организма, которое приводит к состоянию клеточного старения и поддерживает воспаление за счет индукции провоспалительных цитокинов и потенцирования окислительного стресса. На роль воспаления в возникновении ранних симптомов КС указывают отдельные исследования, в которых пока-



зано повышение уровня провоспалительных цитокинов при приливах, депрессивных расстройствах, нарушениях сна.

Целью работы было исследование концентраций в сыворотке крови интерлейкинов (ИЛ) -1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8 у женщин в ранней постменопаузе с климактерическим синдромом.

При выполнении работы были проанализированы результаты обследования 328 женщин в ранней постменопаузе, возраст которых составил 48-57 лет. У 229 женщин по результатам опроса и клинического обследования было подтверждено наличие КС. Женщины заполняли анкету для оценки тяжести симптомов менопаузальных расстройств (шкала Грина) для оценки психосоциальной сферы, соматических симптомов, вазомоторных симптомов (ВМС) и сексуальной сферы. В сыворотке крови определяли концентрации ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8. На начальном этапе статистической обработки полученных данных было установлено, что характер распределения большинства исследуемых показателей отличался от нормального. В связи с этим, рассчитывали медиану (Me), интерквартильный размах (Q1-Q3). Для сравнения двух независимых выборок использовали тест Манна-Уитни. Силу связи показателей определяли с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs).

Установлено, что для женщин в ранней постменопаузе, страдающих климактерическим синдромом, характерно достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение сывороточных концентраций ИЛ-6 и ИЛ-8 на фоне отсутствия достоверных изменений ( $p > 0,05$ ) уровней ИЛ-1 $\beta$ . При проведении корреляционного анализа обнаружен ряд ассоциаций между значениями цитокинов и показателями шкалы Грина. Так, уровни ИЛ-8 демонстрируют достоверные положительные корреляции с тяжестью нарушения сна, выраженностью приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, тяжестью приливов, степенью ночной потливости, а также суммарной выраженностью нарушений психосоциальной сферы, вазомоторных симптомов и общей суммой баллов по шкале Грина ( $p < 0,05$ ). Для содержания ИЛ-6 характерны прямые связи с выраженностью чувства усталости или недостатка энергии, тяжестью приливов, степенью ночной потливости и суммарной тяжестью вазомоторных симптомов ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, для женщин в ранней постменопаузе с клиническими признаками климактерического синдрома характерно повышение концентраций в сыворотке крови интерлейкина-6 и интерлейкина-8 ( $p < 0,05$ ). Уровни вышеуказанных цитокинов имеют прямые корреляционные связи с выраженностью клинических проявлений климактерического синдрома (усталость или недостаток энергии, приливы, ночная потливость и др.). Полученные результаты необходимо использовать при назначении комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при климактерическом синдроме у женщин в ранней постменопаузе.

---

*Майлян Э.А., Чурилов А.В., Джеломанова Е.С., Лесниченко Д.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Постменопауза – неотъемлемая часть жизни любой женщины. Среднестатистическая женщина, переживающая естественную менопаузу, проведет не менее 30 лет в гипоэстрогенном состоянии с возможными симптоматическими и метаболическими осложнениями. Разнообразные симптомы климактерического синдрома (КС) возникают у женщин с частотой до 80%. Основной причиной климактерических симптомов является снижение уровня 17 $\beta$ -эстрадиола, что ведет к ухудшению выживаемости клеток головного мозга, нарушению метаболизма, синаптической пластичности, мозгового кровотока и т.д. Необходимо отметить, что уменьшение продукции эстрогенов у женщин может способствовать возникновению и развитию заболеваний щитовидной железы. Причем, патология щитовидной железы, такая как гипотиреоз, может иметь сходную симптоматику с клиникой КС. Усталость, умственная или физическая заторможенность, забывчивость, трудности с концентрацией внимания, а также нарушения настроения являются характеристиками обоих состояний. Следовательно, гипоти-

реоз может остаться незамеченным и, в то же время, усиливать тяжесть течения климактерического синдрома.

Целью работы было исследование концентрации эстрадиола, свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови у женщин раннего постменопаузального возраста с климактерическим синдромом, в том числе в зависимости от выраженности клинических проявлений.

Обследовано 302 женщины в возрасте от 48 до 57 лет в ранней постменопаузе. У 229 женщин был выявлен климактерический синдром. Оценка тяжести симптомов менопаузальных расстройств у женщин с подтвержденным климактерическим синдромом проводилась с помощью специального опросника (шкала Грина). В сыворотке крови обследованных определялись значения эстрадиола, свободного тироксина и тиреотропного гормона. Принимая во внимание, что характер распределения исследуемых показателей отличался от нормального, полученные результаты представляли в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха [Q1; Q3]. Сравнение двух независимых выборок осуществляли с помощью теста Манна-Уитни. Силу связи показателей определяли с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs). Статистически значимыми отличия принимали при  $p < 0,05$ .

Установлено, что климактерический синдром характеризуется тенденцией ( $p < 0,1$ ) к повышению сывороточного содержания тиреотропного гормона на фоне отсутствия достоверных изменений ( $p > 0,05$ ) уровней эстрадиола и свободного тироксина. У женщин с климактерическим синдромом обнаружена положительная корреляция между тяжестью течения климактерического синдрома по шкале Грина с содержанием в сыворотке крови тиреотропного гормона ( $rs = 0,254$ ;  $p < 0,05$ ). Уровень свободного тироксина отрицательно коррелирует с тяжестью нарушения сна, выраженностью чувства усталости или недостатка энергии, слабости в руках и ногах ( $p < 0,05$ ). Содержание тиреотропного гормона в сыворотке имеет положительную ассоциацию с такими симптомами как нарушения сна, приступы тревоги и паники, чувство усталости или недостатка энергии, чувство недовольства или депрессии, слабость в руках и ногах, ночная потливость, а также с суммарной оценкой кластеров психосоциальной сферы, соматических и вазомоторных симптомов ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, при климактерическом синдроме у женщин раннего постменопаузального возраста отсутствуют изменения уровней в сыворотке крови эстрадиола, свободного тироксина и тиреотропного гормона ( $p > 0,05$ ). Однако концентрации в сыворотке крови тиреотропного гормона и свободного тироксина имеют корреляционные связи с выраженностью клинических проявлений климактерического синдрома.

*Майстерчук Ю.С., Склянная Е.В.*

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

## **ПРЕПОДАВАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ИНСТРУКТОРОМ-СТУДЕНТОМ**

Цель: изучить возможность преподавания первой помощи инструктором-студентом.

Материалы и методы: Было проведено 2 занятия по обучению обучению базовой сердечно-легочной реанимации для 30 студентов 1-2 курсов ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Инструктор – студентка 3 курса Майстерчук Ю.С., сертифицированный преподаватель первой помощи (сертификат инструктора по основам преподавания первой помощи, полученный на Межрегиональном обучении инструкторов первой помощи, на базе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва).

Результаты исследования: В течение 2 часового занятия были изложены теоретические основы и отработаны практические навыки: техника выполнения непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких, выполнение алгоритма базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР), переворот пострадавшего/пациента в устойчивое боковое положение. Отработка практических навыков производилась в несколько этапов: 1) демонстрация практического навыка студентом-инструктором; 2) демонстрация, сопровождающаяся объяснением; 3) руководство действиями инструктора со стороны обучающегося; 4) самостоятельное выполнение навыка под контролем инструктора с коррекцией

точности выполнения навыка. Затем состоялось обсуждение действий в случаях эффективной и неэффективной СЛР, длительного времени ожидания бригады скорой медицинской помощи. К окончанию занятия, каждый из присутствующий студентов усвоил теоретический материал по теме занятия, закрепил его на практике, задал интересующие его вопросы.

Выводы: Преподавание инструктором-студентом возможно на практике. Положительными особенностями такого преподавания можно считать доверительную атмосферу на занятии, общение на одном языке, четкое понимание инструктором менталитета и потребностей обучаемых, отсутствие психологического барьера между обучаемыми и инструктором при возникновении вопросов.

---

*Макарова Т.П., Мельникова Ю.С., Давлиева Л.А., Юдина М.Л.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

### **АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, СЕМЕЙНАЯ ФОРМА: ИСТОРИЯ ОДНОЙ СЕМЬИ**

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – хроническое системное заболевание генетической природы, в основе которого лежит неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента, ведущая к генерализованному тромбообразованию в сосудах микроциркуляторного русла. Основным органом-мишенью микроангиопатического тромбообразования служат почки, однако, в ряде случаев возможна генерализация тромботической микроангиопатии (ТМА), приводящая к развитию полиорганной ишемии с картиной полиорганной недостаточности. В настоящее время известно свыше 400 мутаций генов, кодирующих белки комплемента. В 20% случаев диагностируются семейные формы аГУС. На долю мутаций гена C3 приходится от 4 до 10% случаев.

Представляем клиническое наблюдение, демонстрирующее развитие аГУС у трех членов семьи (отца и 2 детей). Возраст дебюта аГУС различался в пределах семьи. У отца дебют заболевания в 12 лет, а у детей – в грудном (у сына в 6 мес., дочери – в 7 мес.) возрасте. Особенностью течения болезни у всех членов семьи явилось развитие классического симптомокомплекса аГУС без экстраренальных симптомов. Тяжесть клинических проявлений различалась среди членов семьи: отец имел 3 эпизода активности комплемент-опосредованной ТМА, дочь – 1, а сын – 5. При этом у отца и дочери выраженность гематологических проявлений аГУС преобладала над выраженностью нефрологических. У сына только в первых 2 эпизодах тяжесть заболевания была обусловлена выраженностью гемолиза, преобладавшего над остальными симптомами ТМА, а при последующих рецидивах – развитием диализ-зависимой почечной недостаточности. Все члены семьи были плазмочувствительными. Проведение комплемент-блокирующей терапии (экулизумаб) у детей позволило достигнуть ремиссии аГУС с полным восстановлением функции почек. Клинический диагноз аГУС подкреплен результатами генетического исследования системы комплемента, идентифицировавшего мутацию гена C3-компонента комплемента (p.Ile1157Thr) у сына и дочери.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение демонстрирует развитие аГУСа у трех членов семьи, что свидетельствует об аутосомно-доминантном типе наследования заболевания. Учитывая, что у пациентов с аГУС наблюдается постоянная неконтролируемая активация комплемента, риск развития внезапных осложнений сохраняется на протяжении всей жизни, в связи с этим, таким пациентам рекомендуется долгосрочная терапия экулизумабом.

---

*Макарова Т.П., Мельникова Ю.С., Юдина М.Л.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

### **ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Гиперлипидемия остается одним из наименее изученных, но наиболее тяжелых признаков нефротического синдрома (НС) у детей, что в последующем способствует прогрессированию хронической

болезни почек вплоть до терминальной стадии хронической почечной недостаточности и развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: изучение липидного профиля у детей с нефротическим синдромом.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 70 историй болезней детей с нефротическим синдромом, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ». Возраст пациентов составил от 1 до 17 лет.

Результаты. Впервые диагностированный НС был выявлен у 17 человек (24,3%), рецидив НС – у 41 пациента (58,6%) и ремиссия НС – у 12 (17,1%) детей. Острый гломерулонефрит (ГН) с НС отмечался у 18 детей (25,7%), хронический ГН с НС – у 43 (61,4%), хронический ГН с НС, гематурией и гипертензией – у 9 (12,9%) пациентов. Вторичный НС выявлен у 3 детей, из них: НС на фоне системной красной волчанки – 2 человека, на фоне геморрагического васкулита – 1 пациент.

Анализ показателей липидного профиля крови детей с НС показал значительное повышение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов, атерогенных фракций липопротеидов (липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП)) и снижение содержания антиатерогенных липопротеидов высокой плотности независимо от возраста детей и длительности заболевания. Указанные изменения привели к достоверному увеличению коэффициента атерогенности, отражающего соотношение атерогенных и антиатерогенных фракций липопротеидов крови ( $p < 0,001$ ). Нами не было выявлено различий в содержании ОХС, триглицеридов и ЛПНП и ЛПОНП в зависимости от клинической формы НС. Но были выявлены различия в зависимости от стадии НС. Так, у детей с ремиссией НС повышение уровня ОХС отмечалось лишь у 25,7%, у пациентов с рецидивирующим НС ОХС повышался у 54,2%, из них в период развернутых клинических проявлений у 92,1%, в период стихания клинических проявлений у 7,9% пациентов.

Нефробиопсия проведена 24 пациентам и установлены следующие морфологические диагнозы: мембранопролиферативный гломерулонефрит у 8 человек, болезнь минимальных изменений у 5, фокально-сегментарный гломерулосклероз – 5 детей, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, капилляротоксический гломерулонефрит и IgM-нефропатия по 2 человека соответственно.

У всех детей с НС отмечена гипопропротеинемия и гипоальбуминемия, связанная с выраженной протеинурией. Протеинурия положительно коррелировала с уровнем ОХС крови ( $r = +0,72$ ) и ЛПНП ( $r = +0,69$ ). Сывороточный альбумин обратно коррелировал с ОХС в сыворотке ( $r = -0,47$ ) и ЛПНП ( $r = -0,46$ ). Также наблюдалась положительная корреляция между ОХС и ЛПНП ( $r = +0,92$ ) и ТГ ( $r = +0,85$ ).

Артериальная гипертензия выявлена у 43 (61,4%) пациентов.

Развитие хронической болезни почек первой и второй стадий отмечалось у 67,1% детей.

Выводы. Изучение липидного профиля у пациентов с НС выявило нарушение липидного спектра крови в пользу неблагоприятных в прогностическом плане атерогенных фракций. Это предрасполагает к повышенному риску атеросклероза и повреждению почек в будущем. Поэтому всем пациентам с НС необходим тщательный мониторинг показателей липидного профиля, долгосрочное наблюдение за пациентами, как во время ремиссии, так и во время рецидива НС, что позволит своевременно диагностировать и назначить коррекцию выявленных нарушений уже на ранних стадиях развития хронической болезни почек.

---

*Макеев Г.А., Яворская Л.В., Бутук Д.В., Ларичева Т.С.*

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

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПО РАЗДЕЛУ «ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ»**

Аннотация. Компьютерные цифровые технологии всё глубже проникает в обучение студентов и клинику ортопедической стоматологии. С каждым нововведением идёт вытеснение устаревших методов обучения студентов, диагностика и моделирования лечения основных стоматологических заболе-

ваний. В данном аспекте будущее ортопедической стоматологии видится в слиянии зуботехнического процесса с непосредственно приёмом пациента с применением технологии CAD/CAM. Для решения этих проблем в клинике ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории внедряются современные методы изготовления полных съёмных протезов с помощью CAD/CAM технологии, Cerec и др.

Ключевые слова: цифровые технологии CAD/CAM, полные съёмные протезы.

Цель работы. Обосновать повышение эффективности протезирования съёмными конструкциями протезов, изготовленными с помощью цифровых технологий.

Материалы и методы. Для изготовления неметаллических конструкций съёмных протезов следует использовать современны высокоточный метод, которым является CAD/CAM технологии. Cerec – 3 использует объёмное 3D – моделирование и последующее фрезерование монолитных съёмных протезов из полимерного материала. При этом используются такие функции: Репликация – зеркальное отображение, корреляция – фото модели и копирование её анатомической формы при моделировании на экране монитора. Изготовление съёмной конструкции полного пластиночного съёмного протеза проводится следующим образом:

Первое посещение. После определения высоты нижней трети лица:

Изготавливается двухфазный функциональный оттиски с беззубой челюсти.

Второе посещение. Припасовка регистрирующего шаблона в центральной окклюзии и изготовление монолитного пробного протеза из белого полимерного материала методом фрезерования стандартных заготовок конструкционных материалов.

Третье посещение. Корректировка точности прилегания протеза к протезному полю беззубой челюсти, проверка фиксации, окклюзии и эстетики. Окончательная фиксация на беззубой челюсти.

Результаты. Изготовленный полный съёмный протез по CAD/CAM технологии обладает следующими преимуществами по сравнению с общепринятой методикой изготовления полных съёмных протезов: 1. Преимущество с точки зрения материаловедение: А. Отсутствие усадки при полимеризации – точная фиксация полного съёмного протеза. Б. Внутренняя поверхность полного съёмного протеза, изготовления по CAD/CAM технологии более гладкая и нет необходимости полировки протеза – высокое качество поверхности протеза. В. Выделение остаточного мономера практически отсутствует при полимеризации исходного материала – нет токсического влияния остаточного мономера на ткани протезного ложа по сравнению с общепринятой методикой.

Выводы. CAD/CAM технологии при изготовлении полного съёмного протеза, предоставляют пациентам, зубным техникам и стоматологам целый ряд преимуществ по сравнению с традиционно изготавливаемыми полными съёмными протезами, что позволяет изготовить полный съёмный протез всего за три посещения, что является более эффективным.

---

*Максименко О.Л., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Масенко В.В.*

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

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Образование неразрывно связано с развитием общества в целом, поэтому широкое распространение информационно-коммуникационных технологий в обществе предполагает их внедрение и в образовательный процесс. В педагогической науке появилась новая отрасль – информатизация образования, под которой понимают организацию процесса обеспечения образования методологией, технологией и оптимального использования средств информационно-коммуникационных технологий, ориентированного на реализацию целей обучения, развития и воспитания обучающегося [1].

В последние годы наряду с понятием «дистанционное обучение», которое базируется на информационных технологиях, появился еще более яркий термин «e-Learning». По определению специалистов, «e-Learning – обучение с помощью Интернет и мультимедиа», т.е. использование новых техно-

логий для повышения качества обучения за счет улучшения доступа к ресурсам и сервисам, а также удаленного обмена знаниями и работы [2].

К несомненным достоинствам e-Learning можно отнести возможность студента самому выбирать последовательность и продолжительность изучения материала, работать с материалами в удобное для себя время и в удобном месте, а преподавателю электронные курсы позволяют своевременно и оперативно обновлять учебные материалы. Наиболее эффективными информационными образовательными технологиями в учебном процессе студентов являются: использование обучающих компьютерных программ, тестов и профессионально-ориентированных ситуационных задач, мультимедийных слайд-фильмов, а также самостоятельное изучение тем, отраженных в программе, но не рассмотренных в аудиторных занятиях, с применением интерактивных электронных учебных пособий и других ресурсов электронной библиотечной системы.

Таким образом, информатизация образования совершенно необходима, и процесс этот уже необратим. Но новые образовательные технологии должны не заменять, а дополнять традиционные. Живой контакт преподавателя и студентов, работу с пациентами не могут заменить никакие новшества. Технологии e-Learning в подготовке врачей являются «равноправными партнёрами» с очной формой обучения и способствуют повышению эффективности учебного процесса.

Список литературы

1. Роберт И.В., Поляков В.А. Основные направления научных исследований в области информатизации профессионального образования. М.: Образование и информатика, 2004. – 68 с.
2. Сатунина А.Е. Электронное обучение: плюсы и минусы // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1. – С. 89-90.

---

*Макимова М.А., Колесникова А.Г., Жадан Е.С., Мельник В.А.*

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

## **ХОЛЕРА – ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВКЛАД АКАДЕМИКА АМН СССР ЕРМОЛЬЕВОЙ З.В. В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ НА СТАЛИНГРАДСКОМ ФРОНТЕ**

В период военных действий, особенно в районах неблагополучных по кишечным инфекциям, возникает риск повышения заболеваемости холерой. Мариуполь – портовый город, который в данный момент полностью разрушен, поэтому и возникает повышенный риск заболеваемости холерой, которая периодически регистрировалась в этом городе и в мирное время.

В связи с этим, введена повышенная настороженность виде системы профилактических и противоэпидемических мероприятий по холере письмо МЗ ДНР №3914/01.2-35 от 28.04.2022.

На историческом примере неоднократной победы над холерой, стоит упомянуть выдающегося советского ученого микробиолога и эпидемиолога, академика АМН СССР Ермольеву Зинаиду Виссарионовну, которая родилась 2 октября (15 октября по новому стилю) 1987 году и в 2022 году исполняется 125 лет со дня рождения этого ученого.

В 1942 году фашистские оккупанты предприняли попытку заразить водоснабжение Сталинграда холерным вибрионом (ХВ). Туда в срочном порядке направили десант, состоящий из эпидемиологов и микробиологов во главе с З.В. Ермольевой. Будучи авторитетным специалистом по кишечным инфекциям человека, она руководила усилиями по обеспечению советских защитников города свободной от микробов водой из реки Волги. Далее в истории также наблюдались яркие примеры борьбы эпидемиолога Зинаиды Виссарионовны с очагами холеры.

Холера, относящаяся к особо опасным (карантинным) инфекциям на сегодняшний день остается объектом пристального внимания медицинской науки и служб здравоохранения многих стран, единичные случаи и вспышки которой рассматриваются как чрезвычайная ситуация (ЧС). Холера способна за короткое время поражать значительное количество людей и вызвать 50% смертей из всех заболевших, при отсутствии лечения. Нельзя забывать, что благодаря свойствам этой инфекции, она

может использоваться в качестве биологического оружия. Глобальное распространение холеры связано в первую очередь с наличием различных по характеру ЧС, которые способствуют активизации эпидемических проявлений данного заболевания. Это ЧС природного характера: землетрясения, ураганы, наводнения, ливни, штормы и как следствие, а также техногенные ЧС, приводящие к разрушению инфраструктуры населенных мест, в том числе системы водоснабжения и водоотведения с последующей контаминацией поверхностных водоемов, используемых для питьевого водоснабжения, неудовлетворительной очистке и отсутствию доброкачественной воды, неудовлетворительным санитарно – гигиеническим условиям. ЧС социального характера: локальные и региональные конфликты, массовые беспорядки в виду политической и экономической нестабильности, голод, могут оказывать существенное влияние на интенсивность эпидемических проявлений холеры.

Донецкий регион всегда относился к территориям высокого риска возникновения эпидемических осложнений по холере, в 2011 г. в г. Мариуполе была зарегистрирована вспышка с 54 случаями, вызванная холерным вибрионом O1 серогруппы, биовар Эль-Тор, серовар Огава, причиной которой послужил сброс необеззараженных канализационных вод в открытые водоемы (реки и Азовское море) с последующим заражением рыбы и гидробионтов и в конечном итоге инфицированием людей. Учитывая расположение г. Мариуполя, в ДНР уделяется большое внимание проведению эпидемиологического надзора за холерой с лабораторным мониторингом и обследованием на холеру заболевших острыми кишечными инфекциями, исследованием проб морской воды, открытых водоемов, стоков. Выделение вирулентных культур ХВ в последние годы не зарегистрировано.

Таким образом, рассматривая холеру как сапронозную инфекцию, которая имеет природные очаги, связанные с водными биоценозами и стремясь совершенствовать эпидемиологический надзор за холерой, нельзя упускать из виду и то, что дальнейшее изучение экологии ХВ в нашем регионе может повысить эффективность борьбы с этой инфекцией.

---

*Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Ахмедов С.Р.*

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

## **ОПЫТ ПРЕМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных и распространенных форм патологии и основной причиной потери зубов среди взрослого населения. Применяемые лекарственные средства с антиоксидантным действием обладают доказанной эффективностью, поэтому разработка и внедрение новых методов применения препаратов данной группы для лечения воспалительных заболеваний пародонта является актуальной задачей.

Цель исследования: определить целесообразность и эффективность дифференцированного назначения про- и антиоксидантов пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови.

Материалы и методы: Обследовано 69 больных с генерализованным пародонтитом. Для оценки состояния пародонта, использовали индексы РМА, индекс кровоточивости, ПИ Рассела, пробу Кулаженко, учитывали количество пораженных секстантов. В крови определяли биохимические показатели: уровень диеновых конъюгатов (ДК), содержание малонового диальдегида (МДА), показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ), каталазу, супероксиддисмутазу (СОД), антиокислительную активность (АОА). Всем пациентам проводили комплексную противовоспалительную терапию и кюретаж пародонтальных карманов. Затем больных распределяли на группы в зависимости от интенсивности процессов ПОЛ. Анализ вышеуказанных показателей дал возможность выделить первую группу больных: со значениями: РМА –  $44,8 \pm 1,20\%$ , индекс кровоточивости –  $4,08 \pm 0,07$  баллов, ПИ Рассела –  $2,68 \pm 0,02$  у.е., проба Кулаженко –  $49,2 \pm 1,4$  с., поражено 2-3 секстанта верхней и нижней челюстей; ДК –  $2,41 \pm 0,07$  у.е., МДА –  $10,6 \pm 0,9$  мкмоль/гбелка, ПГЭ –  $9,78 \pm 0,54\%$ ; каталаза –  $13,88 \pm 0,09$  Мкатал/л, СОД –  $0,116 \pm 0,07$  Е/мгбелка, АОА –  $54,6 \pm 6,7\%$ . Для другой группы больных генерализованным пародонтитом были характерны выраженные признаки воспаления тканей пародонта

с показателями РМА, индекса кровоточивости, ПИ Рассела, пробы Кулаженко – достоверно ниже, чем в первой группе, количество пораженных секстантов – 5-6; биохимические показатели – ДК, МДА, ПГЭ, каталаза, СОД, АОА – достоверно ниже, чем в первой группе. Пациентам первой группы в традиционную схему лечения препараты антиоксидантного действия не назначали; больным второй группы в первые 3 суток проводили прооксидантную коррекцию ПОЛ, назначая препарат общего и местного прооксидантного действия «Делагил» – per os по 0,25x1-2 раза в день и местно в виде инъекций по переходной складке по 1 ml 5% раствора через день, а в последующие 6 суток антиоксиданты общего (per os «Квертин» по 0,04x2 раза в день) и местного действия (30% рствор токоферола ацетата в виде инстиляций и аппликаций на десну каждый день); курс лечения – 9 дней.

Результаты исследования: у больных первой группы на 6-е сутки в мазках-отпечатках раневого эксудата были зарегистрированы признаки активной репарации (полибласты, фибробласты). На 9-е сутки десна соответствовала понятию «здоровая». При обследовании через 2 года рецидив заболевания был отмечен у 89,7% больных. У больных второй группы в комплексное лечение которых дополнительно включались сначала препараты прооксидантного, а затем антиоксидантного действия, были получены схожие положительные клинические результаты.

Выводы: полученные результаты подтверждают целесообразность дифференцированного назначения препаратов коррегирующих ПОЛ (про- и антиоксидантов) пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов ПОЛ в крови.

---

*Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О.*

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

## **ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОРДИНАТУРЕ**

Сегодня остро стоит вопрос о полноценном овладении практическими навыками врачами-ординаторами в период специализации для возможности дальнейшей самостоятельной профессиональной деятельности.

Цель работы: повышение эффективности овладения практическими навыками врачами-интернами в период обучения на кафедре Общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Материалы и методы: Анализ особенностей проведения практических занятий с врачами – ординаторами по специальности «Терапевтическая стоматология» на кафедре общей стоматологии ФИПО для повышения эффективности освоения практическими навыками.

Результаты и обсуждение

На кафедре Общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО ординаторы-стоматологи по специальности «Терапевтическая стоматология» обучаются 2 года согласно аккредитованной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре. Из которых- 7 месяцев на первом году и 4 месяца- на втором году обучения учащиеся проводят на профильной и смежных кафедрах изучая базовые и вариативные дисциплины данной программы.

Программа обучения на кафедре предполагает чтение комплексных лекций и проведение семинарских, а так же практических занятий, на которых усовершенствуются методы диагностики, проходит освоение работы стоматологическими инструментами и материалами, с использованием современных технологий, проводятся клинические разборы пациентов, анализ данных основных и дополнительных методов обследования.

Обучение и контроль освоения практических навыков и умений у ординаторов-стоматологов-терапевтов на кафедре проводится ежедневно, что является необходимым требованием к методологии учебного процесса в ординатуре: в виде приема тематических пациентов, используется тренажеры-модели челюстей и натуральные зубы, прицельные и панорамные рентгенограммы, база радиовизиографических снимков челюстей и зубов; данные лабораторных исследований (биохимические анализы крови, мочи, слюны, зубного налета; спектрометрические анализы твердых на зубных отложений, мазки-отпечатки с участков СОПР, данные бактериологических исследований при различных заболе-



ваниях органов полости рта и СОПР). Обязательным является, участие врачей-ординаторов по специальности «Терапевтическая стоматология» в консультациях пациентов, которые проводят доценты кафедры.

На каждом практическом занятии врачом-ординатором заполняются амбулаторная карта стоматологического больного, формы -37, -39, журнал приема пациентов. После окончания цикла преподаватель суммирует выполненные врачом-интерном манипуляции, фиксирует их в обобщенной форме.

Итоговый контроль освоения практических навыков врачами-ординаторами проводится по окончании каждого из разделов профильной дисциплины «Терапевтическая стоматология». У каждого врача-ординатора оцениваются практические навыки во время приема пациента с обязательным заполнением медицинской документации. Преподавателем заполняется индивидуальный протокол приема практических навыков у каждого обучающегося, в котором преподаватель ставит окончательную оценку за освоение практических навыков по каждому разделу профильной дисциплины. Итоговая оценка освоения практических навыков является ключевой составляющей в формировании оценки за изучения базовой профильной дисциплины перед промежуточной или итоговой аттестацией ординаторов.

**Заключение**

Такой подход в организации обучения на кафедре, на наш взгляд, способствует формированию клинического мышления у молодых специалистов и глубокому всестороннему освоению основополагающих практических навыков у интернов-стоматологов. Но целесообразно и важно дальнейшем усовершенствование учебного процесса на кафедре, повышение материально-технического оснащения практических занятий современными материалами, инструментами, оборудованием, внедрение интрактивных методов обучения, более широкое использование симуляторов и тренажеров для повышения эффективности освоения практических навыков ординаторами-стоматологами-терапевтами.

---

*Малинин Ю.Ю., Григорян Х.В., Шапаренко Э.В.*

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

## **К ВОПРОСУ РЕГУЛИРОВАНИЯ ФУНКЦИИ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА**

Частота патологии почек у женщин детородного возраста неуклонно растет. При этом распространенность мочекаменной болезни (МКБ) составляет 0,5-5,3%, а количество больных МКБ женщин фертильного возраста в полтора раза превышает число пожилых. Современные схемы литокинетической терапии (ЛКТ), направлены на регуляцию моторики мочевыводящих путей (МВП), рекомендуют использование селективных  $\alpha 1A$ -адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных препаратов, спазмолитиков, блокаторов  $Ca^{2+}$ -каналов, а также средств профилактики и лечения инфекций МВП. Ключевую роль отводят  $\alpha 1A$ -адреноблокаторам, которые должны обеспечить релаксацию гладкомышечных клеток (ГМК), дилатацию просвета мочеточника и элиминацию конкрементов. При этом не уточнено, остается ли сигнальная трансдукция в ГМК на протяжении всего периода консервативной терапии неизменной. Установлено, что при обструкции просвета МВП перистальтика мочеточника регулируется симпатoadреналовой системой. Имеются сообщения, что при нефролитиазе активируется ренин-ангиотензиновая система почек. К наиболее значимым местным регуляторам моторики мочеточника следует отнести биологически активные вещества (АТФ, АДФ, аденозин, оксид азота), секретируемые уротелием, ГМК, тромбоцитами и лейкоцитами. Исследование сигнализации, участвующей в процессах сокращения и расслабления ГМК, позволит приблизиться к пониманию механизмов ответственных за нарушение выведения мелких конкрементов из мочеточника при ЛКТ.

Цель исследования – оценить активность рецепторов, контролирующих сокращение ( $\alpha 2$  – адренорецептора, пуриновых P2X1- и P2Y- рецепторов, ангиотензинового AT1-рецептора, TxA2-рецептора) и релаксацию ГМК (аденозинового A2-рецептора), в процессе стандартной ЛКТ у пациентов с локализацией мелких камней в средней трети мочеточника.

Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и включало 17 пациентов с неэффективной элиминацией мелких конкрементов на протяжении 9 сут. стандартной ЛКТ. Анализ функциональной активности рецепторов, модулирующих перистальтику мочеточника, выполнили *in vitro* на суспензии тромбоцитов. Использовали агонисты АТФ, АДФ, аденозин, эпинефрин, ангиотензин-2 рецепторов. Оценку агрегации тромбоцитов проводили турбидиметрическим методом.

Результаты. На этапе госпитализации пациентов (до начала ЛКТ) выявлена гиперреактивность ангиотензинового АТ1 – рецептора, пуриновых P2X1 – и P2Y-рецепторов,  $\alpha 2$  -адренорецептора, ТхА2-рецептора и аденозинового А2-рецептора, что отражает наличие при нефролитиазе фоновой сигнальной трансдукции, способной модулировать сокращение и релаксацию гладкой мышечной ткани мочеточника. Через 3 сут. ЛКТ внутриклеточная сигнализация характеризуется гиперреактивностью АТ1 -рецептора и нормореактивностью  $\alpha 2$  -адренорецептора, P2X1 – и P2Y-рецепторов. Выявленная взаимосвязь АТ1 -рецептора с  $\alpha 2$  -адренорецептором и P2X1 -рецепторами не обеспечивает усиления перистальтики мочеточника. Через 6 сут. ЛКТ недостаточная сократительная активность мышечной оболочки может быть связана с ограничением активации  $\alpha 2$  -адренорецептора, а также слабым взаимодействием АТ1 -рецептора с пуриновыми P2X1 – и P2Y-рецепторами. Через 9 сут. ЛКТ нарушение трафика мелких конкрементов в мочеточнике связано с десенситизацией  $\alpha 2$  -адренорецептора и P2X1 -рецептора, а также гиперреактивностью и взаимодействием АТ1 -рецептора и P2Y-рецепторов.

Таким образом:

Факторы патогенеза нефролитиаза, а также фармакологические препараты, входящие в состав стандартной ЛКТ, модулируют сигнальную трансдукцию в клетках-мишенях, что предопределяет нарушение элиминации мелких конкрементов из среднего отдела мочеточника.

Вариабельность внутриклеточной сигнализации при неэффективной элиминации мелких конкрементов из средней трети мочеточника определяется низкой специфичностью ЛКТ в отношении процессов сокращения и релаксации гладкой мышечной ткани.

Выяснение механизмов регулирования функции гладкой мускулатуры мочеточника позволяет наметить перспективные направления фармакологического воздействия, направленного на ускорение элиминации конкремента у женщин фертильного возраста, тем самым предупреждая развитие obstructивных осложнений.

---

*Малькевич Л.А., Ванда А.С.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

## **ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Введение. Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств. По данным ВОЗ в мире депрессивным расстройством страдает более 300 миллионов человек. Физиотерапевтические методы и физические нагрузки оказывают разностороннее влияние на психические функции, обеспечивая их активность и устойчивость. Повышение эффективности комплексного лечения депрессий различного типа имеет большую социальную и экономическую значимость. Особенно актуальным этот вопрос стал с момента, когда население планеты столкнулось с масштабной коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19).

Цель исследования: оценить эффективность сочетанного применения общей магнитотерапии и дозированных физических нагрузок у пациентов с депрессией различного генеза.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты старше 18 лет, страдающие депрессией уровня легкой – умеренной степени тяжести в рамках диагностических рубрик «депрессивный эпизод», «рекуррентное депрессивное расстройство», «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» МКБ10, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья – I группа (n=60, средний возраст 41,88±12,66 лет, 17% мужчины); во II группу (n=50, средний возраст 42,54±13,63 лет, 20% мужчины). вошли пациенты с постковидным синдромом перенесшие. В клинической картине преобладали жалобы на повышенную

тревогу, снижение настроения, плаксивость, утрату интереса к жизни, психомоторную заторможенность, повышенную утомляемость, нарушение сна и аппетита. По возрасту, полу, выраженности тревоги и депрессии исследуемые группы были сопоставимы. Обе группы пациентов получали: общую магнитотерапию (ОМТ) проводившуюся с использованием магнитотерапевтической установки без магнитным полем «Колибри», с магнитной индукцией до 3,5 мТл; дозированные физические нагрузки (ДФН) в виде структурированной тренировки в индивидуальном и групповом форматах.

До и после курса лечения оценивалась выраженность ведущих синдромов с использованием психодиагностических тестов: Шкалы депрессии Гамильтона, Шкалы депрессии Бека, Шкалы Гамильтона для оценки тревоги, Питсбургский опросник на определение индекса качества сна. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты. В результате проведенного лечения по показателям депрессии (шкалы Бека и Гамильтона) и тревоги (шкала Гамильтона) различия между группами были статистически значимы ( $p < 0,001$ ). Скорость редукции тревожной симптоматики, выраженность позитивного аффекта была несколько выше в основной группе по сравнению с группой сравнения ( $p < 0,05$ ). Побочных явлений и осложнений

ни во время проведения процедур, ни после их завершения не наблюдалось, все пациенты отмечали улучшение психоэмоционального состояния и увеличение физической активности.

Заключение. Таким образом, сочетанное применение общей магнитной терапией и дозированной структурированной физической нагрузкой у пациентов с депрессией различного генеза повышает эффективность лечения, что подтверждается достоверным снижением уровня личностной невротизации, тревоги и депрессии, улучшением самочувствия, повышением активности и настроения.

---

*Малюжинская Н.В., Моргунова М.А., Петрова И.В.*

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

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ**

Синдром Бадда-Киари – заболевание, связанное с обструкцией печеночного венозного оттока, вызывает трудный дифференциально-диагностический поиск, что приводит к задержке постановки диагноза.

Под нашим наблюдением находилась девочка, 15 лет, с жалобами на непостоянные боли в области правого и левого подреберья, повторные эпизоды носового кровотечения, кровоточивости десен, слабость, повышенную утомляемость после занятий физкультурой, увеличение в размерах живота. Данные жалобы появились с 11 лет. За медицинской помощью не обращалась, принимала аскорутин. С 12 лет заметили субиктеричность кожных покровов и склер. При обследовании в инфекционном стационаре был исключен вирусный гепатит, девочка была переведена в гастроэнтерологическое отделение детской больницы. При поступлении состояние было тяжелым в связи с выраженной кровоточивостью (гематомы подкожные, экхимозы, носовое кровотечение) и развитием тяжелой степени анемии. Установлен диагноз хронического активного гепатита неуточненной этиологии с высокой биохимической активностью, печеночной недостаточностью, спленомегалия, портальная гипертензия, тромбоцитопения. Проводилась интенсивная терапия: гептрал, цитофлавин, викасол, этамзилат, УДХК, дюфалак, метипред 1,5 мг/кг, трансфузии СЗП, эритроцитной взвеси. Состояние постепенно улучшилось, уменьшились в размерах печень и селезенка. Дальнейшее обследование и лечение проводилось в ФГБОУ ВО «ПИМУ» г. Нижнего Новгорода: после обследования исключены вирусные гепатиты, дефицит альфа-1 антитрипсина, болезнь Вильсона-Коновалова. Лабораторно: печеночно-клеточная недостаточность, холестаза. Анализ крови: Л.- $1,85 \times 10^9$ /л, в 1 мкл крови: нейтрофилы-0,92, лим.-0,70, мон.-0,20; Нв.-52г/л, Нт.-19%, 84fl, МСН-23,9pg, МСНС-284,0g/l, RDW-19%, тромбоц.- $46,0 \times 10^9$ /л. билирубин общ.-82,6 мкм/л. Гемостаз: протромбин-56%, тромбиновое время-20,2с, АЧТВ-41,3с, фибриноген-1,73 г/л, Д-димер-0,45 мкг/л. По данным инструментальных методов выявлены диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия, синдром портальной гипертензии, асцит, фиброэластометрия печени F4 по METAVIR. КТ-ОБП: печень цирротически изменена с выраженным бугри-

стым контуром. Гипоплазия воротной вены (диаметр сужен до 8мм на всем протяжении) и ее ветвей. Вторичная спленомегалия, расширение верхней брыжеечной вены, селезеночной вены и обходной кровотока через систему нижней полой вены – вокруг головки поджелудочной железы, в паранефральной области справа сеть коллатерального кровотока. Незавершенный поворот кишечника, отсутствие связки Трейтца и перехода 12-персной кишки в левую половину. Заключение: КТ-картина цирроза печени на фоне гипоплазии воротной вены. Вторичная спленомегалия и сформированные венозные коллатерали через систему нижней полой вены. Незавершенный поворот кишечника. На основании проведенного обследования был установлен диагноз: Цирроз печени неуточненной этиологии с синдромами печеночно-клеточной недостаточности, холестаза, портальной гипертензии (ВРВП 3 ст., спленомегалия, асцит), Синдром гиперспленизма. Класс С по Чайлд-Пью.MELD 13. После лечения уменьшилась кровоточивость. Рекомендована трансплантация печени в центре трансплантологии им. Академика В.И. Шумакова. Из анамнеза жизни установлено, что ребенок от 1-ой беременности, протекавшей во второй половине на фоне анемии, кольпита, эрозии шейки матки. Роды срочные, по шкале Апгар 8/9 баллов, масса при рождении 2850,0г. На грудном вскармливании до 1г3мес. Выписана из роддома на 7-е сутки с диагнозом: гипотрофия 1-й степени, группа риска по патологии ЦНС, анемии и ВУИ. Росла и развивалась соответственно возрасту. Наследственность: младший брат умер в возрасте 1 мес от кровотечения.

*Малютина Н.Н., Шевчук В.В., Лузина С.В.*

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера» МЗ РФ,  
г. Пермь  
ЧУЗ «Клиническая больница РЖД – Медицина г. Пермь»

## **КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД**

Установлено, что в 83,3% артериальная гипертония (АГ) сочетается с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) (Лазебник Л.Б., 2015), такая коморбидность, несомненно оказывает влияние на течение и прогноз заболевания и требует персонифицированного подхода к терапии и планированию реабилитационных мероприятий.

Целью работы было определить диагностическое значение и эффективность использования основных изучаемых показателей для установления фенотипа коморбидности. Изучение этих вопросов представляется весьма актуальной и важной задачей для современной профессиональной медицины, поскольку влияние комплекса условий труда трансформирует коморбидность АГ и ЭЯП ГДЗ в патологию, связанную с работой, то есть производственно обусловленное состояние.

Были сформированы 4 группы: первая – 51 пациент с АГ, возраст  $49,5 \pm 1,6$ , стаж работы  $21,9 \pm 2,4$  лет; вторая – 26 пациентов с ЭЯП ГДЗ в возрасте  $46,9 \pm 4,3$ , стаж –  $19,1 \pm 4,2$  лет; третья состояла из 25 работников с коморбидной патологией (АГ и ЭЯП ГДЗ), в возрасте  $50,8 \pm 1,7$ , стаж –  $21,2 \pm 2,5$  лет; четвертая группа (сравнения) обозначена как «здоровые», ее составили 24 работников локомотивных бригад с нормальным АД, без поражения органов пищеварения, в возрасте  $47,8 \pm 3,0$ , стаж работы  $19,8 \pm 4,0$  лет, Группы сопоставимы по возрасту, стажу, производственным и социально-бытовым условиям ( $p > 0,05$ ).

При сочетании АГ и ЭЯП ГДЗ установлено статистически значимое повышение уровня маркеров неспецифического воспаления моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1) и С-реактивного белка – сверхчувствительного (СРБ-hs) по сравнению с группой здоровых работников. Значительный вклад в патогенез коморбидного течения АГ и ЭЯП ГДЗ вносит системное воспаление эндотелиальной стенки. Уровень MCP-1 при этом самый высокий, коррелирует с уровнем лейкоцитов, отражая увеличение степени воспаления эндотелия при коморбидности нозологий в условиях комплекса производственных факторов, базовой моделью является нарушение микроциркуляции и метаболизма на фоне неспецифического воспаления. В основе формирования фенотипа лежит ти-

повая патофизиологическая реакция – системное воспаление эндотелиальной стенки, дисбаланс вазомоторной системы с одновременным нарушением гемостатической, пролиферативной и провоспалительной функциями эндотелия, его выделение клинически и прогностически оправдано. Проведён анализ факторов, прогнозирующих переход изолированного течения артериальной гипертонии в коморбидный фенотип, сочетающий АГ и ЭЯП ГДЗ. В ходе работы разработана мультифакторная модель, включающая в себя ряд критериев.

Пациентам с АГ, работающих в условиях комплекса производственных факторов, при выявлении показателей МСР-1  $>254,7$  пг/мл в сочетании с увеличением эндотелина-1  $>0,8$  fmol/ml, тромбоцитов  $>184$  109/л, лейкоцитов  $>7,7$  109/л, глюкозы  $>5,1$  ммоль/л, холестерина  $>5,8$  ммоль/л., необходимо проведение фиброгастроуденоскопии, определение *Helicobacter pylori* и кала на скрытую кровь, для диагностики поражений ЭЯП ГДЗ. На фоне хронического течения ЭЯП ГДЗ при выявлении показателей эндотелин-1  $>0,8$  fmol/ml в сочетании с увеличением тромбоцитов  $>169$  109/л, лейкоцитов  $>7,8$  109/л, глюкозы  $>4,7$  ммоль/л, холестерина  $>3,8$  ммоль/л., обосновано проведение суточного мониторинга артериального давления для диагностики скрытой АГ. При планировании и реализации ведомственных программ по сохранению здоровья работников и продлению профессионального долголетия, предусмотреть финансирование на дополнительные методы обследования работников с целью определения показателей эндотелиальной дисфункции как предиктора коморбидности заболеваний.

*Маматханов М.Р., Лебедев К.Э., Ким А.В., Герасимов А.П.*

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

## **ХИРУРГИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ**

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 387 пациентов за период с 1990-2014 г с медикаментозно резистентной эпилепсией, оперированных в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. МРЭ определялась согласно общеевропейских стандартов по борьбе с эпилепсией. Методы обследования включали результаты ком-плексного обследования. С учетом полученных результатов клиническо-го, нейропсихологического, электрофизиологических и нейровизуализационных методов обследования, а также видов хирургических вмеша-тельств и локализации эпилептического очага все больные распределены на 5 групп: с височной локализацией эпилептического очага 143 (36,95%), экстратемпоральные 133 (34,36%), многоочаговые формы 47 (12,14%), генерализованные 46 (11,9%) и гемисферические 18 (4,65%). Исходы хирургического лечения оценивались по шкале Engel с мини-мальным периодом наблюдения 12 месяцев.

Результаты: Возраст пациентов варьировал от 4 месяцев до 18 лет. Средний возраст составил  $9,87 \pm 4,72$  года (Мо – 13, Ме – 10). Средний возраст манифестации заболевания составил  $4,71 \pm 4,06$  лет (Мо – 2, Ме – 4) и колебался от момента рождения до 17 лет. Средняя дли-тельность течения заболевания до операции составила  $5,15 \pm 3,4$  года (Мо – 3, Ме – 4). Хирургические вмешательства были следующими: височ-ные резекции 158 (33,47%), экстратемпоральные резекции 140 (29,66%), мультифокальные резекции 59 (12,5%), каллозотомия 38 (8,05%), им-плантация электродов 42 (8,9%), гемисферэктомия 18 (3,81%), стерео-таксические вмешательства 9 (1,91%) и стимуляция левого блуждающего нерва 8 (1,7%). Полное прекращение приступов (класс Engel I) достигну-то после гемисфе-рэктомии у 76,5%, височных резекций – у 75,7%, экс-тратемпоральных – у 54,3%, мультилобарных – у 42,9%, каллозотомии – 12,1%, стимуляции блуждающего нерва – 0. Факторы, предсказывающие прекращение припадков включали: фокальное структурное поражение по данным нейровизуализации, полнота резекции очага, локализован-ные изменения на ЭЭГ, отсутствие генерализованных тонико-клонических припадков до операции и острых послеоперационных при-ступов.

Закключение: Хирургическое лечение МРЭ у детей в большинстве слу-чаев приводит к хорошим исходам с полным прекращением эпилептиче-ских приступов. Лучшие результаты хирургическо-го лечения эпилепсии отмечаются после резекционных вмешательств с полным удалением эпи-лептогенного и эпилептического очагов. Неспецифические методы (дис-коннекции, стереотаксиче-ские деструкции, нейромодуляция) лечения по-казаны при невозможности выполнения резекцион-ных методов опера-ций с клиническим улучшением у большинства оперированных.

**Мамонов В.В.**

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

## **ИССЛЕДОВАНИЕ КОРОНАРНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца – поражение сердечной мышцы, которое вызывается уменьшением или прекращением кровотока по коронарным артериям.

коронарный кальциноз – является одним из проявлений атеросклероза, когда на внутренних стенках артерий откладываются соли кальция. Для прогнозирования рисков развития ишемической болезни сердца (ИБС) используют компьютерную томографию. Однако клинико-прогностическое значение коронарного кальциноза у пациентов все еще является неизученной

Цель исследования. Исследовать кальцификацию коронарных артерий и найти связь с остеопеническим синдромом у мужчин после коронарного шунтирования.

Материалы и методы. Для проспективного обследования были выбраны 111 мужчин в возрасте от 55 до 65 лет для проведения операций, позволяющих восстановить коронарное кровообращение методом коронарного шунтирования (КШ). Количество пациентов с сахарным диабетом – 20 (18%), остеопороза – 31 (27,99%), остеопения была обнаружена у 58 (52,2%). Количество курящих среди больных составило 66 человек (59,5%). Для оценки степени кальциноза, пациентам были проведены: дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, коронарография, компьютерная томография (КТ) коронарных сосудов, денситометрию поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. Кальциевый индекс сосудов оценили методом Agatston. В 2016 году (через 5 лет) у 111 пациентов определили статус (живой/мертвый), смертность у пациентов после КШ составила 11,7% (n=13).

Всем выжившим пациентам были повторно проведены: дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и КТ

Результаты исследования. Из всех клинико-anamnestических факторов с летальностью был связан только один фактор и это курение. Какой-либо ассоциации с индексом кальциноза коронарных артерий (КА) не обнаружено. Была выявлена тенденция к повышению медианы кальциноза КА у пациентов с неблагоприятным прогнозом на 15%. На дооперационном этапе были найдены связи кальциевого индекса КА и Т-критерия, характеризующий наличие остеопенического синдрома. При повторном исследовании после коронарного шунтирования была определена положительная корреляция между тяжестью кальцификации КА и брахиоцефальных артерий

Выводы. У пациентов с ишемической болезнью сердца в течение 5 лет после КШ была обнаружена различная динамика кальциноза коронарных артерий, но чаще всего это было прогрессирующее течение. Также была выявлена связь между коронарным кальцинозом и курением, определяемого по бедренной кости до проведения КШ. Была определена зависимость между тяжестью поражения БЦА и коронарным кальцинозом.

---

**Мануковский В.А., Гавришук Я.В., Тулунов А.Н., Демко А.Е., Савелло В.Е., Платонов С.А., Кажанов И.В., Колчанов Е.А., Казанкин А.С., Перегудов С.И., Рutowич Н.В.**

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

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург

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

## **НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА**

Цель – улучшение результатов лечения пострадавших с повреждением паренхиматозных органов при закрытой травме живота путем применения высокотехнологичных малоинвазивных методов диа-

гностики и гибридных технологий хирургического лечения. Материал. Проведен анализ результатов обследования и лечения 347 пострадавших с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов живота при изолированной и сочетанной травме в травмоцентре СПБНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2014 по 2021 г. Основную группу составили 181 пострадавших (2018-2021 гг.), которым лечение проводили в соответствии с новым алгоритмом. В контрольную группу вошли 166 пострадавших, получавших традиционное лечение в период с 2014 по 2017 г. При выявлении признаков повреждений паренхиматозных органов или свободной жидкости в брюшной полости по результатам УЗИ при стабильной гемодинамике всем пострадавшим с целью уточнения характера повреждений и определения объема гемоперитонеума выполняли МСКТ с внутривенным контрастированием. Консервативное лечение применялось при отсутствии продолжающегося кровотечения. При наличии признаков повреждения сосудов производили ангиографию с последующим эндоваскулярным гемостазом. Гемодинамически нестабильным пациентам при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении или признаках перитонита в неотложном порядке производили лапаротомию. Результаты. Большинство пострадавших в обеих группах поступили в травмоцентр после ДТП и падения с высоты (в основной группе: после падения с высоты – 82, ДТП – 70, вследствие других причин – 29; в группе сравнения – 58, 85 и 23 пострадавших соответственно). Статистически значимых различий между группами по тяжести травмы (по шкалам ISS, Ю.Н. Цибина, ВПХ-П), тяжести состояния (ВПХ-СП) не выявлено. Тяжесть травмы при изолированных повреждениях живота по шкале AIS (Abbreviated Injury Scale) в основной группе составила  $2,75 \pm 0,84$  баллов, в контрольной группе –  $2,80 \pm 0,94$ . Пострадавшим с повреждениями селезенки со стабильной гемодинамикой выполнено спленэктомий: в основной группе в 34,5% случаев, контрольной – в 84,3%; с нестабильной гемодинамикой: в основной группе – 74,1%, контрольной – 85,0%. В основной группе консервативное лечение проведено 32,9% пациентам, селективная эмболизация – 7,3%. Успешное консервативное лечение разрывов печени удалось провести 37,6% против 5,1% в контрольной группе. Селективная эмболизация произведена 1 пациенту. Гемодинамически стабильным пациентам обеих групп при повреждениях почек нефрэктомии не производили ни разу. У гемодинамически нестабильных нефрэктомия осуществлена в основной группе – в 8,0% случаях, в контрольной – в 21,9%. В основной группе эффективное консервативное лечение проведено у 60,7% пациентов. В 28,3% было принято решение об отказе от тактики неоперативного лечения. Выводы. Применение тактики неоперативного и малоинвазивного лечения позволило уменьшить количество выполняемых диагностических лапароскопий на 39,1%, видеолапароскопий – на 12%, лапаротомий – на 32,6%, продолжительность стационарного лечения выживших пациентов – на 4 суток и летальность – на 4,2%. Путем использования нового алгоритма удалось сохранить поврежденную селезенку в 65,5% наблюдений.

---

*Мануковский В.А., Кажанов И.В., Бесаев Г.М., Тулунов А.Н., Багдасарьянц В.Г., Гаврищук Я.В., Петров А.В., Преснов Р.А.*

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург  
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА**

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пострадавших с тяжелыми сочетанными повреждениями таза путем разработки и применения новых лечебно-диагностических подходов. Материал и методы. В основе работы находятся результаты обследования и лечения 1635 пациентов за период с 2010 по 2020 г. Используются современные методы диагностики (МСКТ, в т. ч. с внутривенным контрастированием, ангиография, С-дуга, мультипланарная реконструкция и оценка параметров забрюшинных тазовых гематом), биомеханическое моделирование нестабильных повреждений таза, фиксированных различной конфигурацией погружных имплантатов

(канюлированные винты, транспедикулярные системы), открытые (тампонада таза) или интервенционные (РЭБОА, ангиоэмболизация) способы хирургического гемостаза, технологии минимально инвазивной внутренней стабилизации таза в остром периоде травматической болезни. Результаты и их обсуждение. Применение разработанных лечебно-диагностических подходов при лечении сочетанных повреждений таза в травмоцентре I уровня позволило снизить частоту общей – от 20,5 до 13,5% (в 1,5 раза) и досуточной (от жизнеугрожающих последствий повреждений) летальности – от 10,6 до 5,3% (в 2,0 раза), сократить частоту развития осложнений – от 51,4 до 34,5% (в 1,5 раза), из них гнойно-инфекционных – от 27,6 до 21,5% (в 1,3 раза), неинфекционных – от 23,6 до 15,6% (в 1,5 раза), уменьшить продолжительность нахождения пострадавших в отделении реанимации – в 2,1 раза, постельного режима – в 2,1 раза, стационарного лечения – в 1,3 раза, получить хорошие морфофункциональные результаты лечения в 86,8% наблюдений, оптимальные результирующие балльные значения по шкалам SF-36, отражающим физическое и психическое состояние здоровья, минимизировать общий срок лечения в 1,8 раза и восстановить трудоспособность 92,6% пострадавших. Выводы. Разработанный и успешно апробированный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на использовании неинвазивных (МСКТА) и интервенционных (ангиография) лучевых методов диагностики источника продолжающегося внутритазового кровотечения с последующим дифференцированным применением способов хирургического гемостаза (тампонада таза, ангиоэмболизации), позволяет добиться благоприятного исхода у 79,4% пострадавших с сочетанными повреждениями таза. Минимально инвазивная внутренняя фиксация нестабильных повреждений тазового кольца с использованием канюлированных винтов и транспедикулярных систем позволяет эффективно провести окончательную хирургическую стабилизацию костных отломков и разорванных сочленений таза в остром периоде травматической болезни у 81,7% пострадавших. Крестцовоподвздошная фиксация винтами с разными фиксационными свойствами (статические и компрессирующие) обеспечивает адекватную стабилизацию таза, уменьшает кровопотерю и усиливает противошоковый эффект.

*Мануковский В.А., Парфенов В.Е., Тания С.Ш.*

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

## **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ШОКОГЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА I УРОВНЯ**

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с шоком III степени и отрицательным для жизни прогнозом.

Материалы и методы. Исследование включает опыт лечения 176 пострадавших основной группы, где тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) диагностирована у 145(82%) пострадавших и сочетанная травма позвоночника (СТП) у 23(13%) с отрицательным для жизни прогнозом  $-7 \pm 0,67$  часов по Ю.Н. Цибину (1976) с баллом шокогенности  $15,2 \pm 1,86$  и баллом по ISS  $32,9 \pm 1,45$ . Ретроспективный анализ лечения проведен у 180 пострадавших в группе сравнения с прогнозом  $-7,7 \pm 0,59$  часа с баллом шокогенности  $14,9 \pm 1,76$  и баллом по ISS  $33,4 \pm 2,15$ , где СЧМТ диагностирована у 144(80%) и СТП выявлена у 19(10,3%) пострадавших.

Результаты и обсуждение. Хирургическая тактика основывается на многофакторной суммирующей оценке тяжести механической травмы, со-стояния пострадавшего и исхода травматического шока, исходя из данных прогноза длительности течения и тяжести травматического шока по критерию  $\pm T$  в совокупности с разработанным оригинальным методом динамического прогнозирования в остром периоде травматической болезни в рамках стратегии Damage control. В первую очередь проводятся экстренные операции по устранению жизнеугрожающих повреждений. Оперативные пособия при тяжелых сочетанных повреждениях у пострадавших с отрицательным прогнозом в остром периоде ТБ носят только реанимационный характер и преследуют цель стабилизировать системную гемодинамику путем устранения жизнеугрожающих повреждений органов, остановки кровотечения, вос-



становления адекватной функции внешнего дыхания. Далее осуществляется динамический расчет прогноза после проведения экстренных операций и при изменении его на сомнительный – проведение срочных стабилизирующих операций на опорно-двигательной системе и завершение временных операций этапными на органах живота, груди, забрюшинного пространства, магистральных сосудах. В раннем периоде травматической болезни применяется прогнозирование развития тяжелых инфекционных осложнений на основе динамики PCT и SOFA. И проведение реконструктивных операций в позднем периоде травматической болезни после купирования сепсиса.

Сравнительный анализ количества жизнеугрожающих инфекционных и неинфекционных осложнений и летальности показал, что активная хирургическая тактика на основе оригинального метода динамического прогнозирования в остром периоде ТБ в рамках стратегии Damage control, примененная в основной группе, позволила выполнить больше срочных стабилизирующих операций на опорно-двигательной системе и завершить временные операции этапными на органах живота, груди, забрюшинного пространства, магистральных сосудах, дополнительно не усугубляя состояние пострадавшего.

В противошоковой операционной в остром периоде ТБ при СЧМТ травме нами выполнялись экстренные операции в пределах  $1,1 \pm 0,2$  часа и срочные в пределах  $4 \pm 0,3$  часов операции. Экстренных трепанаций произведено 26(17,6%) в остром периоде ТБ в основной группе пострадавших и 30(19,6%) в группе сравнения. Все операции носили реанимационный характер по устранению жизнеугрожающих повреждений головного мозга с целью декомпрессии и устранения дислокации. После стабилизации состояния в остром периоде травматической болезни и изменении динамического прогноза на сомнительный, выполнялись в первые 48 часов декомпрессивно-стабилизирующие операции при осложненных переломах позвоночника, а в случае возникновения острого неврологического дефицита, то в первые 24 часа. В раннем и позднем периодах травматической болезни проводились реконструктивные и стабилизирующие операции после купирования осложнений. У пострадавших с СТП в основной группе произведено стабилизирующих и декомпрессивно-стабилизирующих операций в остром периоде ТБ – 20(31,7%), а в группе сравнения – 3(4,2%); в раннем периоде ТБ произведено операций – 8(12,7%), в группе сравнения – 19(26,7%); в позднем периоде ТБ произведено реконструктивных и стабилизирующих операций – 9(14,3%), а в группе сравнения -1(1,4%). В рамках концепции Spine Damage Control, на основе динамического прогнозирования в основной группе удалось произвести на 27,5% больше оперативных вмешательств дополнительно не усугубляя состояние пострадавшего.

Жизнеугрожающие инфекционные осложнения развились у 116(65,9%) пострадавших в основной группе и 177(98,3%) в группе сравнения и тяжелые неинфекционные осложнения у 48(27%) и 106(59%) соответственно. Летальность в основной группе пациентов составила 121(68,8%), а группе сравнения 167(92,8%). Применение рациональной активной хирургической тактики на основе динамического прогнозирования тяжести течения ТБ и раннего прогнозирования развития тяжелого сепсиса позволило снизить количество жизнеугрожающих инфекционных осложнений на 32,4%, неинфекционных осложнений на 31,7% и летальность на 24%.

Основные причины летальности в остром периоде ТБ это шок и кровопотеря 32(18,1%), отек и дислокация головного мозга, ДАП 21 (11,9%) в основной группе и 36(20%) и 20(11,1%) в группе сравнения соответственно. Летальность в раннем периоде ТБ была обусловлена развитием тяжелого сепсиса, ПОН, жировой эмболией, ТЭЛА, РДСВ, третичным перитонитом и посттравматическим менингитом у 68(38,1%) в основной группе и у 111(61,7%) в группе сравнения.

Основные пути снижения тяжелых жизнеугрожающих осложнений и летальности – это более активная хирургическая тактика, проведение большего количества стабилизирующих операций опорно-двигательного аппарата в срочном порядке на основе динамического прогнозирования в остром периоде ТБ.

*Маринкин И.О., Кондюрина Е.Г., Хаятова З.Б., Усова А.В.*

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

## **ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ**

Актуальность. В современном мире, в эпоху бурного развития высокотехнологичной медицины, общество предъявляет высокие требования к качеству медицинских услуг. Этот показатель и качество жизни пациентов после лечения лежат в основе оценки не только отдельных специалистов и учреждений, но и профессиональной деятельности высококласной медицинской помощи в России. Медицинское образование становится более пациенто- и практико-ориентированным, повышаются требования к техническому и кадровому обеспечению программ. Современные тенденции развития педагогических и медицинских наук предполагают формирование практико-ориентированного обучения в медицинских вузах через приобретение или совершенствование конкретных профессиональных компетенций. Компетенция – интегральная характеристика обучающегося, то есть динамическая совокупность знаний, умений и навыков, способностей и личностных качеств, которую обучающийся обязан продемонстрировать после завершения части или всей образовательной программы, владение достаточным уровнем знаний, умений и навыков, в том числе коммуникативных и технических, в определенной области, на определенных этапах образовательного процесса. Возможности обучения на пациентках, особенно беременных женщин и новорожденных, согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где пациент вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи, затрудняют учебный процесс в целом. Внедрение симуляционных технологий в медицинское образование позволяет оптимизировать учебный процесс в части приобретения практических навыков. Симуляционные технологии являются связующим звеном между теорией и клинической практикой. С переходом обучения студентов на ФГОС 3-го поколения качество образования изменилось от объема усвоенной информации к приобретению компетентности, готовности оказать поддержку в самых разных ситуациях, быстрому принятию решений. Обучение на современных виртуальных тренажерах позволяет повысить качество профессиональной подготовки, оптимизировать обучение и снизить риски при работе с пациентами.

Цель: показать возможности практико-ориентированного подхода с использованием симуляционных технологий для повышения качества медицинской помощи.

Обсуждение: Федеральный аккредитационный центр (ФАЦ) НГМУ, имеет III (высший) аккредитационный уровень, занимает площадь около 7500 м<sup>2</sup>, где организованы 5 симуляционных клиник и симуляционная аптека, руководителями которых назначены ведущие профессора и доценты. Симуляционные клиники ФАЦ – это обучающая игровая модель, имитирующая структуру, функции, логику и другие процессы медицинского учреждения с помощью технологии моделирования, позволяющая обсуждать и анализировать взаимосвязь между игровыми ситуациями и реальностью. На базе симуляционных клиник расположены 31 компьютерный манекен IV уровня реалистичности, 29 – V уровня реалистичности, 12 – VI уровня реалистичности, 14 виртуальных симуляторов. На тренажерах и симуляторах проводят занятия более 200 преподавателей университета, предварительно обученных симуляционным технологиям. При поступлении нового оборудования для преподавателей и инженеров ФАЦ проводятся мастер-классы. В ФАЦ учебный процесс представлен симуляционно-имитационными модулями, обеспечивающими отработку практических навыков и умений от простого к сложному: студентами (базовый уровень); ординаторами (повышенный уровень); врачами и специалистами здравоохранения циклов профессиональной подготовки и переподготовки (продвинутый уровень). Учебно-методический контент (93 паспорта симуляционно-имитационных модулей, 99 видеороликов) для подготовки к занятиям выложен на сайте ФАЦ, что позволяет на базах клиник проводить только практические занятия.

Акушерство и гинекология – одна из профессий, требующих специальных знаний, таких как помощь в различных критических для жизни матери и ребенка ситуациях. Поэтому практические навыки работы по специальности до применения их в реальной практике акушеры-гинекологи должны приобретать в специализированных центрах, оснащенных высокотехнологичными тренажерами и

компьютеризированными роботами-манекенами, а также программами, позволяющими моделировать клинические ситуации, включая командные тренинги по междисциплинарному взаимодействию. Клиническими базами кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России являются ведущие лечебные учреждения региона, однако не все мануальные навыки можно освоить при работе с пациентом по этическим соображениям в связи с угрозами жизни пациента. Ежегодные внутривузовские, региональные, паназиатские и международные олимпиады, проводимые с использованием симуляторов и тренажеров ФАЦ, помогают студентам выбрать специальность. Профориентация для многих врачей начиналась еще в студенческие годы – со студенческих олимпиад по акушерству и гинекологии, в подготовке к участию к которым студенты овладевали многими навыками, в том числе эндоскопической хирургии на лапароскопических симуляторах. Программа обучения врачей-ординаторов проводится в ФАЦ НГМУ совместно с кураторами клинических баз кафедры акушерства и гинекологии. Ординаторы акушеры-гинекологи 1 года обучения согласно плану рабочей программы по специальности, в начале учебного года отрабатывают на тренажерах базовые навыки: ушивание разрывов шейки матки и промежности, ручное отделение плаценты и выделения последа, ручное обследование полости матки и т.д. На 2 году обучения расширяется перечень практических навыков на виртуальном симуляторе ГистСим ординаторы обучаются основам гистероскопии и гистерорезектоскопии: полипэктомии, консервативной миомэктомии, аблации эндометрия. На полноростовых симуляторах VI уровня реалистичности отрабатываются пособия и операции при тазовых предлежаниях плода, дистоции плечиков.

В настоящее время симуляционное обучение стало неотъемлемой частью подготовки кадров для здравоохранения, формирования профильных навыков в соответствии с реальной клинической практикой и получение представлений об инновациях врачами смежных специальностей. В ФАЦ организованы индивидуальные, групповые и междисциплинарные тренинги с врачами акушерами, анестезиологами-реаниматологами и неонатологами. На портале НМО для врачей представлены симуляционные циклы повышения квалификации по отдельным разделам: «Патология полости матки» (72 часа), «Ведение физиологических и влагалищных оперативных родов» – 18 часов, «Операции и пособия в акушерстве» – 36 часов, «Неотложные состояния в акушерстве – 36 часов. Существенное влияние на качество подготовки специалистов сыграло проведение симуляционных занятий для врачей перинатальных центров. На портале НМО в настоящее время НГМУ представлен циклами «Акушерство и гинекология» для перинатальных центров (36 часов), «Неонатология для перинатальных центров» (36 часов), «Анестезиология и реаниматология» для перинатальных центров (36 часов), где реализованы командно-игровые тренинги в рамках междисциплинарного подхода.

За 2021 года на базе акушерско-гинекологической симуляционной клиники прошло обучение 3126 человек: 1328 студентов, 1063 ординатора 1 и 2 года обучения, 232 врача акушера-гинеколога, 190 специалистов УЗИ, 99 неонатологов. Симуляционное обучение является подготовительным периодом для приобретения врачом новых компетенций, обучением молодых врачей конкретным мануальным навыкам и регулярной тренировкой опытных специалистов в редких клинических ситуациях, создает идеальные условия для обучения и решения вопросов взаимодействия команды специалистов.

Выводы. Практико-ориентированный подход с использованием симуляционных технологий для подготовки медицинских кадров на всех этапах непрерывного медицинского образования позволяет воссоздать реальную контролируемую ситуацию для отработки навыков оказания медицинской помощи, без риска для пациента и стресса для врача, повышает уровень профессиональной подготовки, формирует комплексное клиническое мышление и алгоритм врачебных действий в сложных клинических ситуациях.

---

*Маркеева М.В., Тарасова Н.В., Алешкина О.Ю.*

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

## **МОРФОЛОГИЯ НОСОГЛОТКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В АСПЕКТЕ ПРИКЛАДНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

Актуальность. Анатомические особенности строения носоглотки не позволяют хирургу в достаточном объеме убрать лимфоидную ткань «вслепую». Аденомотомия традиционно остается одной из

самых распространенных операций, несмотря на активную разработку и большое разнообразие консервативных методов лечения гипертрофии глоточной миндалины. Знание точных анатомических размеров носоглотки и нормальных взаимоотношений структур полости носа в детском возрасте необходимо для улучшения качества проводимых операций.

**Цель.** Изучить изменчивость параметров носоглотки и полости носа в разные периоды детства для разработки оптимального доступа хирургического вмешательства, а также выбора размера эндоскопического инструментария.

**Задачи исследования.** Определить линейные параметры носоглотки и полости носа в зависимости от возраста у детей.

**Материалы и методы.** Материалом послужили 87 паспортизированных черепов от 1 до 21 года, лишенных деформаций, без половой принадлежности, а также 425 компьютерных томограмм (КТ) головы детей (1-21 года) обоего пола, относящихся к 6 возрастным периодам согласно принятой возрастной периодизации (Москва, 1965). Изучены параметры – наибольшая высота и длина глотки, угол положения свода глотки относительно основания черепа, ширина полости носа спереди и сзади.

**Результаты.** Линейные параметры носоглотки изменяются с возрастом неравномерно: высота носоглотки увеличивается с 2-3 лет до юношеского возраста; длина носоглотки менее подвержена возрастным изменениям, только в 4-7 лет и 17-21 год выявлен рост в длину, при этом разница значений между грудным и юношеским возрастом составляет не более 3 мм; угол носоглотки по нашим данным тупой и незначительно изменяется с возрастом, достигая стабильных значений после 12 лет. Выявлены половые различия высоты носоглотки в 4-7 и 13-16 лет с преобладанием значений у лиц мужского пола в среднем на 1,6 и 1,8 мм соответственно, длина и угол носоглотки не имеют половых различий. Ширина полости носа увеличивается с 2-3 лет до 8-12 лет спереди, а сзади достигает окончательных величин в юношеском возрасте, расширяется кзади – разница между передними концами нижних носовых раковин по месту прикрепления и общей шириной хоан составляет в возрастных группах 2,1-7,4 мм и достигает максимальных значений в юношеском возрасте. Также выявлены половые различия ширины полости носа сзади и, соответственно, ширины носоглотки: в 2-3 года ширина составляет в среднем у мальчиков 19,2 мм, у девочек 18,1 мм; в 4-7 лет эти значения составляют 22,9 и 22,6 мм; 8-12 лет – 24,3 и 25,3 мм; 13-16 лет – 26,2 и 24,2 мм; 17-21 год – 25,7 и 25,9 мм.

**Выводы.** Трансназальные подходы при проведении аденотомии затруднительны у детей до 7 лет из-за узости полости носа, более предпочтительно использовать трансоральный подход под контролем видеоэндоскопической техники. Полученные размеры носоглотки и полости носа необходимы хирургам для выбора размера аденотома – в 2-3 года № 3, 4-7 лет № 4, с 8-12 лет № 5.

**Ключевые слова:** носоглотка, аденотомия, краниометрия, компьютерная томография, детский возраст.

---

*Марусич И.И., Голубова Т.Ф., Власенко С.В.*

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА ЭХОАТЛЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ**

**Цель исследования:** сравнительная оценки эффективности применения робототерапии в комплексе санаторно-курортным лечением и традиционных санаторно-курортных комплексов у детей с ДЦП.

Исследование было проведено на базе специализированного психоневрологического отделения ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки» МО РФ. Всего было обследовано 94 ребёнка с ДЦП форма спастическая диплегия возрастом от 11 до 17 лет. Было сформировано 3 группы:

- основная группа (ОГ) 22 ребёнка – реабилитация осуществлялась посредством применения робототерапии в комплексе с консервативным санаторно-курортным лечением. Модель формирования двигательного стереотипа: роботизированная активно-пассивная (ЭкзоАтлет – экзоскелет). Курс

ходьбы в аппарате в среднем составит  $7,13 \pm 0,13$  дней. Длительность ходьбы на одну процедуру –  $25,34 \pm 0,02$  мин. Параметры движений подбирались индивидуально, в зависимости от нейроортопедического статуса пациента. Каждый сеанс происходило постепенное увеличение длительности ходьбы.

- группы сравнения (ГС): ГС-1 – 36 ребёнка с ДЦП, получающих СКЛ в комбинации с автоматизированной беговой дорожкой. Модель формирования двигательного стереотипа: активная; ГС-2 – 36 детей с детским церебральным параличом (ДЦП – G90) получающих СКЛ в комбинации с многоканальной электростимуляцией. Модель формирования двигательного стереотипа: пассивная.

Были использованы следующие методы исследования: клиническое по общепринятой схеме педиатрического и специального осмотра узкими специалистами с анализом анамнестических данных и медицинской документации; нейропсихологическое тестирование: оценка тяжести двигательных расстройств (ДЦП) с использованием шкалы Ашворда, GMFCS, EDSS; функциональные методы: ультразвуковое исследование мышц нижних конечностей, биомеханика ходьбы с оценкой подографических параметров – длительность двойного шага, соотношение фазы опоры и переноса, продолжительность интервалов опоры на пятку, стопу и носок, а также длительность фазы двойной опоры; электромиограмма в границах двойного шага, определенных во время обработки подограммы. В процессе ходьбы определялся интегральный показатель, характеризующий интенсивность работы мышц и оценивался электромиографический профиль каждой мышцы соответственно фазам локомоторного цикла, с отметкой в которую из фаз был зарегистрирован максимум активности.

Полученные клинические эффекты: в основной группе, по сравнению с группой сравнения, после проведения эксперимента отмечалась тенденция к снижению продолжительности двойного шага, нормализации соотношения длительностей опорной и переносной фаз, снижению длительности фазы двойной опоры. Полученные данные можно расценить как положительные изменения.

Вывод: программируемая ходьба в ЭкзоАтлете способствует выработке шагового движения приближающегося к физиологической норме, отмечена пролонгация эффекта после снятия робота длительность которой увеличивается с увеличением времени занятий.

Применение метода робототерапии у детей со спастической диплегией, дополненного электромиографическим мониторингом, позволяет добиться более эффективного восстановления двигательных возможностей ребенка с детским церебральным параличом.

*Масенко В.В., Стафинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Бубликова А.М.*

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

## **ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ**

Актуальность. В марте 2022 года в мире зарегистрировано более 442 млн. подтвержденных случаев COVID-19. Несмотря на множество публикаций, посвященных проблеме поражения периферической нервной системы (ПНС) у пациентов с COVID-19 инфекцией, новым вариантам течения заболевания, изучению механизмов развития поражения нервной системы и поиску оптимальных направлений лечения, многие аспекты проблемы требуют дальнейшего изучения. В частности, сложными остаются вопросы о специфичности поражения нервной системы при COVID-19, механизмах поступления вируса в нервную ткань и ряде аспектов патогенеза ее поражения. Неврологические осложнения COVID-19 полиморфны по своей симптоматике и тяжести клинических проявлений. Острые поражения периферической нервной системы при COVID-19 – это аносмия и агевзия, синдром Гийена – Барре, синдром Миллера Фишера, краниальный полиневрит.

В патогенезе неврологических расстройств можно выделить несколько потенциальных механизмов: прямое вирус-индуцированное поражение нервной ткани, гипоксия, параинфекционные иммуноопосредованные механизмы и нарушения со стороны других органов и систем, вызванные активацией системного воспаления. Согласно имеющимся экспериментальным и клиническим данным патогенез острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ОВДП; синдром

Гийена – Барре – СГБ) обусловлен не прямым невропатическим действием инфекционного агента, а иммунным ответом на предшествующую инфекцию с перекрестным реагированием с компонентами периферических нервов по механизму молекулярной мимикрии. Иммунный ответ может быть направлен на миелин или аксоны периферических нервов, что приводит к демиелинизирующей и аксональной формам СГБ.

**Цель.** Изучить клинические симптомы, лабораторные и нейрофизиологические изменения при поражении ПНС после перенесенной COVID-19 инфекции.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни 17 пациентов с поражением периферической нервной системы с диагнозом ОВДП, которые проходили лечение на базе неврологических отделений №1 и №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения в период с 2020 по 2022 гг. Пациенты были подразделены на две подгруппы: 1-я – 6 пациентов с ОВДП ковид-ассоциированной, и 2-я контрольная группа – 12 пациентов с диагнозом ОВДП, не связанной по анамнезу с перенесенной коронавирусной инфекцией.

**Методы исследования.** Анализ жалоб и неврологического статуса, лабораторные анализы, результаты исследования цереброспинальной жидкости, данные электронейромиографии (ЭНМГ), такие как скорости моторного и сенсорного ответов (СРВ).

**Результаты и их обсуждение.** Возраст пациентов в 1-ой группе варьировал от 28 до 72 лет (средний возраст  $52,3 \pm 5,5$ ); во 2-ой от 30 до 75 лет (средний возраст  $50,7 \pm 5,3$ ). Интервал от появления первых симптомов COVID-19 инфекции до манифестации ОВДП составил от 13 до 30 дней, таким образом идентичен с интервалу при ОВДП, возникающей после других инфекций.

При сравнении лабораторных показателей цереброспинальной жидкости между 1 и 2 группами в 50% случаев в 1 группе наблюдалось повышение белка (среднее значение  $0,764 \pm 0,296$  г/л); во 2 группе содержание белка было нормальным, содержание глюкозы в 1 и 2 группах было нормальным в 100% случаев (среднее значение  $3,561 \pm 0,19$  ммоль/л), понижение хлора наблюдалось в 1 группе в 22% случаев (среднее значение  $120,2 \pm 31,6$  ммоль/л).

По данным ЭНМГ в 1-ой группе выявлены признаки поражения моторных волокон в 33% случаев, поражение периферических нервов – в 5%. Моторная СРВ составила  $28,3 \pm 5,5$  м/с, сенсорная –  $42,1 \pm 5,0$  м/с. При этом не выявлены статистически значимые различия между двумя подгруппами ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В группе пациентов с ОВДП, ассоциированной с COVID-19 инфекцией, в 50% случаев отмечены изменения в ликворе (синдром белково-клеточной диссоциации). У пациентов с ковид-ассоциированной ОВДП по данным ЭНМГ отмечается снижение скорости моторного и сенсорного ответов, а также вторичное снижение амплитуды М-ответа (отмечен демиелинизирующий характер поражения периферических нервов). Пациентам с поражением ПНС после перенесенной коронавирусной инфекции необходима программа индивидуальной реабилитации и планирование подходов к фармакологической терапии.

---

*Масенко В.В., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л.*

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

## **ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Актуальность.** Показатель заболеваемости, инвалидности и смертности от цереброваскулярной патологии является одним из самых высоких в мире. Основными причинами роста количества пациентов с хронической ишемией головного мозга являются наличие в анамнезе артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, изменения системы гемостаза, наличие дислипидемии. Сосудистые расстройства играют весомую патогенетическую роль в развитии и прогрессировании хронических цереброваскулярных заболеваний, что проявляется нарастанием неврологической симптоматики и нарушением функций высшей нервной деятельности, что резко снижает качество жизни и адаптацию пациентов в обществе. В связи с этим значительный интерес прикован к сосудистым

поражениям нервной системы, в частности, к артериальной и венозной дисциркуляторной патологии головного мозга.

Цель. оценить особенности сосудистых расстройств у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологических отделений №1 и №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения в период с 2020 г. по 2022 г. Нами проанализированы клинические и инструментальные данные 43 пациентов с диагнозом хроническая цереброваскулярная недостаточность, которые были разделены на две подгруппы в зависимости от стадии заболевания (1-я с начальными проявлениями цереброваскулярной недостаточности; 2-я с дисциркуляторной энцефалопатией второй стадии). Методы исследования: анализ жалоб и неврологического статуса, ультразвуковая доплерография прецеребральных сосудов, коагулограмма, липидограмма и компьютерная томография головного мозга. Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Excel и Statistica (версия 10.0).

Результаты и их обсуждение. Возраст пациентов варьировал от 53 до 88 лет (средний возраст  $68,7 \pm 7,2$  года), средний возраст пациентов первой подгруппы составил  $61,5 \pm 3,7$  года, второй подгруппы –  $75,6 \pm 4,5$  года. Женщины преобладали в обеих группах и имели больший возраст, чем мужчины (86% – женщины, 14% – мужчины). Выделены ведущие клинические синдромы: цефалгический (у 58% исследованных), атактический (32,5-62,7%), астенический (у 23% исследованных), тиннит (11,6%), нарушения зрения (11,6%). По данным ультразвукового исследования прецеребральных сосудов у 23,25% пациентов не выявлено каких-либо эхо-структурных изменений, у 25,6% выявлено утолщение комплекса интима-медиа общих сонных артерий, у 74,4% визуализирована атеросклеротическая бляшка (стенозирование на  $22,78 \pm 6,3\%$ ). По данным ультразвуковой доплерографии в подгруппах нарушений показателей скорости кровотока по позвоночным венам, яремным венам не выявлено. При этом выявлены статистически значимые различия между двумя подгруппами ( $p < 0.05$ ). По данным липидограммы у 60,5% пациентов выявлена гиперхолестеринемия, у 50% отмечается повышенный уровень ЛПНП (среднее значение  $3,85 \pm 0,8$  ммоль/л).

Выводы. В ходе работы изучена роль сосудистых расстройств в формировании хронической цереброваскулярной недостаточности, а также клинические и гемодинамические особенности нарушений в зависимости от стадии заболевания. Пациентам с хронической цереброваскулярной недостаточностью необходима коррекция факторов риска развития данной патологии, программа индивидуальной реабилитации, планирование подходов к терапии.

---

*Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.*

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград  
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

## **АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС: ОТ ПАТОБИОЛОГИИ К СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ**

При распространенном гнойном перитоните (РГП) сохраняется неоднозначность в определении критериев локальной инфекции и абдоминального сепсиса (АС).

Цель исследования: разработка основ и апробация элементов патобиологического подхода к повышению безопасности лечения АС.

Материал и методы

Клинический раздел работы реализовался в два этапа. Перед ретроспективным этапом исследования (321 пациент с РГП) был разработан дизайн анализа первичной медицинской документации, при котором были определены параметры для идентификации локальной и генерализованной формы внутрибрюшной инфекции.

Согласно им диагностика АС была основана на следующем алгоритме: присутствие очага инфекции + наличие 3 или 4 критериев системной воспалительной реакции + синдром кишечной недостаточности 2-3 стадия + наличие критериев недостаточности одного органа (системы), соответ-

ствующее оценке по шкале динамической оценки органной недостаточности Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) от 1 до 3 баллов.

Опыт лечения 224 пациентов с РГП, в генезе которого были заболевания и травмы толстой кишки (исключая острый аппендицит) был обобщен во время выполнения комбинированного (ретропроспективного этапа исследования) (РПЭИ). На РПЭИ была проведена клиническая апробация «жизнеспособности» предложенных критериев с позиций выбора оптимального способа контроля источника РГП.

#### Результаты

Число необходимых повторных операций у пациентов с РГП была в прямой зависимости от тяжести бактериальной альтерации. При отсутствии критериев системного воспаления средняя частота повторных операций составила  $1,29 \pm 0,1$ , при констатации АС выявлено достоверное увеличение количества необходимых повторных операций до  $1,77 \pm 0,1$ . У пациентов с АС решение о хирургической тактике принималось в зависимости от предложенных критериев наличия и степени выраженности нарушений при АС. Это позволило добиться относительно равных и достоверно не различающихся показателей летальности при выполнении экстренных релапаротомий (ЭРЛТ) –  $46,1 \pm 8,0\%$ , в группе программированных релапаротомий (ПРЛТ) –  $35,3 \pm 6,7\%$  ( $p > 0,05$ ) и однократных лапаротомий (ЛТ) –  $31,3 \pm 4,0\%$  ( $p > 0,05$ ). На РПЭИ абсолютные показатели раневых осложнений для ЛТ, ЭРЛТ и ПРЛТ показатели составили: 12,5%, 4,1%, 13,6% соответственно.

#### Выводы

Базовые принципы повышения качества и безопасности лечения пациентов с РГП состоят в четкой дефиниции клинико-морфологических форм внутрибрюшного воспаления, в применении модифицированных критериев генерализации инфекции, определяющих выбор оптимального варианта контроля над источником АС. Эти факторы лежат в основе выбора ПРЛТ в случаях исходной констатации АС и более тяжелых форм системного воспаления, в то время как однократная ЛТ должна выполняться при РГП без органических и системных нарушений.

*Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.*

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград  
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

#### Цель исследования

Оптимизация способов периоперационной профилактики и лечения раневых и внутрибрюшных осложнений при разной степени опухолевой непроходимости толстой кишки (ОНТК).

#### Материал и методы

Исследование основано на результатах лечения 840 пациентов с ОНТК. Большинство выполненных в обеих группах сравнения операций были отнесены к условно-чистым – 559 (66,5%). Контаминированными были 26,5%, а «грязные» операции составили 7%. При ОНТК-I преобладали условно-чистые операции, а при ОНТК-II – условно-чистые и загрязнённые, в равной пропорции, в то время как при ОНТК-III, загрязнённые операции составили подавляющее большинство (82,2%).

#### Результаты и обсуждение

В контрольной группе, после «грязных» операций была выявлена наиболее высокая частота осложнений (67,4%). При условно-чистых и контаминированных операциях, частота осложнений была примерно одинаковой и не превышала 5%.

У 95 больных основной группы был апробирован способ интраоперационной протекции, что позволило снизить микробную контаминацию в 2,6 раза (с 33,2% до 12,6%). В основной же группе, средние сроки диагностики внутрибрюшных осложнений, были более чем в 2 раза короче, что реализовалось в показатели, согласно которым, практически все эти осложнения выявлялось в сроки до четырех суток после операции и в течение первых часов после их развития.



Основу диагностики инфекционных осложнений после операции составили лучевые методы, интегральные шкалы, лапароскопия и бактериологическая оценка обсемененности зоны анастомоза и отделяемого по дренажам.

#### Выводы

Интегральные шкалы для диагностики внутрибрюшных осложнений являются низкоспецифичными, поскольку ориентированы на критерии декомпенсации систем жизнеобеспечения. Принципы ранней диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений должны формироваться на основе активного комплексного клинико-инструментального подхода, а использование эффективных методов позволяет в более ранние сроки диагностировать осложнения и заложить базу для успешного их лечения.

---

*Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.*

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград  
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

## **СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ОТВЕТ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Цель исследования – изучение прогностического значения предикторов системной воспалительной реакции (ССВР) и продуктов активации системы гемостаза при опухолевой непроходимости толстой кишки (ОНТК).

#### Материал и методы

На контрольной (ретроспективной) группе, включающей 294 пациента с ОНТК, были изучены частота и сроки возникновения венозных тромбозмболических (ВТЭО) и гнойно-септических осложнений (ГСО). С учётом выявленных воспалительно-коагуляционных ассоциаций, в основной (проспективной) группе 252 пациентам с ОНТК в период была применена периоперационная комплексная профилактика ВТЭО и ГСО. Степень операционного риска, согласно оценке физиологического статуса пациентов, была более тяжёлой в основной группе, поскольку пациенты с III-IV степенной бальной оценкой по ASA составляли подавляющее большинство: 90,1% и 80,9% соответственно. Меры периоперационной антибиотикопрофилактики в группах были идентичны.

#### Результаты и обсуждение

Изменения гемостазиологических показателей у пациентов контрольной группы в подгруппах пациентов без осложнений и с ВТЭО были выявлены в виде межгруппового повышения уровня фибриногена и РФМК-теста начиная с 5-суток, а также снижения уровня тромбоцитов уже с 3-х суток.

С увеличением степени ОНТК была подтверждена активация всех звеньев гемостаза с 47,0% до 89% больных, что совпадало с появлением микроагрегатов внутрисосудистого свертывания на фоне прироста токсемии у 18% больных. Помимо этого, был отмечен III-IV порядковый рост от нормы С-реактивного белка с 27,4% до 84,8%, который был прямо пропорционален тенденции снижения (ниже порогового более чем на 15%) общей концентрации альбумина у 45% – при компенсированной ОНТК и у 66,7% – при декомпенсированной ОНТК.

Частота констатации признаков синдрома системной воспалительной реакции средней и тяжелой степени возросла с 36,5% до 74,2%. Сепсис (15,4%) и синдром полиорганной недостаточности развились только при декомпенсированной непроходимости (ОТН-II) и были сопряжены с распространенным перитонитом.

#### Вывод

1. При ОНТК динамические критерии воспалительно-коагуляционного компонента ССВР позволяют прогнозировать вероятность неблагоприятного прогноза на субклинической стадии.
2. При риске ВТЭО, суммарная частота выявления средней и тяжелой степени ССВР возрастает с 36,5% до 74,2%.
3. Реализация комплекса активных мероприятий по обеспечению периоперационной профилактики ВТЭО и ГСО в рамках протокола ускоренного восстановления, позволяет добиться у пациентов с

декомпенсированной ОНТК почти трехкратного снижения частоты этих осложнений по сравнению со стандартными мерами.

4. Эффективность применения воспалительно-коагуляционных предикторов системного ответа для эскалации мер профилактики ВТЭО и ГСО в основной группе была реализована в виде сокращения всех категорий рассматриваемых послеоперационных осложнений с 20,7% до 8,7%.

---

**Матийцев А.Б., Ляликов С.С.**

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

## **МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

По данным колоноскопии в последние годы в странах Северной Европы отмечается рост заболеваемости острым дивертикулитом (ОД) в популяции, который встречается у каждого второго жителя планеты в возрасте старше 70 лет. Большинство случаев заболевания имеет клинические неосложненные формы ОД и определяется как локализованное дивертикулярное воспаление без осложнений. Согласно литературным данным в 85% случаев дивертикулит можно лечить консервативно, в то время как в 15% случаев требуется хирургическое вмешательство.

Цель: уточнить морфологические изменения в парадивертикулярном сегменте левой половины ободочной кишки и их роль в патогенезе рецидива заболевания.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи проанализированы результаты 19 аутопсий. Критериями включения в исследование явились прижизненные клинические признаки неосложненной формы ОД левой половины ободочной кишки, подтвержденные эндоскопически либо рентгенологически. Критериями включения явились псевдодивертикулы сигмовидной кишки: слизистый и подслизистый слой располагался вдоль фасциального футляра, окружающего трансмуральные сосуды и представленного в виде соединительной ткани с сохранением части мышечных волокон либо проникающие через весь мышечный слой и достигающие серозную оболочку.

Результаты и их обсуждения. Установлены следующие патоморфологические особенности в стенке дивертикула: в строме имел место резкий отек преимущественно за счет лимфоцитарной инфильтрация, которая представлена в основном эозинофилами. Наряду с полнокровием и отеком мышечной оболочки обращало на себя внимание нарушение параллельного расположения гладкомышечных волокон. В парадивертикулярном сегменте выражена лейкоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация слизистой с участками резкой атрофии, а в подслизистом слое определяются участки с резким отеком. Кроме этого, в слизистой оболочке парадивертикулярного сегмента отмечается резкое снижение бокаловидных клеток вплоть до развития некроза в последних. Обращает на себя внимание отсутствие центра размножения в лимфоидной фолликуле. Вышеописанные морфологические изменения в стенке кишки сопровождаются резким расширением лимфатических сосудов. Описанные нами морфологические изменения в парадивертикулярном сегменте ободочной кишки свидетельствуют о воспалительном процессе в стенке последней. Общеизвестно, что слизистая оболочка ободочной кишки выполняет защитные функции, участвует в гомеостазе иммунной системы. Данное патологическое состояние сопровождается уменьшением количества бокаловидных клеток и приводит к изменению микробиоты кишечника – увеличению количества микроорганизмов, разлагающих муцин, тем самым оказывая повреждающие действия на слизистую, а как следствие нарушается целостность эпителиального барьера, способствуя возникновению «порочного круга» между воспалением, вызванным дисбактериозом, и, по-видимому, является причиной рецидива заболевания. Полученные данные расширяют представление о звеньях патогенеза ОД и могут быть использованы при выборе объема (границ) резекции ободочной кишки.

Выводы. Морфологически установлено, что воспалительная реакция в стенке дивертикула представлена лейкоцитарно-лимфоцитарной инфильтрацией и может распространяться трансмурально на соседние сегменты толстой кишки. Расширение лимфатических сосудов в слизистой и подслизистой

оболочке парадивертикулярного сегмента свидетельствует о нарушении микроциркуляции между межклеточным пространством и лимфой, что характерно для регионального лимфаденита

*Матийцив А.Б., Пилюгин Г.Г.*

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

## **СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

В настоящее время частота диабетических хронических ран регистрируется у 12-18% больных, страдающих сахарным диабетом, причем эта величина будет увеличиваться по мере старения населения. Литературные данные свидетельствуют, что в течение трех лет у данной группы больных имеет место в 40% случаях рецидив заболевания, в 12,3% – раны не зажили, а в течение 3 лет примерно 12% пациентам с диабетической стопой выполнена ампутация нижних конечностей. Несмотря на успехи в лечении длительно незаживающих хронических диабетических ран, которые основаны на адекватном покрытии раневой поверхности, раннем лечении инфекции, иммунокоррекции, вероятность заживления последних достигает только лишь 60% в течение одного года, поэтому необходимость изучения новых более глубоких фундаментальных звеньев патогенеза, при данной патологии является актуальной проблемой.

Цель: изучить состояние подколенных лимфатических узлов у больных, страдающих синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 больных СДС (степень поражения стопы I-IV по Вагнеру). Все больные получали традиционную терапию, направленную на детоксикацию, борьбу с инфекцией, коррекцию углеводного обмена. Всем больным до начала лечения и после окончания лечения (полное заживление раневой поверхности) было выполнено УЗИ региональных лимфатических узлов, пункционная биопсия с дальнейшим цитологическим исследованием пунктата. Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 32 больных с СДС показал следующее: I-II степень поражения стопы (по Вагнеру) была у 18 (56,25%) пациентов, тогда как III – IV – у 14 (43,75%). Возраст составлял от 54 до 72 лет. Мужчин было 13 (40,63%), женщин – 19 (59,37%). У большинства пациентов длительность сахарного диабета превышала 5 лет. У 27 (84,36%) больных выявлены сопутствующие заболевания: диабетическая нефро-, ретино-, кардиомиопатия, легочно-сердечная или печеночно-почечная недостаточность. Данные сонографии региональных лимфоузлов свидетельствовали об увеличении последних в 1,5-2,0 раза по сравнению с нормой. При цитологическом изучении пунктата региональных лимфатических узлов имело место расширение синусов, десквамация эндотелия, гиперплазия фолликулов наряду с разрастанием соединительной ткани. Кроме этого, обращало на себя внимание увеличение зрелых и менее зрелых лимфоцитов, причем последние были представлены преимущественно плазматическими клетками. После окончания лечения эхографически определялось увеличение региональных лимфоузлов в 1,2-1,4 раза с тенденцией к уменьшению по сравнению с исходными. При цитологическом исследовании пунктата лимфатического узла отмечалось преобладание зрелых лимфоцитов, отсутствие нейтрофилов и плазматических клеток, встречались единичные макрофаги, фагоцитирующие поврежденные клетки. При обзорном просмотре препарата обращало на себя внимание наличие слизи. Повторяющаяся инфекция и воспаление в дальнейшем приводят к разрушению лимфатических сосудов, а скопление богатой белком лимфы в интерстиции служит средой, обеспечивающей размножение микробов. Такое накопление жидкости в интерстиции приводит к нарушению функции как на тканевом, так и на клеточном уровне.

Заключение. Сонографически и цитологически доказано, что синдром диабетической стопы I-IV степени (по Вагнеру), сопровождается региональным (подколенным) лимфаденитом. Несмотря на полное заживление раневой поверхности, традиционная терапия не позволяет нормализовать микроциркуляцию между кровью, межклеточным пространством и лимфой, что, по-видимому, является причиной рецидива.

**Матузкова А.Н., Рындич А.А., Алешукина А.В., Полищук И.С., Твердохлебова Т.И., Суладзе А.Г.**

ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону

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

## **ИЗМЕНЕНИЯ МИКОБИОТЫ РОТОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Воспалительные процессы в ротоглотке, обусловленные потенциально патогенными микроорганизмами, являются факторами, влияющими на тяжесть прогрессирования различных воспалительных заболеваний. Орофарингеальный кандидоз является наиболее распространенной и рецидивирующей оппортунистической инфекцией у пациентов с ВИЧ-инфекцией и часто указывает на прогрессирование иммунодефицита.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 156 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте  $38,7 \pm 2,4$  лет. Все пациенты получали антиретровирусную терапию (АРТ) более 12 месяцев. Показатели, характеризующие состав и наличие изменений микрофлоры слизистой оболочки задней стенки глотки, определяли на бактериологическом анализаторе VITEK-2 compact (BioMerieux, Франция) и дискодиффузионным методом. Использовали стандартную методику забора мазков с задней стенки ротоглотки с дальнейшим проведением качественно-количественного анализа состава выделенных микроорганизмов. Для статистической обработки использовали программу SPSS Statistics Base 22.0.

Результаты. У подавляющего большинства больных выявлены нарушения микробного состава слизистой оболочки ротоглотки (71,2%). Частота обнаружения многокомпонентных ассоциаций УПМ с избыточным ростом составила 52,9%. Среди УПМ с избыточным ростом преобладали стрептококки альфа-гемолитические – 48,0%, коагулазоотрицательные – 36,4%, коринеформные бактерии (*Corynebacterium*) – 27,3%, *Staphylococcus aureus* – 21,5% и пневмококки (*S. pneumoniae*) – 19,3%. Грибковая микрофлора выявлена у 34,9% больных и представлена дрожжеподобными грибами рода *Candida*. У 11,3% больных ВИЧ-инфекцией грибы рода *Candida* были выделены в виде монокультуры. При изучении ассоциативных микросимбионтов была установлена высокая распространенность бактериально-грибковых ассоциаций с условно-патогенными микроорганизмами. У подавляющего большинства больных ВИЧ-инфекцией была выделена *Candida albicans*, в единичных случаях – *Candida cruzi*. У 2-х пациентов были обнаружены дрожжи рода *Pichia* семейства *Saccharomycetaceae*. В настоящее время этот род дрожжей встречается у пациентов с ослабленным иммунитетом. При изучении эффективности противогрибковых препаратов в отношении выделенных штаммов *Candida spp.* получены данные, свидетельствующие о высокой чувствительности к полиенам: нистатину в 93,5% проб, амфотерицину В – 75,0%. К производным триазола частота выявления устойчивости была на уровне 60,0% (к итраконазолу – 53,0%, к флуконазолу – 43%). К имидазолам (кетоназол, клотримазол) чувствительность сохранялась на уровне 64%. Множественная лекарственная устойчивость, относящаяся к одновременной устойчивости как минимум к двум различным классам противогрибковых препаратов, была выявлена в 30,2% случаев. Выводы. При исследовании микобиоты ротоглотки ВИЧ-инфицированных пациентов получены данные о доминирующей роли *Candida albicans*. Также показано, что сообщество грибов рода *Candida* имеет определенную структурную организацию и может присутствовать в биотопе ротоглотки ВИЧ-инфицированных пациентов как монокультура, так и в ассоциации с УПМ. Восстановление микроэкологии ротоглотки имеет важное клиническое значение в предотвращении дальнейшего распространения множества ассоциированных между собой микроорганизмов, предупреждая генерализацию и хронизацию патологических очагов инфекции. Проведенное исследование показало, у больных ВИЧ-инфекцией отмечается снижение чувствительности штаммов *Candida spp.* к наиболее часто назначаемым противогрибковым препаратам. Для оптимизации антимикотической терапии необходим индивидуальный подход при выборе противогрибковых препаратов в сочетании с АРТ.

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

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

## **ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Согласно данным Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН, гинекологическая патология выявляется у 78% школьниц в возрасте до 15 лет, среди 17-ти летних она достигает 90%.

Рекуррентные респираторные заболевания являются фактором риска формирования нарушений нервно-психического развития у девочек-подростков. Так как нервная и иммунная системы имеют ряд общих функций, взаимно влияют друг на друга при патологических процессах. У таких детей в периоде ремиссии зарегистрировано снижение количества лимфоцитов периферической крови CD3+, CD4+, CD8+, CD25+, CD16+, а также IgA на фоне повышения содержания CD22+ лимфоцитов по сравнению с показателями здоровых детей.

Развитие аутоиммунного процесса у девочек-подростков является одной из наиболее частых причин формирования первично-овариальной недостаточности и нарушения репродуктивной функции у женщин. В то же время нейроэндокринные и иммунологические нарушения, являются причиной нарушения менструальной функции у девочек-подростков, невынашивания и неблагоприятных исходов беременности.

Цель работы: оценить некоторые показатели иммунологического статуса у часто и длительно болеющих девочек-подростков с нарушением менструального цикла на фоне синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы исследования. Изучены клинико-иммунологические особенности у 98 девочек-подростков, из которых 42 часто и длительно болеющих с хронической патологией верхних дыхательных путей и нарушением менструального цикла (НМЦ) на фоне синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Контрольную группу (КГ) составили 56 эпизодически болеющих девочек-подростков с хронической патологией верхних дыхательных путей и НМЦ на фоне синдрома НДСТ.

Оценка иммунологического статуса проводилась на основе комплексного изучения показателей клеточного (Т-лимфоцитов) и гуморального (В-лимфоцитов, сывороточных IgA, IgM, IgG) иммунитета.

Количественные данные оценивали на нормальность распределения (тест Шапиро-Уилка). Рассчитывали: среднюю арифметическую и ее стандартную ошибку, относительную величину в% и ее ошибку репрезентативности. Для сравнения средних использовали параметрический критерий Стьюдента, а для сравнения частот – точный критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. У девочек-подростков основной группы в периоде ремиссии регистрировалась микрополиадения, астенический синдром, у них также выявлены различные заболевания верхних дыхательных путей: хронический аденоидит (25 (59,52%)), хронический тонзиллит (16 (38,10%)), хронический аденоидит (13 (30,95%)), рецидивирующий бронхит (6 (14,29%)), хронический фарингит (5 (11,90%)), как и у девочек-подростков КГ.

В течение одного года каждая девочка-подросток имела заболевания верхних дыхательных путей  $6,0 \pm 1,1$  раза (в КГ –  $2,9 \pm 0,8$  раза). Острые респираторные заболевания у девочек-подростков основной группы встречались чаще (24 (57,14%)) по сравнению с девочками-подростками КГ (20 (35,71%)).

Старт первого эпизода острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) на первом году жизни, особенно во втором полугодии, отмечался у девочек-подростков основной группы в 30 (71,43%) случаях, как и у девочек-подростков КГ. Максимальная кратность и длительность эпизодов ОРВИ, а также наличие вторичных очагов инфекции в виде аденоидных вегетаций наблюдалась преимущественно в дошкольном возрасте (23 (54,76%)) с началом посещения детского организованного коллектива, как и у девочек-подростков КГ.

Рецидивирующие заболевания у девочек-подростков обусловлены следующими причинами:

экзогенными факторами – временным фактором, осенне-зимний период (73,47%); низким уровнем материально-бытовых условий жизни (42,86%); ятрогенией – нерациональное использование лекарственных препаратов (14,29%);

эндогенными факторами – перинатальная отягощенность (66,33%); фоновые состояния в раннем периоде жизни в виде раннего искусственного вскармливания (47,96%), рахита (40,82%), наличие проявлений атопического дерматита (35,71%), гипотрофии (16,33%).

Исследование иммунного статуса у девочек-подростков основной группы позволило установить, некоторые особенности в различных звеньях иммунитета у 92,86%. Анализ клеточного звена иммунитета выявил дисбаланс у данных девочек-подростков в виде снижения содержания в крови на 19,4% Т-лимфоцитов по сравнению с девочками-подростками КГ. Это же нашло отражение в снижении относительного и абсолютного содержания CD3+ клеток, что отражает недостаточность в клеточном иммунитете – клеточно-эффекторном звене. Уменьшение содержания CD3+ клеток у девочек-подростков основной группы в значительной степени сопровождалось снижением абсолютного числа CD4+ и CD8+ клеток ( $p > 0,05$ ), что может способствовать преобладанию стимулирующего влияния CD4+ клеток, в том числе и на В-лимфоциты. Клетки-эффекторы (CD16+ (NK-клетки)) ответственны и за противовирусный иммунитет, их уровень был повышен у девочек-подростков основной группы по сравнению с показателем у девочек-подростков КГ ( $p < 0,05$ ), что, вероятно, обусловлено заместительным действием CD16+ клеток в условиях более выраженного снижения активности супрессорного звена. Согласно с данными других авторов, активное течение инфекционного процесса характеризуется повышением количества CD16+ клеток, а также кроме снижения количества CD8+ лимфоцитов, сопровождается увеличением индекса иммунорегуляции CD4+/CD8+ и, как правило, проявляется при увеличенной активности процесса. Увеличение индекса иммунорегуляции у девочек-подростков основной группы следует расценить как состояние гиперактивности.

У девочек-подростков основной группы наблюдались низкие уровни сывороточных IgA ( $1,18 \pm 0,09$  г/л), IgM ( $0,95 \pm 0,03$  г/л) на фоне повышения содержания IgE в 3,2 раза ( $p < 0,05$ ). Уровень IgG сохранялся в пределах физиологического уровня.

Выводы. Представленные данные о наличии иммунного дисбаланса у девочек-подростков основной группы с НМЦ на фоне синдрома НДСТ подтверждают не только актуальность проведенных исследований, но и требуют необходимости проведения патогенетически обоснованной иммунокорректирующей терапии.

**Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Ильяная Э.Ф., Настобурко В.В.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ГБУ ГДКБ № 2 г. Донецк\*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

В настоящее время доказано, что типичным клиническим проявлением Эпштейна-Барр вирусной инфекции (ЭБВИ) является инфекционный мононуклеоз (ИМ). Основной симптомокомплекс заболевания включает ведущие симптомы как лихорадка, поражение носоротоглотки, лимфопролиферативный синдром (ЛПС). Особенностью ЭБВИ является свойство делать инфицированные В-лимфоциты способными к неопределенно долгой культивации, а не уничтожать их, поэтому ИМ можно рассматривать как заболевание иммунной системы – доброкачественное системное заболевание.

Цель исследования. Определить наиболее информативные показатели гемограммы и оптимизировать терапию ЭБВИ у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 больных с ИМ и ЛПС в возрасте от 7 до 14 лет (основная группа). В комплексной терапии у них использовался синтетический индуктор эндогенного интерферона (тилорон). Контрольную группу (КГ) составили 30 больных с ИМ и ЛПС аналогичного возраста и пола, получавших комплексную терапию без использования тилорона.

С целью выявления информативных критериев среди показателей гемограммы использованы лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), модифицированный индекс интоксикации (ЛИИМ), лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), лимфоцитарно-лейкоцитарный индекс (ИЛЛ).

Количественные данные оценивали на нормальность распределения (тест Шапиро-Уилка). Рассчитывали: среднюю арифметическую и ее стандартную ошибку, относительную величину в% и ее ошибку репрезентативности. Для сравнения средних использовали параметрический критерий Стьюдента, а для сравнения частот – точный критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение. ЛИИ составил  $0,35 \pm 0,08$  усл. ед. При этом не учитывалось общее количество лейкоцитов и СОЭ, которые подчеркивают характер воспалительного процесса. Поэтому более приемлемыми и достоверными являются модифицированный индекс ЛИИМ и показатель ИЛЛ, которые составили  $0,31 \pm 0,03$  усл. ед. и  $5,18 \pm 0,27$  усл. ед. соответственно. Данные показатели отражают, прежде всего, вирусный характер воспалительного процесса, наиболее выраженный у детей при ИМ с ЛПС ( $p < 0,05$ ). Особенно наглядно данную версию подтверждает индекс ИЛГ составил  $21,48 \pm 1,7$  усл. ед. ( $p < 0,05$ ). Следовательно, расчет данных показателей гемограммы можно использовать в качестве индикаторов необходимости проведения экспресс дифференциальной диагностики заболеваний с ЛПС.

До назначения тилорона были увеличены такие показатели общего реактивного потенциала как НЭК – в 2,4 раза; ИЛП 1,2 по сравнению с показателями КГ. Сохранение ИЛП на уровне показателей у КГ позволяет определить способность организма адекватно ответить на антигенное раздражение.

Использование тилорона в комплексной терапии с ИМ и ЛПС способствовало нормализации всех показателей общего реактивного потенциала в то время как у детей КГ, эти показатели не достигли уровня здоровых детей ( $p > 0,05$ ).

Длительность лихорадки у детей КГ была более продолжительной на  $2,2 \pm 1,2$  дня, ангины – на  $4,0 \pm 1,6$ , полиадении – на  $4,4 \pm 0,9$ , увеличения печени – на  $3,7 \pm 1,9$ , увеличение селезенки – на  $6,2 \pm 1,7$  по сравнению с детьми основной группы ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, с учетом клинических наблюдений и результатов лабораторных исследований, доказана более выраженная эффективность комплексной терапии с применением синтетического индуктора эндогенного интерферона (тилорон) у детей с ИМ и ЛПС, так как отмечалось сокращение сроков лечения на  $5,6 \pm 1,9$  дней ( $p < 0,05$ ).

---

**Мацынин А.Н.,**

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

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТИМНОЙ ПЛАСТИКИ**

Актуальность темы. Эстетическая хирургия в современном мире уверенно занимает устойчивую позицию. В подавляющем большинстве случаев к услугам пластических хирургов прибегают с целью создания косметического эффекта. В тоже время, в условиях урбанизации, роста техногенных факторов риска травм, неоспорима роль пластической хирургии в устранении различных дефектов тела. На современном этапе велика частота проведения реконструктивно-пластических операций на органах малого таза и промежности. Не беря во внимание необходимость устранения дефектов в указанной области тела оказывающих негативное влияние на образ жизни и здоровье человека, следует отметить и важную социальную значимость проведения данных операций.

Целью настоящего исследования стало оценить эффективность и медико-социальную значимость реконструктивно-пластических операций у женщин на органах промежности.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 37 пациенток, подвергшихся проведению реконструктивно-пластических операций (лябиопластика, пластика промежности) выполненных в гинекологическом отделении центральной городской клинической больницы № 6 г. Донецка. Показаниями для оперативного лечения явились гипертрофия и/или травматическая деформация малых половых губ (18 (48,6%)), травматическая деформация промежности (19 (51,4%)). Послеопе-

рациональное обследование проводили через 2 и 6 месяцев путем сбора жалоб, анкетирования, проведения осмотра наружных половых органов и влагалищного осмотра.

Результаты исследования. Возраст пациенток колебался от 16 до 47 лет, средний возраст составил  $28,2 \pm 6,3$  года. Из 18 пациенток, подвергшихся лябиопластике только 10 (55,6%) нуждались в оперативном лечении по медицинским показаниям (выраженная гипертрофия и травматическая деформация малых половых губ. Пластика промежности проводилась лишь по медицинским показаниям. Средняя продолжительность операции составила  $28,2 \pm 5,6$  минуты. Клинически значимых осложнений интраоперационно и в послеоперационном периоде не регистрировалось. Во всех случаях кровопотеря была минимальна. В одном случае (2,7%) после пластики промежности отмечено появление диспареунии. Все пациентки после оперативного лечения отмечали существенное улучшение качества жизни. Оценка удовлетворенности 37 пациенток показала, что «очень» или «весьма» удовлетворены 35 (94,6%), «некоторое» или «значительное» улучшение отметили 2 (5,4%). 36 (97,3%) пациенток ответили, что они не жалею и проведении оперативного лечения и могли бы его рекомендовать знакомым.

Заключение. Учитывая полученные предварительные результаты следует признать, что проведение интимной пластики (лябиопластика, пластика промежности) в учреждениях здравоохранения и имеет положительное медико-социальное значение для женщин.

---

*Мацынин А.Н., Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Зяблицев Е.Д.*

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

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА**

Йодный дефицит является одной из важнейших медико-социальных проблем, оказывающей значительное влияние на состояние здоровья и воспроизводство популяции на современном этапе развития общества.

Внимание международного сообщества в значительной степени обращено на проблему дефицита йода, которая представляет опасность здоровью и жизни человека. По данным ВОЗ, более 1/3 населения Земли живет в условиях высокого риска развития йодного дефицита, тогда как проявления йодного дефицита, например, зоб, определяются у 750 млн. человек, а у 60 млн. имеется выраженная умственная отсталость вследствие недостатка йода.

В качестве средства массовой профилактики в международной практике используется йодирование пищевой соли, что законодательно закреплено на государственном уровне во многих государствах мира. Использование йодированной пищевой соли является высокоэффективным, безопасным, доступным средством профилактики для всех категорий населения. Однако на настоящий момент в Российской Федерации не существует официальной правительственной программы для установления и профилактики йодного дефицита. В ряде субъектов Российской Федерации приняты нормативные документы (распоряжения, постановления правительства регионов) по профилактике йодного дефицита, но, к сожалению, они не устанавливают обязательного обогащения йодом пищевой соли.

В современных условиях социально-политической нестабильности в Донецком регионе, сопровождающейся значительной миграцией населения, низкими демографическими показателями, сохранение здоровья и репродуктивного потенциала населения Донбасса приобретает особое значение. Стоит отметить что у беременных, проживающих в Донецком регионе, отмечается йодный дефицит легкой степени тяжести

(медиана йодурии – 63,94 мкг/л). Также у родильниц с йодным дефицитом запоздалые роды регистрируются в 8,4 раза, а патологические – в 3,0 раза чаще, чем у родильниц без дефицита йода.

Учитывая важность проблемы дефицита йода, возникает необходимость в создании непрерывной системы профилактики, которая будет закреплена законодательно в виде действующей и эффективной региональной программы, что приведет к значительному качественному улучшению состояния здоровья народонаселения Донбасса.



*Мацынин А.Н., Чурилов А.А., Новицкая А.В., Карнаух В.Д.*

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

## **ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

Актуальность темы. Согласно оценкам экспертов, в современном мире проживает 48,5 миллионов бесплодных пар, и со временем ситуация только усугубляется. Российская статистика повторяет общемировую. Среди причин женского бесплодия трубно-перитонеальный фактор, вызванный спаечным процессом в малом тазу, занимает ведущее место. Из хирургических методов лечения данной патологии наиболее эффективно эндоскопическое разделение спаек. Однако даже при использовании малоинвазивных методик спаечный процесс может развиваться повторно и ряде случаев иметь более выраженную форму.

Цель данного исследования – оценить эффективность эндоскопических технологий в комплексе восстановления репродуктивной функции пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

Материал и методы. Проведена ретроспективная оценка 118 случаев эндоскопического лечения женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Возраст пациенток колебался от 25 до 43 лет, средний возраст составил  $28 \pm 3,7$  лет. Первичное бесплодие установлено у 51,7% (61), вторичное – у 48,3% (57) пациенток. Эндоскопическим доступом производился висцеролизис, сальпингооовариолизис, сальпинготомия с последующей фимбриопластикой и проверкой проходимости маточных труб для оценки эффективности проведенного восстановления проходимости труб.

Результаты исследования. Эффективность попытки восстановления проходимости маточных труб составила 57,63% (68). Из них, в 58,82% (40) случаях удалось восстановить проходимость двух маточных труб и 41,18% (27) – одной. В 55,88% (38) случаев был выполнен сальпинголизис, в 44,12% (30) – сальпинготомия и фимбриопластика. В результате проведенного лечения в течении последующих 2 лет беременность наступила у 54,41% (37) пациенток, а у 4,41% (3) повторно. Из них у 54,05% (20) из группы, где был выполнен сальпинголизис и 45,95% (17) из группы, где выполнялась сальпинготомия и фимбриопластика. Из всех наступивших беременностей родами завершилось 78,38% (29). В 5,41% (2) случаях отмечено наступление внематочной беременности, в 16,22% (6) случаях беременность завершилась самопроизвольным абортom. При этом, в группах пациенток с сальпинголизисом и сальпинготомией в сочетании с фомбриопластикой было отмечено 47,37% (18) и 36,67% (11) родов, внематочная беременность была зарегистрирована лишь у пациенток после сальпинготомии и фомбриопластики – 6,67% (2), а самопроизвольный аборт зарегистрирован у 21,05% (8) и 30,0% (9) пациенток, соответственно с сальпинголизисом и сальпинготомией в сочетании с фомбриопластикой.

У 20,59% (14) пациенток в течении последующего года ультразвуковым методом выявлено повторное формирование гидросальпинкса.

Выводы. Проведенный анализ использования эндоскопических методик в комплексе лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин свидетельствует о его достаточной эффективности. Тем не менее, проблема далека от окончательного разрешения. Следует продолжить исследования эффективности различных методов лечения с целью разработки эффективного метода реабилитации женской репродуктивной функции.

---

*Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Егорова М.А.*

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

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ «В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ» ПРИ ИЗУЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ**

Современные общественно-политические реалии, определяют все новые вызовы перед процессом высшего профессионального образования. Невозможность очного обучения на территориях про-

ведения специальной военной операции привели к широкому использованию «онлайн-формата» в педагогическом процессе. Использование данного формата требует особых методов для повышения активности обучения.

В нашей работе при изучении гинекологии на кафедре акушерства и гинекологии мы активно используем внедрение интерактивного метода обучения в «онлайн-формате», что является одним из важнейших средств получения и совершенствования профессиональной подготовки студентов высших медицинских учебных заведений.

Суть метода заключается в том, что перед проведением занятия преподаватель в электронном режиме информирует одного из студентов, который в последующем будет имитировать больного, о наличии у него определенной патологии согласно изучаемой теме. После теоретического разбора темы занятия все остальные студенты получают другие роли: врач скорой медицинской помощи, врач-гинеколог приемного отделения, врач-лаборант, терапевт, хирург, микробиолог, гистолог, патофизиолог, врач-гинеколог, который будет наблюдать и лечить пациента. В процессе моделирования клинического случая все участники активно применяют знания, полученные не только на кафедре акушерства и гинекологии, но и на других клинических и морфологических кафедрах. В процессе постановки диагноза, определения объема дополнительного обследования и дальнейшего лечения пациента студенты используют знания физиологии, патофизиологии, гистологии, микробиологии и фармакологии. Все это позволяет более точно поставить предположительный диагноз, провести дифференцировку с возможной патологией, проявляющейся схожей клинической симптоматикой, определить алгоритм и необходимость проведения дополнительного обследования, включая лабораторные и инструментальные методы. Применение интерактивного метода путем моделирования клинического случая при обучении «в онлайн-формате» позволяет интенсифицировать процесс понимания, усвоения и творческого применения получаемых знаний и умений для решения конкретных практических задач.

Таким образом, использование интерактивного метода при обучении в «онлайн-формате» повышает мотивацию к обучению, способствует созданию эмоционального фона и интенсифицирует поисковую активность студентов. Наряду с этим, процесс обучения становится более увлекательным и осмысленным. Кроме того, в ряде случаев это может помочь студентам разобраться и выбрать будущую направленность врачебной деятельности.

---

***Машур В.В.***

Донецкий центр информационной медицины

## **МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА**

В течение ряда лет на базе Донецкого центра информационной медицины эффективно применяется медицинский информационный комплекс (МИК) в диагностике и лечении заболеваний человека. Комплекс функционирует на основе компьютера (ноутбук), на котором установлено специальное программное обеспечение и датчик. МИК включает инфекционно-паразитарную, фармакологическую базы и базу воздействия на патологические процессы в организме человека. Инфекционно-паразитарная база включает информационные характеристики возбудителей существующих на сегодня инфекционно – паразитарных заболеваний. Фармакологическая база включает информационные характеристики большинства разрешенных к применению фармакологических препаратов, а база воздействия на патологические процессы позволяет выявлять и проводить коррекцию различных имеющихся в данный момент нарушений в организме человека. МИК позволяет устранять выявленные терапевтические и инфекционно-паразитарные заболевания без применения антибиотиков, фармакологических средств, гормонов, гомеопатических препаратов. Основу комплекса составляет база данных содержащая спектральные характеристики всех систем и органов человека в здоровом состоянии. Запись информации о пациенте проводится в течение трех секунд. Получаемая за это время информация содержит более 3 700 000 показателей состояния различных систем организма че-

ловека. На основе применения программы математического анализа полученная информация анализируется и сравнивается с физиологической нормой. После этого врач приступает непосредственно к «оздоровлению систем и органов человека. При этом лечебному воздействию подвергается несколько сотен показателей организма. Аппарат подает клетке «правильный» сигнал, заставляя вспомнить и перестроиться на прежнюю «здоровую программу» и восстанавливает ее нормальную жизнедеятельность. Сеанс коррекции занимает около 60 минут. Каждый последующий лечебный сеанс начинается с диагностики всего организма человека, что позволяет осуществлять динамический контроль за эффективностью лечения.

Были получены следующие результаты. Пациентка Т.М., 50 лет. Отмечались гипертонические кризы при любой физической нагрузке, сопровождавшиеся тошнотой, сильной головной болью, вплоть до потери сознания. Было проведено 15 сеансов. После пятого сеанса ощутила дискомфорт в области печеночного угла ободочной кишки, где на шестом сеансе была получена информация о начальных процессах новообразования. После двенадцатого сеанса вся симптоматика и информация о новообразовании исчезла. Самочувствие хорошее. Самостоятельный подъем на 5 этаж без каких-либо последствий. Жалоб нет. Пациентка Т.В., 55 лет. Проводилось лечение по поводу проблем с молочными железами. За 2 дня до очередного сеанса обратилась с жалобами на гиперемию, отечность лица с одной стороны, боль, повышенную температуру. Был выявлен «свежий» возбудитель паротита. Проведен один лечебный сеанс. После него никаких клинических проявлений паротита обнаружено не было, жалоб отсутствовали.

*Медведева В.В., Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Бобровицкая А.И.*

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

## **ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Инфекция COVID-19, унесшая с конца 2019 года более 6 миллионов жизней, остается одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. По данным Европейской Академии Дерматовенерологии, дерматологические поражения в рамках коронавирусной инфекции встречаются приблизительно в 30-35% случаев.

За 9 месяцев 2022 года в стационарах ДНР было пролечено 1230 больных детей COVID-19. В 2022 году отмечен рост числа госпитализаций грудных детей с COVID-19 (до 1 года – 25,2%), у детей преобладали симптомы воспаления верхних дыхательных путей (95%): риносинусит, тонзиллит, ларингит и бронхолит и желудочно-кишечные симптомы (57%). Кожные симптомы у 20% больных были единственным симптомом заболевания, у 15% больных сыпь была первым симптомом болезни, благодаря которому удалось обнаружить вирус на ранней стадии. Наиболее частые дерматологические проявления наблюдались у 35% детей: крапивница (6%), ознобления (9%), пятнисто-папулезная сыпь (15%), везикулярная экзантема (3%), токсикодермии (8%), многоформная эксудативная эритема (2%). Учитывая важнейшее значение кожных проявлений при коронавирусной инфекции, приводим собственное наблюдение.

Артем Ч. 9 лет, поступил в ОИТдДСИП ЦГКБ №1 г. Донецка с жалобами на повышение температуры тела до 39,7°C, одышку, жидкий стул, покраснение склер, гиперемия ладоней и стоп, высыпания, вялость, отсутствие аппетита. Из эпидемиологического анамнеза – в школе 8 дней назад контактировал с больным COVID-19. Аллергологический анамнез не отягощен. По линии РЦЭМП и МК ребенок доставлен в ОИТдДСИП ЦГКБ №1 г. Донецка. Общее состояние при поступлении тяжелое. Одышка смешанного характера в покое, интоксикационный и гипертермический синдром. Выраженный склерит, конъюнктивит. В околопупочной области, на туловище и конечностях элементы полиморфной, до 5-7 мм в диаметре, пятнисто-папулезной сыпи, которая исчезает при надавливании. Гиперемия ладоней и стоп. Следы от подкожных инъекций с образованием мелких гематом. Задняя стенка глотки зернистая, небные дужки, миндалины слегка гиперемированы. Микрополиадения. Носовое дыхание затруднено. Над легкими перкуторно: притупление в межлопаточной области, в задненижних, боко-

вых отделах; аускультативно: жесткое дыхание, единичные крепитации в нижних отделах. SpO<sub>2</sub> в пределах 93-96%. Деятельность сердца ритмичная, тоны умеренно приглушены, систолический шум в 1 и 5 точке. Тахикардия. АД – 98/46 mmHg. Печень + 1,5 см от края реберной дуги. На рентгене ОГК двусторонняя бронхопневмония. Лабораторные данные с выраженными изменениями острофазных маркеров воспаления (повышение СРБ – 275мг/л, D-димера – 2495нг/мл, ИЛ-6 – 46,7пг/мл, ферритина – 496нг/мл, прокальцитонина – 9,93нг/мл), высокий титр IgG к SARS-CoV-2, отсутствие РНК SARS-CoV-2 в мазках из носо/ротоглотки методом ПЦР у ребенка с длительной лихорадкой, поражением кожи и слизистых оболочек, лимфаденопатией, двусторонней внегоспитальной пневмонией, ДН 2 ст., позволили верифицировать клинический диагноз: Мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-CoV-2 (мелкопятнистая сыпь, конъюнктивит, отек кистей, гастроэнтерит, пневмония), развившийся в позднем периоде течения COVID-19. На фоне проведенной терапии (Привиджен 0,5г/кг, Дексаметазон 10мг/м<sup>2</sup>/сут в/в (3 дня) с последующим снижением дозы, Гепарин, Аугментин) купировались симптомы интоксикации и экзантема, исчезли гастроинтестинальные симптомы, регрессировал склерит, конъюнктивит, пастозность кистей и стоп, острофазные показатели и коагулограмма нормализовались с положительным клиническим эффектом к 14-му дню лечения.

Таким образом, повышение осведомленности врачей-педиатров об изменениях кожи, связанных с COVID-19, позволит более эффективно обнаруживать инфекцию и оказывать помощь детям.

*Мелихова П.М., Голионцева А.А., Натальченко Д.В.*

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

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЙСТВИЯ ЖИВОТНОГО И РАСТИТЕЛЬНОГО СУРФАКТАНТА**

### **Введение**

Известно, что на долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев неонатальной смертности. Наиболее частой причиной летального исхода являются проблемы, связанные с незрелостью дыхательной системы. Ряд авторов сообщает, что незрелость легких обусловлена дефицитом эндогенного сурфактанта, который является звеном патогенетической цепи при респираторном дистресс-синдроме (РДС). Данная патология лечится заместительной терапией сурфактантами, что благоприятно сказывается на оксигенации.

### **Цель**

Получить современные представления о видах сурфактантной терапии у новорожденных, а также оптимальной тактике лечения патологий системы легких, в частности РДС.

### **Материал и методы**

Для достижения цели использованы методы информационного поиска: изучение данных современных научных литературных источников по вопросу лечения патологии дыхательной системы у новорожденных.

### **Результаты и обсуждения**

По мнению ряда авторов, любая патология дыхательной системы сопровождается нарушением функции сурфактантной системы легких. Особенно выражен дефицит эндогенного сурфактанта при РДС у недоношенных детей. Частота РДС прогрессирует на более ранних сроках беременности. Статистические данные показали, что у младенцев, родившихся менее чем на 28 недели беременности в 60% случаев разовьется РДС. Патология связана с чрезмерным натяжением альвеол и повышенным риском коллапса легких во время выдоха. Большинство недоношенных младенцев рождаются до стадии альвеоляризации легких, которая наступает на 32 недели беременности. Из-за недоразвития легких, легочное сурфактантное вещество не вырабатывается в не достаточном количестве или в его составе критически мало фосфолипидов и белков. При лечении таких младенцев применяется сурфактант-терапия, которая улучшает оксигенацию, предотвращает ателектаз альвеол, увеличивает ЖЕЛ. Данная терапия снижает вероятность возникновения коллапсирования альвеол, следовательно уменьшится риск появления болезни гиалиновых мембран (БГМ). Для сурфактантной терапии при-

меняются два вида препаратов: синтетические, содержащие только липидные компоненты и природные, полученные из легких крупно рогатого скота и свиней. Одним из часто применяемых растительных препаратов является «Куросурф». Его состав отличается от состава синтетического препарата наличием гидрофильных белков. Действенность заключается в функциях гидрофильного белка SP-A играющего важную роль в метаболизме сурфактанта в защите от бактериальных эндотоксинов, в свою очередь апопротеины SP-B, SP-C отвечают за реабсорбцию и снижение поверхностного натяжения. Синтетические препараты не содержат сурфактантного белка А, тем самым менее эффективно сказываются на положительной динамике лечения РДС и сопутствующих заболеваниях.

#### Выводы

Анализ данных показал, что лечение синтетическими препаратами более эффективно за счет различных апопротеинов. При введении натурального сурфактанта снижается развитие пневмоторакса на 27% и тяжелых форм бронхолегочной дисплазии на 13%. Имеющимся в данном сурфактанте белкам в разы легче взаимодействовать с пневматоцитами альвеол, продуцируемых легочный сурфактант.

---

#### *Мельник А.В.*

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

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ КАК РЕАКЦИИ НА СТРЕСС**

На население Донецкой Народной Республики (ДНР), начиная с 2014 года, оказывает значительное влияние хронический эмоциональный прессинг, связанный с военными действиями, ухудшением социальных и материальных условий. Все это, в сочетании с эндогенными стрессовыми факторами и внешним техногенным воздействием окружающей среды промышленного региона, существенно нарушает работу устойчивых механизмов поддержания иммунного статуса и его влияния на развитие процессов воспаления в организме человека. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из наиболее распространенных проблем медицины Донбасса, что связано с производственным травматизмом. Возникшая на фоне хронического стресса, обусловленного перечисленными выше факторами, ЧМТ может приводить к состоянию гипоксии и снижению резервных возможностей гомеостаза организма. В первую очередь, это проявляется в снижении функциональных возможностей иммунной системы больного – ее моноцитарно-макрофагального компонента.

Исследования, проведенные в последние годы, подтверждают возможность угнетения функциональной активности различных систем организма под воздействием ряда факторов, запускающих стресс-активирующую систему (САС), что в свою очередь сопровождается срывом инициации начального этапа иммунного ответа на уровне моноцитарно-макрофагальной системы или системы неспецифической защиты.

В зависимости от степени зрелости и последующей активации антигенами или лимфоцитами макрофаги, преобразовавшиеся из моноцитов, становятся свободными или фиксированными. Как известно, свободные (подвижные) макрофаги в соединительной ткани называются гистиоцитами. Они взаимодействуют с другими типами макрофагов в системе мононуклеарных фагоцитов и первыми реагируют на внешнее воздействие, в т.ч. и на стресс. В процессе активации под воздействием стрессового фактора макрофаги могут приобретать провоспалительный (M1) и иммуномодулирующий (M2) фенотипы.

Для реализации функции первичной обработки антигена для последующей презентации, макрофаги используют хорошо выраженный лизосомальный аппарат, размещенный в их цитоплазме, и состоящий из множества лизосом и фагосом. Кроме того, поверхность тканевых макрофагов представлена многочисленными складками, облегчающими процессы миграции и фагоцитоза.

При ЧМТ и последующем срабатывании САС происходит вовлечение макрофагов в воспалительный процесс. В поврежденной ткани происходит высвобождение медиаторов воспаления путем се-

креции интерлейкинов, что, в свою очередь, стимулирует миграцию новых порций макрофагов в очаг воспаления для реализации там первичной фазы иммунного ответа.

Следует отметить, что в процессе реализации стресса, наряду с адаптацией к сильным раздражителям, в организме развиваются повреждения структуры и функций на уровне молекулярных компонентов клеток, собственно самих клеток и структур, из которых они состоят. Что касается органов, отвечающих за реализацию стресса, то на фоне увеличения объема коркового вещества надпочечников происходит уменьшение размеров тимуса, селезенки, лимфатических узлов. В итоге, результатом стрессового воздействия на уровне системы кровообращения становятся нарушения обмена веществ, приводящие к повышению содержания продуктов стрессового катаболизма белков, высвобождению медиаторов воспаления, которые будучи не токсичными в малых дозах, накапливаясь в тканях, становятся высокотоксичными соединениями. Это происходит вследствие взрывного усиления окислительных процессов, которое получило название «окислительный стресс».

Итоговым результатом указанных патофизиологических процессов в организме пациентов с ЧМТ становится их более длительная реабилитация, требующая дополнительных мер антиоксидантной защиты тканей организма и профилактики метаболического (окислительного) стресса.

---

*Мельник А.В., Мельник К.В., Беседин И.Е., Лыгина Ю.А., Прохожаева Е.Д.*

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

## **К ВОПРОСУ О РОСТЕ РЕГИСТРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЗВАННЫМИ РЕДКИМИ ШТАММАМИ САЛЬМОНЕЛЛ В США И СТРАНАХ ЕВРОПЫ НА ОСНОВЕ ОТЧЕТОВ PROMED-RUS**

Российской службой ProMED-mail (<http://promedmail.org/ru>) – одной из региональных сетей ProMED, предлагающей русскоязычные отчеты о возникающих вспышках инфекций, актуальных как для Российской Федерации (РФ), стран бывшего СССР и других территорий Земного шара, ежегодно регистрируются случаи сальмонеллеза, вызванного, как правило, *Salmonella* (далее – S.) Enteritidis, S. Typhimurium и другими распространенными сероварами. В последние годы в США, странах Евросоюза и РФ заболеваемость сальмонеллезом выросла в 3-8 раз.

**Цель работы.** Проанализировать особенности эпидемического процесса сальмонеллезной инфекции в ряде стран мира в 2021-2022 гг. на основе отчетов Российской службы ProMED-mail (ProMED-RUS) и возможности применения этих материалов для оптимизации профилактической и противоэпидемической работы соответствующих служб с учетом новых реалий.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ ProMED-RUS для оценки эпидемиологической ситуации по сальмонеллезной инфекции за последний месяц 2021 г. и 4 месяца 2022 г. на основании имеющихся данных ProMED. В качестве ключевого слова для поиска отчетов в ProMED-RUS, опубликованных за изучаемый временной период, мы использовали «сальмонеллез». Также использовались комментарии модераторов, дополняющие информацию, представленную в самих отчетах.

**Результаты и обсуждение.** За указанный временной промежуток Pro-MED-RUS опубликовал 22 отчета об обнаружении сальмонеллезной инфекции у детей в виде вспышек и спорадических случаев в США, Канаде, Бельгии, Великобритании, Германии, Дании, Ирландии, Испании, Люксембурга, Нидерландах, Норвегии, Франции и Швеции.

В первом отобранном нами для анализа отчете службы Pro-MED-RUS от 17.01.2022 г. сообщалось, что в нескольких странах Евросоюза была зарегистрирована вспышка сальмонеллеза (в отчете серотип не указан), во время которой заболело более 300 человек, из них двое – умерли. В отчете указывалось, что, согласно информации Центра профилактики и контроля заболеваний ЕС (ECDC) по состоянию на 8 февраля 2022 г., было выявлено 272 заболевших. Большая часть заболевших употребляла в пищу куриные яйца или продукцию их переработки. Большинство заболевших входило в возрастной промежуток от 1 года до 64 лет.

В отчете службы Pro-MED-RUS от 15.04.2022 г. опубликованы результаты расследования очередной вспышки сальмонеллеза, вызванной сероваром S. Typhimurium, в 10 странах Европы. Источни-

ком заражения 150 детей раннего возраста послужили шоколадные изделия в форме яйца известной транснациональной компании. В феврале 2022 года в Великобритании был выделен небольшой кластер серовара *S. Typhimurium*. Кластер был необычным – все заболевшие, кроме одного зарегистрированного случая, были моложе 10 лет, и штамм сальмонеллы обладал необычной устойчивостью к противомикробным препаратам. Уровень госпитализации детей составил 42% случаев был явно выше, чем обычно регистрируется при вспышках сальмонеллеза для отдельных случаев заражения сероваром *S. Typhimurium*.

Особенностью возбудителя данной вспышки сальмонеллеза стал профиль множественной лекарственной устойчивости штамма, особенно устойчивость к канамицину и гентамицину, а также устойчивости к линкозамидам, которые относительно редко встречаются у монофазных штаммов *S. Typhimurium* в Европе. Штамм также оказался чувствителен к фторхинолонам, азитромицину и цефалоспорином третьего поколения.

Выводы. На основании проведенного выше эпидемиологического анализа рапортов PROMED можно сделать заключение, что в ряде стран Евросоюза и США в конце 2021 г. активизировался эпидемический процесс сальмонеллезной инфекции и существует высокий риск возникновения новых вспышек, вызванных как широко распространенными сероварами штаммов – *S. Enteritidis*, *S. Saintpaul* и др., так и редко встречающимися сероварами – *S. Braenderup*, *S. Typhimurium* и др.

Следует обратить внимание на совершенствование современной лабораторной базы для бактериологической и молекулярной диагностики сальмонеллеза в Донецкой Народной Республике.

*Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И., Бурлака И.П., Суханова В.В.*

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

## **ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КИШЕЧНЫМ ИЕРСИНИОЗОМ В Г. МАКЕЕВКЕ**

Актуальность. Иерсиниоз – это острая кишечная инфекция с возможным поражением организма полиорганного характера с клиническим течением, которое довольно сложно диагностируется. Возбудитель *Yersinia enterocolitica* чрезвычайно устойчив к воздействию факторов внешней среды, что усиливает вероятность заражения человека данной инфекцией алиментарным, водным, а также контактно-бытовым путем.

Цель исследования. Определить характеристики эпидемического процесса кишечного иерсиниоза в г. Макеевке и дать рекомендации по оптимизации эпидемиологического надзора за данной инфекцией.

Материалы и методы. Проведен эпидемиологический анализ материалов Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно – эпидемиологического надзора Государственной санитарно – эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по заболеваемости кишечным иерсиниозом в 2021 г.

Результаты исследования. Заболеваемость кишечным иерсиниозом в г. Макеевка в 2021 г. составила 4,19 на 100 тыс. населения. Все случаи заболевания подтверждены серологически. Групповых и семейных случаев кишечного иерсиниоза за отчетный период было не выявлено. Следует отметить, что в сравнении с 2020 г. заболеваемость кишечным иерсиниозом снизилась на 40,2%. При этом, городской показатель заболеваемости был на 40,8% выше среднереспубликанского, который составлял 2,72 на 100 тыс. населения. Подъем заболеваемости в течение года регистрировался в период с января по апрель и в августе. Установлено, что в 18,5% случаев заражение произошло за пределами г. Макеевки. Факторами передачи выступили продукты питания, приобретенные на различных городских рынках у частных лиц.

В целом по ДНР в 2021 г. отмечается по сравнению с 2020 г. снижение заболеваемости кишечным иерсиниозом в 2,9 раза. По первичным диагнозам в 2021 г. в очагах кишечного иерсиниоза были про-

ведены дератизационные работы в помещениях и на открытых территориях в гг. Донецк, Макеевка, Горловка, Енакиево, Шахтерск.

Недостаточные меры борьбы с мышевидными грызунами в ДНР из-за проводимых военных действий, не полное выявление в ходе эпидемических расследований на должном уровне источников и путей передачи инфекции будут содействовать регистрации новых случаев заболеваний кишечным иерсиниозом среди населения в конце 2022 г. и в 2023 г.

Выводы. В целом по г. Макеевке в 2021 г. наблюдается некоторое улучшение эпидемиологической ситуации по кишечному иерсиниозу. Ведущим фактором распространения этого заболевания остается алиментарный, что подтверждает этиопатогенез данной патологии. Для оптимизации эпидемиологического надзора за кишечным иерсиниозом очень важно усиление санитарного контроля за хранением, реализацией и производством продуктов питания. Особо следует отметить необходимость добросовестного проведения дератизационных мероприятий на пищевых предприятиях и в частных владениях.

---

*Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Мельник А.В., Мандрыка Г.Ю.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Городской перинатальный центр, г. Макеевка

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В МАКЕЕВСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗА 2019-2021 ГГ.**

Актуальность проблемы. В современных учреждениях родовспоможения сохраняется высокий риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), который обусловлен ослаблением в процессе беременности механизмов неспецифической защиты у рожениц и особенностями иммунитета у новорожденных детей, в первую очередь, недоношенных. Это приводит к формированию госпитальных штаммов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, обладающих высокой вирулентностью и устойчивостью к большинству используемых антибактериальных средств в условиях нерациональной антибиотикотерапии.

Цель. Проанализировать результаты микробиологических исследований проб крови, отобранных у новорожденных детей за 2019-2021 годы в Макеевском перинатальном центре (МПЦ). Оценить качество проведения эпидемиологического надзора за ИСМП в МПЦ и микробиологического мониторинга за циркуляцией патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, включая госпитальные штаммы.

Материалы и методы. Микробиологическим методом исследовано 311 проб крови, взятых от новорожденных детей в 2019 г., 155 проб – в 2020 г., 92 пробы – в 2021 г.

Результаты и обсуждение. В 2019 г. выделено 25 культур, что составило 8,3% от общего их числа. Выделены штаммы: *Pseudomonas* (далее Ps.) *aeruginosa* – 11 штаммов (все полирезистентные (ПР)), *Enterococcus* (далее Ent.) *aerogenes* – 6 (все ПР), *Staphylococcus* (далее St.) *epidermidis* – 2, Ent. Cloacae – 2, St. haemolyticus – 2, St. hyicus – 2.

В 2020 г. выделено 30 культур, что составило 19,4% от общего их числа. Выделены штаммы: Ent. aerogenes – 9 (2 ПР), Ent. cloacae – 6 (5 ПР), St. epidermidis – 5, St. haemolyticus – 4, Ps. Aeruginosa – 3, St. aureus – 2, Ent. Agglomerans – 1.

В 2021 г. выделено 23 культуры, что составляет 25,0% от общего их числа. Выделены штаммы: Ent. Aerogenes – 8 (2 ПР), St. epidermidis – 5, Ent. Cloacae – 5 (3 ПР), St. aureus – 3, St. haemolyticus – 2.

В последние годы большинство медицинских организаций г. Макеевки функционируют в режиме чрезвычайной ситуации в условиях дефицита стабильного гарантированного водоснабжения и ограниченного выбора дезинфицирующих средств, которые поставляются в рамках гуманитарной помощи в ограниченном ассортименте.

Заключение. Ухудшение эпидемиологической ситуации в отделениях МПЦ связано с формированием резистентности возбудителей ИСМП к применяемым дезинфицирующим средствам, а также сложностями в заборе материала для микробиологических исследований.



*Мельник К.В., Беседин И.Е., Мельник А.В., Лыгина Ю.А., Прохоржаева Е.Д.*

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

## **ИТОГИ МОНИТОРИНГА ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЕПАТИТА НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ США И ЕВРОПЫ НА ОСНОВЕ ОТЧЕТОВ PROMED-RUS**

Российская служба ProMED-mail (<http://promedmail.org/ru>) является одной из региональных сетей ProMED и предлагает в режиме реального времени русскоязычные отчеты о вспышках инфекций, актуальных как для Российской Федерации (РФ), стран бывшего СССР и других территорий Земного шара. Систематический анализ материалов этих отчетов позволяет оперативно реагировать на изменяющуюся эпидемическую обстановку в мире, прогнозировать рост или падение заболеваемости теми или иными инфекциями, оптимально рассчитывать меры борьбы и профилактики этих инфекционных заболеваний.

Целью работы было проанализировать особенности эпидемического процесса, диагностики, клинического течения и мер борьбы с новым острым гепатитом у детей, вспышки которого были зарегистрированы в 2022 г. в Великобритании и 10 странах Европы на основе отчетов Российской службы ProMED-mail (ProMED-RUS) и возможности применения этих материалов для прогнозирования возможности развития аналогичной вспышки на территории РФ и Донецкой Народной Республики.

Материалы и методы. Был проведен анализ отчетов ProMED-RUS для оценки эпидемиологической ситуации по новой разновидности острого гепатита у детей за период начиная с декабря 2021 г. по конец апреля 2022 г. на основании имеющихся данных ProMED. В качестве ключевого слова для поиска отчетов в ProMED-RUS», опубликованных за изучаемый временной период, мы использовали сочетание слов «гепатит невыясненной этиологии». Также использовались комментарии модераторов, дополняющие информацию, представленную в самих отчетах.

Результаты и обсуждение. За указанный временной промежуток Pro-MED-RUS опубликовал 3 отчета относительно случаев обнаружения в Израиле, США, Великобритании и странах Евросоюза случаев тяжелого острого гепатита среди детей. В отчетах сообщается, что прямая эпидемиологическая связь во всех приведенных случаях не найден.

Следует отметить, что все зарегистрированные случаи гепатита в США и странах Европы были у детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет, что не совсем укладывается в уже известные распределения больных по возрастам для известных вирусных гепатитов. Настораживает так же, что 10% заболевших гепатитом с неизвестной этиологией детей (17 пациентов) нуждались в пересадке печени из-за тяжелого течения болезни, что также не соответствует существующим ранее протоколам лечения известных вирусных гепатитов. Основным клиническим синдромом среди выявленных случаев является острый гепатит с выраженным повышением активности печеночных ферментов. В большинстве случаев не было лихорадки. Распространенные вирусы, вызывающие острый вирусный гепатит (вирусы гепатита А, В, С, D и E), не были обнаружены ни в одном из этих случаев. Указанные симптомы не укладываются ни в один из известных вариантов гепатитов вирусной и бактериальной природы. Эксперты ВОЗ предполагают, что одной из этиологических причин болезни является аденовирусная инфекция, но поиски возбудителя данной вспышки гепатита у детей продолжаются.

По состоянию на 21 апреля 2022 г. (пик вспышки) в мире было зарегистрировано не менее 169 случаев острого гепатита неизвестного происхождения в 11 странах Европейского региона ВОЗ и одной стране Американского региона ВОЗ, а также в Израиле. В основном регистрируются случаи болезни у детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет. Из них 17 детей (примерно 10%) нуждались в пересадке печени; сообщается как минимум об 1 смерти. Клиническим синдромом среди выявленных случаев являлся острый гепатит с выраженным повышением активности печеночных ферментов.

Гипотезы, связанные с побочными эффектами вакцин против COVID-19, в настоящее время не подтверждаются, поскольку подавляющее большинство пострадавших детей не получали вакцину против новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2.

Выводы. Учитывая сложившуюся международную ситуацию, можно считать маловероятным появление в ближайшее время острого гепатита невыясненной этиологии у детей на территориях Российской Федерации или Донецкой Народной Республики.

*Мельник К.В., Беседина Е.И., Колесникова А.Г., Мельник В. А., Прохожаева Е.Д.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ИДЕЙ АКАДЕМИКА Л.В. ГРОМАШЕВСКОГО НА СТАНОВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В ДОНБАССЕ**

Актуальность. В рамках подготовки к празднованию 100-летия Роспотребнадзора оценен вклад идей академика Л.В. Громашевского на становление и деятельность санитарно-эпидемиологической службы Донецкой области на протяжении ряда лет.

Цель исследования. Отразить вклад ученых-эпидемиологов Донецкой области и ДНР в становление и развитие эпидемиологической школы в Донбассе под влиянием идей выдающегося эпидемиолога XX века – академика Л.В. Громашевского.

Материалы и методы. Изучены материалы публикаций сотрудников кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии (КЭ) Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ДонНМУ).

Результаты. В год 100-летия со дня создания Роспотребнадзора следует отметить, что научные идеи выдающегося эпидемиолога XX века Л.В. Громашевского послужили тем фундаментом, что был заложен в основу создания и дальнейшего развития эпидемиологической школы в Донбассе.

Организатором и первым заведующим кафедрой эпидемиологии был Н.Р. Дядичев, ранее работавший вместе с Л.В. Громашевским в Киевском медицинском институте имени А.А. Богомольца. Учебно-методическую работу на кафедре организовывал ассистент, впоследствии – доцент, К.А. Денисов, который под руководством Л.В. Громашевского в это время обучался в заочной аспирантуре. Доцентом К.А. Денисовым была разработана и внедрена в практику санитарно-эпидемиологической службы Донецкой области «Естественно-научная классификация инфекционных болезней», которую он совершенствовал до последних дней своей жизни. Под влиянием и непосредственным руководством К.А. Денисова сформировалось эпидемиологическое мышление у студента Г.Г. Онищенко, который в 1973 г. закончил санитарно-гигиенический факультет ДонНМУ по специальности «гигиена, санитария и эпидемиология». С 2004 по 2013 гг. академик Г.Г. Онищенко руководил Роспотребнадзором и был Главным государственным санитарным врачом РФ.

Основными направлениями научной работы другого ученика академика Л.В. Громашевского – доцента В.В. Гажиева были учение о природной очаговости, зоонозы и эпидемиология инфекционных болезней тропических стран. Его кандидатская диссертация была посвящена региональной проблеме – профилактике лептоспироза у шахтеров. В 2003 г. он подготовил и опубликовал монографию «Зоонозные инфекции в Донецкой области», по которой обучались студенты и врачи-эпидемиологи, проходящие последипломное обучение.

На протяжении 1985-1996 гг. обязанности заведующего КЭ исполняла доцент А.Д. Усенко. В 2003 г. за серию научных работ ей была присуждена премия Национальной академии медицинских наук Украины за лучшую работу по профилактической медицине за 2002 год. В 2010 г. уже после ее смерти была опубликована статья, в которой она обобщила свой опыт борьбы с туберкулезом, изучению эпидемиологии и профилактики которого посвятила последние годы своей жизни.

С начала 2015 г. и по настоящее время КЭ заведует доцент Е.И. Беседина. Совместно с профессором О.А. Труновой в 2021 г. ею было выпущено в свет 2-е издание учебного пособия «Эпидемиология, военная эпидемиология», по которому сейчас осуществляется обучение студентов всех факультетов ДонНМУ дисциплине «Эпидемиология».

Преподавание дисциплины «Эпидемиология» студентам всех факультетов нашего ВУЗа в настоящее время проводит самый опытный преподаватель кафедры, возвращенный на идеях академика Л.В. Громашевского, – доцент А.Г. Колесникова. За проводимую ею научно-педагогическую работу она была награждена медалью за «Трудовую доблесть» и нагрудным знаком «Почетный работник образования ДНР».

Помимо студентов, на КЭ проходят обучение слушатели факультета интернатуры и последипломного образования: врачи эпидемиологи, бактериологи, вирусологи, дезинфектологи, паразитологи,

специалисты энтомологи, а также врачи-интерны и ординаторы по специальностям «Эпидемиология» и «Бактериология».

Выводы. Развивая и применяя к новым реалиям учение об эпидемическом процессе

---

*Мельниченко В.В., Альмешкина А.А.*

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

## **АУТЕНТИЧНОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ В КОНТЕКСТЕ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА**

Введение. Первое систематическое обсуждение взаимосвязи между физическим и психологическим стрессом, вызванным непосредственным воздействием военной ситуации на широкие массы людей, восходит к Первой мировой войне. Боевые приемы, которые там применялись, представляли собой новые типы боевого стресса, которые не существовали во время предыдущих войн. В современном понимании синдром посттравматического стрессового расстройства представляет собой смесь навязчивых воспоминаний о травматическом событии, избегания напоминаний о нем, эмоционального оцепенения и чрезмерного возбуждения. Мы предполагаем, что базовые структуры личности – аутентичность и жизнестойкость – существенно изменяются под действием боевого травматического опыта и его последствий в виде посттравматических стрессовых состояний (ПТСС).

Цель: определить изменения аутентичности и психологической адаптации (жизнестойкости) у лиц с выраженными ПТСС.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 64 респондента в возрасте от 21 до 55 лет, которые были разделены на 2 группы: группа 1 – респонденты женского пола в составе медицинского персонала больницы в количестве 18 человек (28,1%); группа 2 – респонденты мужского пола с дезадаптивными ПТСС в рамках рубрики Международной классификации болезней 10-го пересмотра (Z55-Z65) – 46 чел. (71,9%). Для измерения аутентичности была использована русскоязычная версия «Шкалы аутентичности» А. Вуда. Поиск связей аутентичности с основными параметрами жизнестойкости осуществлялся с помощью анализа показателей «Теста жизнестойкости» (S.Maddi).

Результаты. Было обнаружено, что на достаточном уровне оценивали свою аутентичность 100% испытуемых 1-ой группы, из которых у 10 чел. (55,6%) не отмечалось самоотчуждение и 14 чел. (77,8%) отрицали влияние внешнего источника на их жизнедеятельность. В группе 2 только 13 чел. (28,3%) воспринимали себя подлинно аутентичными, 22 чел. (47,2%) принимали на себя внешнее влияние, что у 15 чел. (68,2%) способствовало самоотчуждению. Зафиксировано статистически значимое различие показателя «Аутентичная жизнь» в зависимости от пола: для женщин внутренняя стабильность «Я» и соотнесение себя с физической половой идентификацией составляют важную часть «подлинного» существования. Умение ценить свое участие в повседневной деятельности воспринималось 2-й группой респондентов как недостаточное (32 чел.-69,6%). Такая же тенденция наблюдалась и в отношении «Контроля» и «Принятия риска» – по 23 чел. соответственно. В зависимости от половой принадлежности были установлены статистически достоверные различия. Мужчины были более заинтересованы в оптимальной жизнестойкости, которая выводилась из реальных негативных переживаний военного конфликта, а также настоящего психического статуса испытуемых 2-й группы.

Выводы. Было показано, что в условиях существования и эскалации военного конфликта умение справляться со стрессовыми ситуациями, т.е. быть жизнестойким, брать на себя ответственность за процесс и накопление опыта – недостаточно, не удовлетворяется вся полнота аутентичного существования человека в травматическом и посттравматическом периоде. ПТСС в контексте неаутентичного функционирования личности характеризуются как состояния, способствующие неудачному ее выздоровлению. Для поддержания достаточной аутентичности требуется новая поисковая активность или дополнительная актуализация смысловых конструктов по самоопределению, направленной на сохранение подлинной человеческой жизни, восстановлению целостности личности и ее способности к самореализации.

*Меньшикова Л.И., Сон И.М.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ АККРЕДИТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

В соответствии с федеральным проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который является составной частью Национального проекта «Здравоохранение», к 2024 году не менее 2 100 тыс. специалистов будет допущено к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации.

Правовые основы аккредитации медицинских специалистов в Российской Федерации заложены в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 69 которого установлено, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации и прошедшие аккредитацию специалиста. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно, и в течение переходного периода действует как система сертификации, так и аккредитации.

По специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» проводится первичная специализированная аккредитация специалистов в отношении лиц, завершивших освоение программ подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) и программ профессиональной переподготовки, а также лиц, получивших образование на территории иностранного государства.

Первичная специализированная аккредитация лиц по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» включает два этапа. На первом этапе в течение 60 минут аккредитуемому предлагается 80 тестовых заданий. На втором этапе оценка практических навыков проходит на двух симуляционных станциях: базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и экстренная медицинская помощь. Также на втором этапе специалисту предлагается решить три ситуационные задачи, которые сгруппированы в соответствии с тремя тематиками: общественное здоровье, организация здравоохранения, качество и безопасность медицинской деятельности. Оценка «сдано» выставляется при наборе не менее 70% правильных ответов и/или правильно продемонстрированных навыков на каждом этапе.

В связи с тем, что профессиональный стандарт специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья является многоуровневым (6 уровней и 24 трудовых функции), аккредитуемый должен владеть компетенциями и врача-статистика, и врача-методиста, и заведующего подразделением, и заместителя главного врача, и руководителя медицинской организации, т.к. аккредитация в настоящее время проводится по специальности, а не по занимаемой должности.

В соответствии со статистическими данными Министерства здравоохранения в 2021 году аккредитацию проходили 221 111 медицинских и фармацевтических специалистов. Первичная и первичная специализированная аккредитация проводилась по 136 специальностям на 419 площадках в 84 регионах. Не справились с представленными заданиями 19 201 кандидат. При этом наибольший процент зафиксирован среди работников, проходивших профессиональную переподготовку – 12,4%.

В современных условиях развития отечественного здравоохранения важнейшей задачей является подготовка профессиональных, мотивированных специалистов, обеспеченных необходимым объемом теоретических знаний и умением использовать практические навыки для обеспечения населения качественной и безопасной медицинской помощью. Внедрение процедуры аккредитации как допуска к профессиональной деятельности способствует решению поставленной задачи.

*Милус И.Е., Проценко О.И.*

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

## **ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Актуальность. Установление эпидемиологических особенностей и выявление факторов риска развития atopического дерматита (АД) может способствовать оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Цель работы. Оценка гендерных клинико-эпидемиологических особенностей АД в раннем детском возрасте в условиях крупного промышленного центра.

Материалы и методы. У 45 больных АД раннего детского возраста, родители которых обратились за лечебной помощью в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР, проведен углубленный анализ особенностей дерматоза, течения беременности и родов матери, особенности вскармливания, направленность первичного врачебного обращения (педиатр, аллерголог, семейный врач, дерматолог).

Результаты. У 44,4% больного первые проявления дерматоза возникли в возрасте от 2 до 6 месяцев, несколько чаще у мальчиков, чем у девочек – у 52,2% и 36,4% соответственно. У 17,8% больных дебют АД был в возрасте до 2-х месяцев жизни, одинаково часто у мальчиков и у девочек – у 17,4% и 18,1% соответственно, при этом все они были на грудном вскармливании. Подавляющее большинство родителей дебют и обострения АД у детей связывали с продуктами питания – 75,6%, несколько чаще у мальчиков, чем у девочек – 78,3% и 72,7% соответственно. На втором месте было введение прикорма – у 31,1%, также чаще у мальчиков, чем у девочек – у 39,2% и 22,7% соответственно. У каждого пятого больного проявления дерматоза развивались после вакцинации – у 24,4%, одинаково часто у мальчиков и девочек – у 27,2% и 27,3% соответственно. Прием медикаментов предшествовал АД у 20,0% больных, в т.ч. у 27,2% мальчиков и у 18,1% девочек. Достаточно часто АД был спровоцирован или сопровождался кишечной дисфункцией – у 15,6% больных, несколько чаще у мальчиков, чем у девочек – у 17,4% и 13,6% соответственно. 95,6% детей с АД находились на грудном вскармливании, в т.ч. 51,1% – до 6 месяцев, 44,5% – до 1 года и лишь 4,4% детей были на искусственном вскармливании, в наших наблюдениях это были только девочки – 9,1%. Большинство родителей детей с АД обращались первоначально к педиатру – 60% и лишь у 40% больных первое обращение было к дерматологу. При анализе перинатального периода матерей установлено, что токсикоз во время беременности был у 40% женщин, при этом у матерей девочек чаще, чем у матерей мальчиков – у 45,5% и 34,8% соответственно. Патологические роды были у 24,5% беременных, при этом чаще у родивших девочек, чем мальчиков – у 27,3% и 21,7% соответственно. Родоразрешение кесаревым сечением было у 11,1% и только у родивших девочек – у 22,7%.

Вывод. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации ведения больных АД и контроля течения заболевания.

---

*Миразимов Д.Д., Кариев Г.М., Хазраткулов Р.Б.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Эпидермоидные кисты головного мозга – являются доброкачественным опухолями, возникающие в результате нарушения закладки нервной трубки на 3-5 неделе внутриутробного развития, представляют собой редко встречающиеся гетеротопические, дизонтогенетические, доброкачественные образования. Согласно мировым данным, частота встречаемости внутричерепных эпидермоидных кист составляет 0,2-1,8% среди всех первичных опухолей головного мозга. Эпидермоиды не имеют

типичной локализации, встречаясь как в мозговом веществе, так и в костях свода и основания черепа, располагаясь как интра, так и экстрадурально. Единственным эффективным методом лечения эпидермоидных кист является хирургическое удаление. При этом инвазивный характер роста и другие особенности биологического поведения данных новообразований определяют довольно высокий риск дисфункции черепных нервов и развития асептического менингита в послеоперационном периоде. Результаты лечения эпидермоидных кист следует считать не вполне удовлетворительными вследствие высокой частоты развития дисфункции черепных нервов и асептического менингита после операции. Не до конца ясны причины рецидивов и осложнений хирургического лечения эпидермоидных кист.

**Цель исследования:** Выявить особенности хирургического лечения эпидермоидных кист в зависимости от размеров и локализации, и определить оптимальную хирургическую тактику.

**Материал и методы:** В исследование включены 70 больных с эпидермоидными кистами головного мозга находившихся на лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии за период 2014-2021 гг. Мужчин было 42 (60%), женщин – 28 (40%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 68 лет. По локализации эпидермоидные кисты головного мозга распределялись следующим образом: субтенториальная локализация отмечена у 44 (62,8%) больных, супратенториальная локализация – у 23 (32,8%) больных. У 3 (4,2%) больных эпидермоидная киста распространялась супра – субтенториально.

**Результаты и обсуждение:** По нашим наблюдениям, самой частой причиной обращения больных с эпидермоидными кистами головного мозга являлись головные боли гипертензионного характера у 23 (32,8%) пациентов, головокружение и шаткость при ходьбе у 15 (21,4%), снижение слуха у 12 (17,1%) пациентов, онемение и лицевые боли впервые проявились у 9 (12,8%), эпилептические припадки у 6 (8,5%), симптомы поражения III нерва, а именно, диплопию и ограничение зрения вверх отмечали 4 (5,7%) больных. В единичных случаях проявление заболевания было представлено хиазмальным синдромом, гемифациальным спазмом и эндокринными нарушениями в виде задержки роста. Распределение больных по первичным причинам обращения. Всем больным было проведено хирургическое лечение эпидермоидных кист. При хирургическом вмешательстве у больных с эпидермоидными кистами головного мозга – тотальное удаление эпидермоида удалось добиться у 55 (78%) больных, субтотальное удаление у 15 (22%) больных. Субтотальное удаление было обусловлено тем, что капсула эпидермоидной кисты была плотно сращена с окружающими нервными, сосудистыми или мозговыми структурами.

Таким образом, основной задачей при хирургическом удалении эпидермоидов головного мозга является тотальное удаление, которое не всегда представляется возможным в виду размеров опухоли, и её сращения с окружающими мозговыми, нервными и сосудистыми структурами мозга. Улучшение качества жизни и предупреждение развития рецидивов напрямую зависят от радикальности удаления опухоли и развития интра и послеоперационных осложнений.

---

*Мирович Е.Д., Мацынин А.Н., Мирович Е.Е., Чурилов А.А.*

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

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ВОЗМОЖНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ**

Актуальность темы. Несмотря на многолетние попытки изучения спаечного процесса в малом тазу нет единого мнения о его патогенезе и не разработаны методы его эффективной профилактики. При этом, клинические осложнения, связанные с наличием спаек в малом тазу, являются серьезной междисциплинарной проблемой.

Целью данного исследования являлось определение зависимости степени выраженности спаечного процесса при воздействии различных возможных этиологических факторов.

**Материал и методы.** Проведен анализ наличия и выраженности спаечного процесса у 194 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, которым по различным причинам выполнена оперативная лапаро-

скопия во время которой был выставлен сопутствующий диагноз спаечный процесс органов малого таза. Степень выраженности спаечного процесса определялась согласно классификации R-AFS. Для анализа причин возникновения спаек в малом тазу, учитывались анамнестические факторы, известные по данным литературы, влияющие на их образование (оперативные вмешательства на органах брюшной полости, перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза, генитальный эндометриоз).

Результаты исследования. Установлено, что 42 (21,6%) пациентки в анамнезе перенесли инфекционный процесс, 22 (11,3%) – страдали эндометриозом, 35 (18%) – перенесли хирургическое вмешательство на органах малого таза, 90 (46,4%) – имели в анамнезе сочетание нескольких вышеуказанных факторов, 5 (2,6%) пациенток не имели указанных факторов риска развития спаечного процесса.

При анализе стадии распространенности спаечного процесса в зависимости от этиологического фактора установлено: постинфекционные спайки I-II стадии распространения диагностированы у 29 ( $69 \pm 5,3\%$ ), III-IV стадии – у 13 ( $31 \pm 2,8\%$ ); послеоперационные спайки I-II стадии – у 15 ( $42,9 \pm 4,9\%$ ), III-IV стадии – у 20 ( $57,1 \pm 6,8\%$ ); эндометриоз приводил к образованию спаек в малом тазу I-II стадии у 6 ( $27,3 \pm 2,3\%$ ), III-IV – стадии у 16 ( $72,7 \pm 6,9\%$ ); спайки в малом тазу при сочетании нескольких факторов риска I-II стадия распространения выявлена у 27 ( $30 \pm 1,8\%$ ), III-IV стадия – у 63 ( $70 \pm 5,7\%$ ). Вместе с тем, у 5 (2,6%) пациенток, при наличии спаек в малом тазу, отсутствовали вышеперечисленные этиологические факторы.

Выводы. Таким образом, при проведении анализа возникновения спаечного процесса органов малого таза была установлена взаимосвязь с влиянием экзогенных факторов: эндометриоз, перенесенное оперативное вмешательство или инфекционный процесс. Кроме того, наличие эндометриоза или сочетание нескольких этиологических факторов увеличивает степень распространенности спаечного процесса.

---

*Миронова О.В., Белан Э.Б.*

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

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

Введение: Развитие бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста наиболее часто идет по пути «атопического марша», в ходе которого к симптомам атопического дерматита (АтД) присоединяется сенсibilизация к ингалируемым аллергенам с развитием аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы (БА).

Целью настоящего исследования была оценка некоторых факторов риска БА у детей с АтД.

Исследование представляло проспективное наблюдение 135 детей, страдающих АтД, с 3 до 6-летнего возраста. На момент окончания исследования БА была диагностирована у 11,8% (16/135) детей, в том числе у 28,2% (11/38) имевших также АР и у 5,2% (5/96) без сопутствующей патологии; относительный риск развития БА при коморбидной патологии составил RR 5,4 [95%CI 2,0 – 14,06]. Наличие БА у родственников 1 линии ассоциировалось с 3,5-кратным риском развития БА (RR 3,53 [95% CI 1,06; 14,4]). Одинаковый риск представляла сенсibilизация к 3 пыльцевым аллергенам (RR 2,73 [95% CI 1,20; 6,30]) или к клещу домашней пыли (RR 2,77 [95% CI 1,16; 7,81]). При включении в исследование детей, у которых впоследствии была диагностирована БА, имели достоверно более высокий уровень IgE (241[108-334] vs 169[52-211] МЕ/мл,  $p=0,032$ , соответственно) и sIL-2R ( $p=0,004$ ) в сыворотке крови. При этом последний был достоверно выше у пациентов с сенсibilизацией к клещу домашней пыли вне зависимости от спектра патологии. Сывороточный уровень гамма-интерферона ИФН $\gamma$  и IL-4 не имел прогностического значения, однако ИФН $\gamma$ /IL-4 <1 ассоциировалось с максимальным риском развития БА (RR 8,16 [95% CI 1,12; 59,8]). Пассивное постнатальное курение увеличивало данный риск в 3 раза (RR 2,93 [95% CI 1,64; 5,89]).

Выводы: Таким образом, прогнозирование развития БА у 3-летних детей с АтД требует учета как генетических, так и внешнесредовых факторов, а также определения биомаркеров, характеризующих аллергическое воспаление.

Литература:

1. Федеральные клинические рекомендации «Атопический дерматит», 2021 Электронный ресурс: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/265\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/265_2). Дата доступа: 01.04.2022г.
2. Федеральные клинические рекомендации «Бронхиальная астма», 2021г. Электронный ресурс: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/359\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/359_2). Дата доступа 23.11.2022г.
3. Hulpusch C., A. B. Weins, Traidl-Hoffmann C., Reiger M. A. new era of atopic eczema research: Advances and highlights, Allergy. 2021, 76:3408-3421. <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/34407212>. (2021)

---

*Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г., Горбачевская И.Ю.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТИНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Введение. Ретинопатия недоношенных относится к достаточно распространенным заболеваниям в постнатальном периоде. Основные требования к анестезиологическому обеспечению у данного контингента пациентов – легкая управляемость, адекватность протекции дыхательных путей и респираторной поддержки, ускоренное восстановление после операции.

Цель исследования – изучение особенностей тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких у детей с ретинопатией.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 13 детей в постконцептуальном возрасте  $47 \pm 14$  дней, у которых проводилась лазерная коррекция ретинопатии в РДКБ г. Донецка с 2020 по 2022 г.г. Оценка физического статуса по шкале ASA соответствовала II- III степени. Длительность хирургической манипуляции составила 2,0 до 2,5 часов на обоих глазах. Премедикация – в/м введение раствора атропина + димедрола + метоклопрамида за 40 минут до операции. Общая анестезия у больных заключалась в в/в растворов кетамина 0,1 мг/кг/ч + мидазолама ( $0,5 \pm 0,1$  мг/кг) + рокурония бромид ( $0,5$  мг/кг). Интраоперационная инфузия введение 0,9% раствора NaCl ( $1,2 \pm 0,4$  мл/кг/час).

Результаты. В дооперационном и доиндукционном периоде показатели ЧСС, АД, SpO<sub>2</sub>% были на 5-10% выше исходных данных ( $P > 0,05$ ). Это обосновано, проводимыми манипуляциями (внутримышечная премедикация, транспортировка в операционную комнату). Целесообразности расширения состава премедикации по нашему мнению нет. Зарегистрирована достаточно высокая частота встречаемости синдрома нарушений проходимости верхних дыхательных путей, который зарегистрирован в 2 (15,4%) случаях, что определялось коморбидной соматической патологией, а также синдромом последствий интенсивной терапии. На основном этапе операции уровень угнетения сознания у пациентов на основании BIS мониторинга была  $68,4 \pm 2,3\%$ . У 10 пациентов длительность послеоперационной ИВЛ составила  $4,8 \pm 1,1$  часа, а у 3 до  $16 \pm 6,3$  часа. Синдром ажитации зарегистрирован в 30,8% случаев. Послеоперационное обезболивание не проводилось в связи малоинвазивностью хирургической агрессии. Синдрома послеоперационной тошноты и рвоты не зарегистрировано.

Заключение. Представленная схема анестезиологического обеспечения соответствует требованиям и принципам операции «одного дня». Анестезиологический риск превышает риск хирургической манипуляции, что определяется коморбидным статусом пациентов. Оптимальным режимом при проведении лазерной коррекции ретинопатии у данного контингента пациентов является по нашему мнению режим *in situ*.



*Михин В.С., Бурчуладзе Н.Ш., Китаева А.В., Кархалев С.В., Михин И.В.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНО-АЛИМЕНТАРНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Актуальность.** По существующим данным панкреатогенная энцефалопатия (ПЭП) развивается у 9-35% пациентов с панкреонекрозом (ПН), а смертность при развитии этого осложнения может возрастать до 70%. Высокая актуальность проблемы панкреонекроза, осложненного ПЭП, и, вместе с тем, малая освещенность проблемы в современной литературе дает предпосылки для углубленного изучения этого тяжелого осложнения.

**Цель.** Получить новые данные о влиянии панкреатогенной энцефалопатии на течение ПН для улучшения результатов лечения данной группы больных.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 429 больных с ПН алкогольно-алиментарной этиологии. Основную группу составили 170 (39,6%) пациентов с алкоголь ассоциированным ПН (ААПН), контрольную – 259 (60,4%) пациентов с неалкогольным панкреонекрозом (НАПН). Для оценки тяжести состояния пациентов при поступлении в стационар и в динамике использовали шкалу SOFA. Также оценивали коморбидный фон с помощью индекса Чарльсона. У пациентов, которым выполнялись операции, перед вмешательством оценивали физический статус с помощью шкалы ASA. Изучали особенности интенсивной терапии у пациентов с ПН, осложненным ПЭП, связь этого состояния с количеством гнойных осложнений, длительностью госпитализации и летальностью.

**Полученные результаты.** Развитие ПЭП чаще наблюдали у пациентов с алкогольной этиологией ПН – 32% (n=55) vs 18% (n=51) (p<0,001). При проведении интенсивной терапии больным, вошедшим в исследование, достоверно чаще требовалось применение седативных препаратов, антиоксидантов (ОШ=1,64, ДИ 1,041-2,577, p=0,037) и гепатопротекторов (ОШ=1,77, 95% ДИ 1,100-2,862, p=0,023). При начале энтерального питания у пациентов с ПН в первые 48 часов заболевания риск развития ПЭП был ниже (ОШ=6,21, 95% ДИ 3,586-10,789, p<0,001). Следует отметить, что при применении в комплексной терапии ПН наркотических анальгетиков гнойно-септические осложнения развивались достоверно чаще (ОШ=1,89, 95% ДИ 1,124-3,191, p=0,018). Вместе с тем, применение продленной грудной эпидуральной анальгезии (ГЭА) с первых суток заболевания снижало риск развития ПЭП на 173,6% (p<0,001). У пациентов с ПЭП инфицирование очагов происходило чаще, однако достоверности достигнуто не было (20,6% vs 16,5%, p=0,371). Длительность лечения в реанимационном отделении и в стационаре в целом у пациентов с ПЭП была выше (5,2±2,8 vs 3,4±1,9, p<0,001 и 36,6±15,9 vs 28,7±12,0, p=0,027 соответственно). Летальность в основной и контрольной группах достоверно не отличалась (19 (11,2%) vs 26 (10%), p>0,05), однако общая летальность у пациентов с ПЭП значительно возрастала (31 (30,4%) vs 14 (3,3%), p<0,001).

**Выводы.** ПЭП чаще развивается у пациентов с алкогольной этиологией ПН. Пациентам с церебральными нарушениями чаще требуется применение седативных средств, а также антиоксидантов и гепатопротекторов. Раннее начало энтерального питания снижает риск развития панкреатогенной энцефалопатии и гнойно-септических осложнений. Применение наркотических анальгетиков повышает вероятность инфицирования некротических очагов. Больным с ПН осложненным ПЭП требуется более длительное лечение в реанимации и стационаре в целом. Развитие панкреатогенной энцефалопатии у пациентов с ПН значительно утяжеляет течение болезни, повышает вероятность септических осложнений и летального исхода.

*Михин В.С., Бурчуладзе Н.Ш., Попов А.С., Куприянов Д.С., Строганова Е.П., Михин И.В.*

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

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНО-АЛИМЕНТАРНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

Актуальность. Системные нарушения при панкреонекрозе (ПН) играют значительную роль в танаогенезе как в первую, так и во вторую фазу болезни. Одной из наиболее клинически значимых органических дисфункций является панкреатогенная энцефалопатия (ПЭП), которая может увеличивать летальность при ПН до 70%. Изучение влияния этого осложнения на течение панкреонекроза представляется актуальной проблемой современной ургентной хирургии.

Цель. Получить новые данные о взаимосвязи различных системных нарушений и панкреатогенной энцефалопатии у пациентов с алкогольно-алиментарным панкреонекрозом.

Материалы и методы. Были изучены карты болезней 429 больных с алкогольно-алиментарным панкреонекрозом. В первую (основную) группу вошли пациенты с алкоголь-ассоциированным ПН – 170 (39,6%), во вторую (контрольную) – пациенты с неалкогольным ПН – 259 (60,4%) больных. В процессе исследования использовали шкалу SOFA для динамического контроля тяжести состояния пациентов и определения органических нарушений, шкалу ASA для определения физического статуса перед выполнением операций. Тяжесть сопутствующей патологии оценивали с помощью индекса коморбидности Чарльсона. Были изучены особенности течения ПН, осложненного панкреатогенной энцефалопатией, влияние генеза и коморбидности на возникновение системных нарушений, а также взаимосвязь ПЭП с различными органическими дисфункциями.

Полученные результаты. В среднем манифестация системных нарушений у пациентов, вошедших в исследование, происходила в первые сутки заболевания (Me (IQR): от 1 (1;1,25) до 1 (1;3)). Алкогольный генез ПН повышал риск развития кишечной недостаточности (ОШ=1,93, ДИ 1,164-3,210,  $p=0,012$ ), а также полиорганной дисфункции (ОШ=1,18, ДИ 0,659-2,122,  $p=0,025$ ). Также риск множественных нарушений коррелировал с высоким баллом индекса коморбидности Чарльсона – при повышении на 1 балл возрастал шанс развития мультиорганной дисфункции на 13,7% ( $p<0,001$ ). У пациентов, течение заболевания которых осложнилось развитием ПЭП, достоверно чаще возникали различные органические дисфункции: сердечно-сосудистая (68 (66,7%) с ПЭП vs 174 (53,2%) без ПЭП – ОШ=1,75, ДИ 1,098-2,816,  $p=0,022$ ), дыхательная (80 (78,4%) с ПЭП vs 111 (33,9%) без ПЭП – ОШ=7,07, ДИ 4,169-12,038,  $p<0,001$ ), печеночная (85 (83,3%) с ПЭП vs 222 (67,9%) без ПЭП – ОШ=2,36, ДИ 1,329-4,210,  $p<0,001$ ), почечная (53 (52%) с ПЭП vs 128 (39,1%) без ПЭП – ОШ=1,68, ДИ 1,070-2,644,  $p=0,029$ ), кишечная (у 93 (91,2%) с ПЭП vs 283 (86,5%) без ПЭП – ОШ=3,57, ДИ 1,712-7,460,  $p<0,001$ ), а также сочетанные нарушения (100 (98%) с ПЭП vs 283 (86,5%) без ПЭП – ОШ=7,77, ДИ 1,824-33,212,  $p<0,001$ ). Вместе с тем при наличии любого системного осложнения, кроме острого почечного повреждения, вероятность возникновения ПЭП также увеличивалась (при сердечно-сосудистой –  $0,567\pm 0,03$  с 95% ДИ: 0,505-0,630 ( $p=0,040$ ), дыхательной –  $0,722\pm 0,03$  с 95% ДИ: 0,667-0,778 ( $p<0,001$ ), печеночной –  $0,577\pm 0,03$  с 95% ДИ: 0,516-0,638 ( $p=0,018$ ), кишечной –  $0,584\pm 0,03$  с 95% ДИ: 0,525-0,644 ( $p=0,030$ )).

Выводы. Риск развития полиорганной дисфункции у пациентов с ПН возрастает при алкогольном генезе, а также при выраженной коморбидности. ПЭП при панкреонекрозе повышает риск развития органических нарушений. Вместе с тем, развитие любого системного нарушения, кроме острого почечного повреждения, повышает вероятность возникновения панкреатогенной энцефалопатии.

*Михин С.В., Китаева А.В., Рясков Л.А., Строганова Е.П., Куприянов Д.С., Кандыбина И.Г., Михин И.В.*

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

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Актуальность. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным нецирротической портальной гипертензией (НЦПГ) является актуальной проблемой. Одним из основных тактических вопросов является выбор стартового метода комплексной этапной малоинвазивной хирургической коррекции, который, в конечном итоге, влияет на улучшение отдаленных результатов лечения.

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов малоинвазивного хирургического лечения больных НЦПГ в зависимости от выбора стартовой методики коррекции.

Материалы и методы. Приведены данные малоинвазивного хирургического лечения 39 пациентов с НЦПГ за период с 2007 по 2019 гг. Медиана наблюдения составила 105,5 месяцев (минимальный срок 37,0 месяцев, максимальный – 174,0). Средний возраст варьировал в пределах  $36,1 \pm 3,9$  лет, число мужчин составило 19, женщин – 20. Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) I степени (по А.Г. Шерцингеру) выявлены у 4 пациентов, II степени – 12, III степени – 20, отсутствие ВРВП у 3 больных. У 6 пациентов также отмечали варикозно расширенные вены желудка (ВРВЖ), которые отнесли к GOV I (по Sargin). В зависимости от доминирующего осложнения синдрома портальной гипертензии (СПГ) и выбора стартового метода лечения больных разделили на 2 группы. В группе I (25 наблюдений) первым этапом добивались эрадикации ВРВПЖ. Больным выполнено эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и/или эндоскопическое склерозирование (ЭС), лапароскопическая деваскуляризация желудка (ЛДЖ). В 1 случае отмечали летальный исход на фоне профузного ПК после сеансов ЭЛ и ЭС. Вторым этапом в группе I выполнили рентгенэндоваскулярную редукцию селезеночного кровотока (РСК) с целью коррекции гиперспленизма (n=10). Через 6 месяцев у 1 пациента наблюдали рецидив ВРВПЖ. Больному выполнено трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование, так как по данным КТ и ангиографии выявлена сегментарная посттромботическая окклюзия воротной вены, что повышает технический успех операции. Портокавальный градиент давления снизился с  $18,3 \pm 2,0$  до  $8,6 \pm 1,1$ , мм рт.ст., достигнута эрадикация ВРВПЖ. В группе II (n=14) стартовой методикой стала РСК в связи с преобладанием в качестве ведущего синдрома гиперспленизма. Вторым этапом 5 пациентам с ВРВП из группы II выполнены ЛДЖ (n=1) и сеансы ЭЛ (n=4). В ближайшем постманипуляционном периоде достигнут регресс ВРВП.

Результаты и обсуждение. При наблюдении от 3 до 15 лет в группе I рецидив ВРВП и ПК выявили в 6 наблюдениях. Пациентам выполнены повторно сеансы ЭЛ. Причиной летальных исходов (n=2) стали рецидивы ПК. В группе II рецидив ВРВПЖ и ПК отмечали в 2 случаях, выполнены сеансы ЭЛ. Реканализацию селезеночного кровотока и нарастание гиперспленизма регистрировали у 3 пациентов, в связи с чем осуществлена ре-РСК. Летальные исходы (n=2) в этой группе произошли на фоне рецидивов ПК.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности этапной коррекции НЦПГ малоинвазивными методиками. Улучшение результатов зависит, в том числе, от персонализированного выбора стартового метода и своевременного повторного выполнения малоинвазивных процедур.

*Михно В.А., Попов А.С.*

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

## **ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

### Актуальность

В настоящее время перемещение пациента, находящегося в критическом состоянии в лечебное учреждение является важной задачей, которая играет роль в исходе заболевания, а порой и в выздоровлении.

В настоящее время в повседневном применении выездных бригад СМП отсутствуют шкалы и алгоритмы оценки тяжести состояния пациента и его дальнейшая «транспортабельность» в лечебно-профилактические учреждения. Разработка и внедрение в практическую деятельность подобной шкалы позволит иметь системный подход к оценке риска транспортировки пациента, и как следствие четкую установку в отношении риск-польза для пациента.

### Цель исследования

Разработать шкалу для оценки тяжести пациента на этапе оказания скорой медицинской помощи

### Материалы и методы

Проведено исследование карт вызовов пациентов, находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и госпитализированных в лечебные учреждения, либо с исходом заболевания- смерть в присутствии бригады/ смерть в машине СМП.

Для исследования использовались показатели витальных функций пациента: среднее артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, оксисиметрия, оценка уровня сознания (шкала Глазго), температура тела. Количество пациентов- 100 человек. Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 95 лет; исследуемые, находящиеся дома. После осмотра которых, врач СМП оценил состояние которых как тяжелое или крайне тяжелое; исследуемые, находящиеся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Критерии исключения из исследования: возраст менее 18 лет, беременные, степень тяжести пациента- удовлетворительное и средней степени, исследуемые, находящиеся в стадии агонии и клинической смерти. Оборудование: реанимационный монитор МИТАР-01-Р-Д с возможностью измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрии (sPO<sub>2</sub>), температуры тела (Т), частоты дыхания (ЧД).

### Результаты исследования

В результате исследование было проведено ретроспективное исследование карт вызов скорой помощи. Проведена следующая бальная оценка шкалы тяжести состояния больного:

1 балл- ЧСС 60-90 ударов в минуту, среднее артериальное давление (СрАД) 65-90 мм.рт.ст., Т 36.0-37,5С, уровень сознания-ясное/оглушение, sPO<sub>2</sub>-90-95%, ЧД 16-20 в минуту

2 балла- ЧСС 90-120, 40-60 ударов в минуту, среднее артериальное давление (СрАД) >90 мм.рт.ст., Т 37.5-38,0С, уровень сознания-сопор, sPO<sub>2</sub>-80-90%, ЧД 20-25, 12-16 в минуту

3 балла- ЧСС >120, <40 ударов в минуту, среднее артериальное давление (СрАД) >65 мм.рт.ст., Т >38,0С, уровень сознания-кома, sPO<sub>2</sub>->80%, ЧД >25, <12 в минуту

Менее 6 баллов состояние средней тяжести. Рекомендована транспортировка фельдшерской или врачебной бригадой. 6-10 баллов- состояние пациента стабильное тяжелое.. Рекомендована транспортировка пациента врачебной укомплектованной бригадой. 10-14- состояние пациента крайне тяжелое. Рекомендовано- стабилизация состояния пациента, транспортировка пациента бригадой Аир. Более 14 баллов-состояние пациента критическое. Рекомендовано-стабилизация состояния пациента, в том числе при необходимости «протезирование» жизненноважных функций организма. При уменьшении баллов-транспортировка пациента бригадой Аир. При отсутствии эффекта-динамическое наблюдение пациента путем активного вызова через 2 часа.

### Выводы

Данная шкала может явиться отличным подспорьем для работы бригад скорой помощи. Позволит не только улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам на этапе скорой помощи, но и осуществить юридическую защиту медицинского работника.

*Мишин В.А., Милтых И.С., Зенин О.К.*

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

## **АНАЛИЗ ВЕТВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ**

В хирургической практике при выполнении частичной нефрэктомии большое значение имеет знание сегментарного строения почки и так называемых «малососудистых зон». Для их выявления необходимо знание индивидуальной внутриорганный ангиоархитектоники кровеносного русла. До настоящего времени отсутствует единая концепция о доле, зональном и сегментарном строении артериального русла почки. Сегодня наибольшее распространение имеет пятисегментарная модель строения почки, в которой выделяют следующие сегменты: верхний, верхний передний, нижний передний, нижний и задний. При этом в Международной анатомической номенклатуре (2011) отсутствует термин «сегментарная артерия», под которым понимают ветвь 2-го или 3-го порядка, т.е. первый или второй уровень деления *a. renalis*.

Цель исследования: установить варианты индивидуальной анатомической изменчивости внутриорганный русла почки с учетом зональной и сегментарной топографии.

Материалы и методы. Материалом для работы послужили 116 коррозионных препаратов артериальной системы почек людей в возрасте от 28 до 74 лет, погибших от случайных причин, не связанных с патологией или повреждением сосудистого русла.

Результаты. Из отечественных авторов термин «сегментарная артерия» используют Р.П. Самусев (2019), И.В. Гайворонский (2013), при этом Р.П. Самусев не упоминает пятисегментарную модель. М.Р. Сапин (2015) упоминает о пяти почечных сегментах, но не используют термин «сегментарная артерия». При этом во всех случаях указано, что такое деление обосновано особенностями ветвления почечной артерии и строением почки. В учебнике М.Г. Привеса (1985) указывается, что почки плода и новорожденного имеют дольчатое строение, как у большинства животных (имеется в виду дольчатое строение, имеющее филогенетические предпосылки, а не сегментарное деление). В учебниках под редакцией С.С. Михайлова (1984) и Л.Л. Колесникова (2010) информации о сегментарном строении почки не было обнаружено. Подробно описывается пятисегментарное строение почки и сегментарные артерии как причина такого строения в учебнике *Gray's Anatomy* (Susan Standring, 2016, UK). В этом же источнике отмечается, что именно такая картина встречается наиболее часто в клинической практике при выполнении частичной нефрэктомии, что не исключает других возможных вариантов деления почечной артерии на сегментарные ветви. Следовательно, возможно деление почки и на иное количество сегментов.

Проведенное нами исследование коррозионных препаратов подтверждает возможность деления *a. renalis* на две и три зональные артерии. В случае двухзональной системы возможны варианты деления на вентральную и дорсальную ветви (54,2%) (7 сегментов) и на верхнюю полюсную и нижнюю полюсную ветви (15,5%) (6 сегментов). В случае трехзональной системы возможны 4 варианта деления почечной артерии:

1 – почечная артерия делится на верхнюю полюсную, вентральную и дорсальную зональные ветви (13,3%) (6 сегментов);

2 – почечная артерия делится на вентральную, дорсальную и нижнюю полюсную ветви (9,4%) (7 сегментов);

3 – почечная артерия делится на две вентральные и одну дорсальную ветви (5,1%) (7 сегментов);

4 – почечная артерия делится на верхнюю полюсную, центральную и нижнюю полюсную зональные артерии (2,5%) (5 сегментов).

Результаты исследования убедительно говорят о необходимости пересмотра концепции о пятисегментарном строении почки.

*Мишина Н.В.*

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

## **ОЦЕНОЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С ФИТОНИМИЧЕСКИМИ КОМПОНЕНТАМИ**

Поскольку растения являются неотъемлемой частью мира человека и включены в традиции культуры, то, следовательно, обладают чрезвычайно широким аксиологическим потенциалом для формирования различных представлений о жизни человека, интерпретируют и воплощают результаты когнитивной деятельности в языковых единицах, в частности, в фразеологизмах.

Актуальность темы обусловлена отсутствием исчерпывающих исследований репрезентации аксиологических характеристик фразеологизмов с фитонимическими компонентами. Как известно, критерии оценки зависят от норм общества и тесно связаны с его стереотипами. Аксиологическая шкала, на которой базируется оценка, включает два полюса: «хорошо» – «плохо», при этом коннотативные значения фитонимов представляются как мелиоративные, пейоративные и нейтральные.

Для определения оценочных особенностей фразеологизмов, включающих наименования растений, нами была использована следующая классификация фразеологизмов с флористическим компонентом:

1) устойчивые сочетания слов, в состав которых входит элемент, называющий определенное растение в целом (цветок, ягода, фрукт и т. д.);

2) фразеологизмы, в состав которых входит элемент, называющий часть растения (лист, стебель, плод, корни и т. д.);

3) фразеологизмы, в которых назван вид растения (дерево, куст, трава).

Наиболее частотными по употреблению являются фразеологизмы 1-й группы с элементами, называющими определенное растение в целом. В русском языке реалии растительного мира получали оценку прежде всего с точки зрения их полезности, практики приготовления и возделывания, вкусовых и других отличительных качеств: хрен и редька имеют горький вкус, перед использованием в пищу капусту рубят на мелкие части, при чистке лука от его запаха текут слезы, простейшими по способу приготовления блюдами на русском столе были отварная картошка и пареная репа и т. д. Эта информация получила выражение в фразеологизмах «хрен редьки не слаще», «хуже горькой редьки», «изрубить в капусту», «не картошка», «проще пареной репы».

Среди фразеологизмов 2-й группы, в состав которых входит элемент, называющий часть растения, для представления определенных оценок, наиболее популярными являются фитонимы «цветок», «плод» и «корень». Так, посредством последнего передаются не только черты характера человека, но и его отношения с социумом: «прирастать/прирасти (врастать/врасти) корнями» – ‘сильно привыкать, привязываться к чему-либо’, «до корней волос» – ‘всем своим существом, целиком, полностью’, «вырывать/вырвать с корнем» – ‘совершенно, совсем, окончательно уничтожать, искоренить’; «пускать корни» – ‘прочно и надолго обосновываться где-либо’.

3-я группа фразеологизмов, в которых назван вид растения, по нашему мнению, является наименее частотной, также содержит различные оценки. Так, к примеру, здоровый, сильный, красивый мужчина, сохранивший эти качества до преклонного возраста в фразеологизмах чаще представляется фитонимическим компонентом «дерево»: «крепкий, как дерево», «стройный, как дерево» [8, с. 59]. А вот робость и скромность передаются сочетанием «тише воды, ниже травы». Следует отметить, что фитоним «трава» тоже может иметь четко выраженную пейоративную оценку в значении ‘совершенно безвкусный’ – «как трава».

Как видим, несмотря на полезность и пищевые качества, многие фитонимы имеют большой процент пейоративных компонентов. Исключение составляют названия растений, передающие внешний вид и физическое состояние, обладающие лексемами с мелиоративными коннотациями. И только некоторые характеристики имеют нейтральный характер.

*Мишутина О.Л., Шашмурина В.Р., Волченкова Г.В.*

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск

## **ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Сахарный диабет – неинфекционное хроническое заболевание, характеризующееся многочисленными ранними и поздними осложнениями, которое протекает с изменениями во всех системах организма, чаще выявляется у лиц трудоспособного возраста, приводит к снижению качества жизни и представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В настоящее время сахарным диабетом страдает 1,5-3% населения земного шара (347 млн. человек). Больные с сахарным диабетом 1 типа (дети, молодые люди) составляют 10-20%, тогда как у 80-90% лиц диагностируется диабет 2 типа (чаще пожилые люди).

К хроническим специфическим осложнениям сахарного диабета относят поражения глаз, почек, нижних конечностей, центральной и периферической нервной системы, поражения органов, связанные с микроангиопатией и поражениями нервных стволов, стоматологическим проявлениям заболевания уделяется мало внимания, хотя это очень актуально для своевременной диагностики и правильного выбора тактики лечения заболевания.

К числу важнейших проблем, ассоциированных с диабетом, относится ксеростомия (сухость в полости рта), обусловленная изменением структуры слюнных желез, которая у пациентов с сахарным диабетом часто является первым симптомом, способствующим развитию воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта, а также заболеваний твердых тканей зубов.

Характерными проявлениями сахарного диабета являются заболевания пародонта, обусловленные нарушением всех видов обмена и изменением сосудистой стенки капилляров десны, и развитие заболеваний слизистой оболочки рта (кандидоз, красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, синдром жжения полости рта). Врач-стоматолог должен заподозрить сахарный диабет у больного и направить его на консультацию к врачу-эндокринологу, если сохраняются симптомы гингивита и пародонтита, потеря альвеолярной кости, несмотря на проводимое лечение, а также при наличии агрессивных форм пародонтита у молодых лиц.

В настоящее время установлено, что имеется тесная взаимосвязь между стоматологическими проявлениями, степенью тяжести заболевания, комплаентностью пациента и адекватностью назначаемого врачом-эндокринологом лечения. Ксеростомия приводит к тяжелым нарушениям стоматологического здоровья, поэтому так важно для улучшения качества жизни больного, обучить пациентов рациональной гигиене рта, рекомендовать зубные пасты и ополаскиватели, специально разработанные для больных диабетом («Диадент», «Диадент актив») и препараты для лечения ксеростомии, такие как «Гипосаликс» (искусственная слюна), «BioXtra Mouthspray», «BioXtra» и другие.

При проведении обследования больного с сахарным диабетом обязательна консультация врача-эндокринолога, определение индексов гигиены рта, различных пародонтальных индексов для оценки степени воспаления в тканях пародонта, измерение глубины пародонтальных карманов, проведение панорамной 3D компьютерной томографии, использование метода денситометрии, который позволяет оценить показатели средней минеральной плотности верхней и нижней челюстей и оценить результаты стоматологического лечения в динамике.

Знания особенностей клинических проявлений, течения и лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта у пациентов с сахарным диабетом актуальны для врачей-стоматологов, эндокринологов и врачей других специальностей, так как это необходимо для обеспечения мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению данного заболевания.

*Модина Т.Н., Цинеккер Д.Т., Харитонова М.А., Махди Мохаймен Мхмуд Махди, Мамаева Е.В., Усманова И.Н.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

## **SARS-COV-2 В ПОЛОСТИ РТА И ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)**

SARS-CoV-2 – это коронавирус, вызывающий острое респираторное инфекционное заболевание – новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). К SARS-CoV-2 восприимчивы клетки, экспрессирующие рецепторы АПФ 2 (ангио тензинпревращающий фермент 2), которые присутствуют во многих органах и тканях человека, в том числе в эпителии носа и полости рта. При этом для новой коронавирусной инфекции (COVID-19) характерным является гипервоспаление с массивной выработкой цитокинов – так называемый цитокиновый шторм. К подобным гипервоспалительным реакциям высоко чувствительны и ткани пародонта, что делает возможной инициацию обострения хронической пародонтальной патологии. Цель исследования: определить связь между репродукцией в полости рта SARS-CoV-2 и обострением хронической пародонтальной патологии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Материалы и методы. Проведено обследование 18 пациентов COVID-госпиталя (г. Казань), находящихся на стационарном лечении с диагнозом «новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и внебольничная пневмония». Для тестирования на SARS-CoV-2 был проведен забор материала специальными стерильными тупферами (тупфер для взятия мазков, пластик, вискоза, без среды, стерильный, в пробирке) и пинами (бумажные, конусность 30) из носоглотки, пародонтального кармана и поверхности языка (соответственно). Использовался метод полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, ОТ-ПЦР (RT-PCR). Результаты. В период острого воспаления (внебольничная пневмония) у 94,4% стационарных пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в биоматериалах из носоглотки, пародонтального кармана и поверхности языка РНК SARS-CoV-2 не была обнаружена. При этом клиническое обследование показало, что у 100% пациентов диагностировано обострение хронического генерализованного пародонтита. Вывод. Наиболее вероятно, что обострение хронического генерализованного пародонтита у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) не связано с репродукцией SARS-CoV-2 в полости рта и является следствием гиперактивации иммунных и воспалительных защитных механизмов. Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция (COVID-19), пародонтология, хронический генерализованный пародонтит, SARS-COV-2 в полости рта, обострение.

---

*Мокрецова Е.В., Томилка Г.С., Щупак А.Ю.*

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

## **О СЕЛЕНЕ КАК ОТДЕЛЬНОМ КОМПОНЕНТЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ R. HEILONGJIANGENSIS**

Риккетсиозы, объединенные в группу клещевой пятнистой лихорадки (КПЛ), продолжают оставаться важной проблемой инфекционной патологии многих государств, в том числе Российской Федерации. Использование методов полимеразной цепной реакции и секвенирования нуклеиновых кислот позволили определять инфекционную причину заболеваний с ранее неизвестной этиологией. Так, в 2002 г., новый вид риккетсий – *r. heilongjiangensis* впервые генотипирован в клещах *h. concinna* на Дальнем Востоке России, а дальнейшие исследования показали моноэтиологичность клещевого риккетсиоза на территории Хабаровского края с характерными эпидемиологическими и клиническими особенностями.

В настоящее время представляет интерес роль оксидативного статуса в патогенезе многих инфекционных заболеваний, а, учитывая, что селенсодержащие ферменты являются ключевыми компонен-



тами ферментов антиоксидантного действия (в том числе системы глутатиона), целью работы явилось исследование уровня содержания селена у больных клещевым риккетсиозом, обусловленным г. *heilongjiangensis*.

Согласно данным современных исследований, Хабаровский край рассматривается как селен-дефицитная территория.

Изучено состояние селенового статуса 52 пациентов от 18 до 79 лет (средний возраст  $60,8 \pm 1,4$  года) с клещевым риккетсиозом, обусловленным г. *heilongjiangensis*, без сопутствующих хронических заболеваний в стадии декомпенсации, постоянно проживающих на территории Хабаровского края.

Установлено, что средний уровень селена в сыворотке крови в группе пациентов клещевым риккетсиозом в разгаре заболевания был статистически значимо понижен в 1,7 раза, что расценено как критически низкий уровень микроэлемента. В периоде реконвалесценции уровень данного микроэлемента оставался достоверно пониженным в 1,3 раза относительно группы сравнения, при этом достоверно повышаясь к моменту выписки.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о формировании критической недостаточности селена у пациентов клещевым риккетсиозом, обусловленного г. *heilongjiangensis*. В результате истощения эндогенных запасов микроэлемента (как кофактора антиоксидантной системы) представляется наиболее вероятным активация оксидативного стресса.

Полученные первоначальные данные являются основанием для дальнейших исследований с целью выяснения патогенетического значения селенового статуса при клещевом риккетсиозе, обусловленном г. *heilongjiangensis*.

---

*Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Бедак А.С.*

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

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА И COVID-19**

Прицельное изучение особенностей сочетанного течения COVID-19 и различных хронических заболеваний стало темой большого количества работ, тем не менее по-прежнему в этой области остается целый ряд нерешенных вопросов, в том числе и в отношении патогенетических основ коморбидности новой коронавирусной инфекции. В частности, немалый интерес представляет проблема определения причинно-следственных связей между COVID-19 и саркоидозом, заболеванием, которое по сей день остается «темной лошадкой» в клинической практике.

Традиционно считается, что саркоидоз возникает у генетически предрасположенных лиц, подвергающихся воздействию провоцирующих факторов, к которым также относятся и различные инфекции. Однако в отношении COVID-19 все далеко не однозначно. Известно, что белок ORF8 вируса SARS-CoV-2 оказывает воздействие на молекулы главного комплекса гистосовместимости (МНС-I) и лишает зараженные клетки возможности презентировать вирусный антиген. В клетках, экспрессирующих ORF8 SARS-CoV-2, молекулы МНС-I избирательно направляются не на поверхность, а в лизосомы, где подвергаются деградации, как при аутофагии. Вследствие этого цитотоксическим Т-лимфоцитам не удается эффективно распознавать и уничтожать инфицированные клетки. С другой стороны, при активном саркоидозе имеет место избыточный иммунный Th1-ответ, включающий активированные Т-хелперные клетки и соответствующие цитокины (IL-2, IL-12, IL-18) в тканях пораженных органов. CD4+ Т-клетки могут дифференцироваться в клетки Th17.1, являющиеся основными производителями интерферона- $\gamma$ . По-видимому, описанный усиленный ответ Th17.1 связан с дефицитом регуляторных Т-клеток, возможно, играющих критическую роль в поддержании пролиферации Т-клеток при саркоидозе. Исходя из этого, активный саркоидоз и COVID-19 при их сочетании могут отчасти взаимно компенсировать иммунные реакции, таким образом приводя к более легкому течению вирусной инфекции и предупреждая прогрессирование гранулематозного процесса. Но данный аспект не исключает того, что COVID-19 способен выступать в роли антигенного триггера при саркоидозе. В качестве наглядного примера можно привести факт развития у больных COVID-19 так называемого

«рубцового саркоидоза» с локализацией патологического процесса в области шрамов, рубцов, мест инъекций, травматических повреждений с высоким содержанием антигенов. Процесс образования саркоидных гранул у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, судя по всему, связан с повышенной экспрессией интерферона-с в CD4+ Т-клетках и последующей активацией адаптивного иммунного ответа. Характерно, что при COVID-19 вокруг и внутри гранул в большом количестве обнаруживаются те же клетки, которые принимают участие в формировании гранул при классическом кожном саркоидозе: CD4+ Т-лимфоциты, кожные дендритические клетки и макрофаги.

Нельзя не отметить, что общность в патогенезе рассматриваемых заболеваний прослеживается и на уровне ферментов и цитокинов. S-белок вируса SARS-CoV-2 связывается с клетками организма, используя ангиотензинпревращающий фермент II (АПФ II), являющийся ключевым элементом проникновения SARS-CoV-2 в клетки. При саркоидозе АПФ II активируется в макрофагах, которые располагаются внутри гранулематозной ткани, и, соответственно, играет решающую роль в процессе формирования гранулемы и в регуляции продукции фактора некроза опухоли-альфа. Ввиду этого нельзя исключать возможность того, что происходящее для поддержания системного гомеостаза повышение экспрессии АПФ при COVID-19, способно приводить к развитию гранулематозных реакций. Таким образом, у пациентов с саркоидозом нетяжелые гранулематозные проявления, по сути, могут быть следствием эффективного ответа на COVID-19. Что же касается тяжелых форм COVID-19 у больных саркоидозом, в этом плане активно обсуждается роль дифференциально экспрессированных генов, общих для указанных заболеваний и связанных с продукцией цитокинов, которые участвуют в иммунном ответе и в продуцировании цитокинов Т-лимфоцитами. В целом, наличие потенциальной патологической связи между саркоидозом и COVID-19 на сегодняшний день уже не вызывает сомнений, но требует дальнейшего изучения данного вопроса.

---

*Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Бойко Е.Ю., Семендяева Е.В., Небесная Л.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Бронхиальная астма (БА), являясь одним из наиболее распространенных в терапевтической практике заболеваний, нередко протекает в сочетании с той либо иной органической или функциональной патологией. Однако не всегда сопутствующие заболевания можно рассматривать в качестве коморбидных ввиду отсутствия их патогенетического взаимодействия с БА и влияния на диагностику, тяжесть, прогноз и особенности ведения больных с БА. На сегодняшний день особый интерес в плане нозологической синтропии БА представляют такие заболевания, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неалкогольный стеатогепатит, хроническая обструктивная болезнь легких и другие.

**Цель исследования.** Определить особенности клинического течения БА, сочетанной с ГЭРБ.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 58 больных БА, которые в зависимости от наличия/отсутствия сопутствующей ГЭРБ были разделены на две группы: в 1-ю вошли 28 пациентов с коморбидностью БА и ГЭРБ, во 2-ю – 30 больных с изолированным течением БА. Контрольную группу составили 31 человек – относительно здоровые лица. В рамках комплексной диагностики изучались показатели функции внешнего дыхания, пиковая скорость выдоха (ПСВ) и суточная вариабельность ПСВ, уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе (NOex). Также оценивались показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ), уровень общего иммуноглобулина Е (Ig E) в сыворотке крови. Для контроля заболевания в комплексе с клиническим расспросом и объективными методами диагностики использовалась русскоязычная валидизированная версия теста по контролю астмы (АСТ). Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36.

**Результаты.** В 1-й группе при исходной оценке уровня контроля БА с помощью опросника АСТ у 5 коморбидных пациентов (17,9%) определялось частично контролируемое течение, а у 23 (82,1%) – неконтролируемое течение БА; во 2-й – у 14 пациентов (46,7%) имело место частично контролиру-

руемое течение БА, у 16 (53,3%) – неконтролируемое. При анализе анкеты качества жизни SF-36 у пациентов с сочетанным течением БА и ГЭРБ по всем шкалам отмечались более низкие показатели и физического, и психического компонентов здоровья по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). По данным спирометрии в 1-й группе все основные показатели кривой «поток-объем» были достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в группе контроля, однако не имели статистически значимых отличий от данных во 2-й группе ( $p = 0,11$ ). При этом в ходе выполнения бодиплетизмографии у пациентов с БА в сочетании с ГЭРБ были отмечены более выраженные обструктивные изменения и значимое повышение показателей сопротивления дыхательных путей по сравнению с больными БА без сопутствующей ГЭРБ ( $p < 0,05$ ). Также в 1-й группе было выявлено существенное снижение ПСВ с увеличением суточной вариабельности ПСВ с достоверным ( $p < 0,05$ ) отличием от данных, полученных во 2-й группе: среднее значение ПСВ в 1-й группе составило  $51,49 \pm 1,63\%$  от должного, во второй –  $64,82 \pm 1,43\%$ ; среднее значение суточной вариабельности ПСВ  $34,61 \pm 2,64\%$  и  $26,76 \pm 3,09\%$  – соответственно. Уровень NOex в основной группе был значительно повышен и в среднем достигал  $67,38 \pm 5,23$  ppb при норме  $< 25$  ppb, что было достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем во 2-й группе ( $45,76 \pm 3,75$  ppb) и в группе контроля ( $19,46 \pm 2,35$  ppb). Исследование показателей ПОЛ (метаболиты оксида азота (МОА), диеновые конъюгаты (ДК)) и АОЗ (каталаза) не показало достоверных различий между 1-й и 2-й группами, но по сравнению с группой контроля в обеих группах наблюдалось достоверное изменение уровней МОА, ДК и каталазы ( $p < 0,05$ ). Аналогичные результаты были получены и при определении уровня общего Ig E: его среднее значение в 1-й группе ( $312,2 \pm 12,6$  МЕ/мл) достоверно не отличалось ( $p = 0,12$ ) от данных во 2-й группе ( $277,2 \pm 9,8$  МЕ/мл). При этом в обеих группах этот показатель превышал верхнюю границу нормы ( $100,0$  МЕ/мл) и имел статистически значимые отличия по сравнению с группой контроля ( $p < 0,01$ ).

Выводы. 1. Наличие у пациентов с БА сопутствующей ГЭРБ можно рассматривать как фактор, существенно ухудшающий контроль над БА и влияющий на выраженность трахеобронхиальной гиперреактивности, бронхиальной обструкции и сопротивление дыхательных путей, а также негативно отражающийся на качестве жизни больных. 2. Коморбидность БА и ГЭРБ способствует значимому увеличению интенсивности локального воспаления. 3. Отсутствие статистически значимых различий по показателям системы «ПОЛ-АОЗ», вероятно, указывает на первостепенную роль в развитии окислительного стресса имеющейся у обследованных пациентов БА, без весомого вклада в этот процесс сопутствующей патологии – ГЭРБ. 4. Наличие ГЭРБ у пациентов с БА не оказывает статистически значимого влияния на показатель общего Ig E в периферической крови.

*Моногарова Н.Е., Забазнова Ю.В., Джоджишвили Н.С.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ГБУ «Городская клиническая больница № 5 г. Макеевки», г. Макеевка

## **СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

На протяжении последних лет существенно возрос интерес к проблеме коморбидности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и гипертонической болезни (ГБ). По данным различных авторов, частота сочетания артериальной гипертензии (АГ) с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ), среди которых ГЭРБ является, пожалуй, наиболее ярким хрестоматийным примером, колеблется в пределах от 11,6 до 50%. Такой разброс свидетельствует о все еще недостаточной изученности проблемы. Тем не менее, на сегодняшний день мы располагаем данными, позволяющими судить о наличии общих для ГЭРБ и ГБ патогенетических факторов, принимающих участие в развитии рассматриваемой коморбидности. В частности, в качестве одного из важных механизмов при сочетанном течении ГЭРБ и ГБ рассматривается нарушение нейрогуморальной регуляции функции внутренних органов, которое тесно связано с психоэмоциональным стрессом и дисбалансом вегетативной нерв-

ной системы. Нельзя не отметить, что именно по причине различий вегетативной регуляции достаточно долгое время сочетание ГЭРБ и ГБ считалось случайным и редко встречающимся.

Как известно, пусковым механизмом повышения артериального давления служит усиление тонуса симпатической нервной системы, в то время как ГЭРБ и другие КЗЗ верхних отделов желудочно-кишечного тракта сопряжены с парасимпатиконией и/или нарушением сбалансированного влияния на желудочно-кишечный тракт обоих отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Интересен тот факт, что в случае легкого и среднетяжелого течения заболеваний имеет место снижение влияния симпатического звена регуляции, а при тяжелом – его увеличение. Установлено, что сопутствующая ГБ не только способствует усугублению вегетативных расстройств, имеющихся у пациентов, страдающих КЗЗ, но и видоизменяет их в сторону относительной симпатикотонии, которая сочетается с парасимпатической недостаточностью. Характерно, что данные изменения нарастают по мере увеличения степени АГ, отражая при этом возможность дальнейшего неблагоприятного развития как ГБ, так и КЗЗ.

В целом, рассматривая механизм формирования ГЭРБ, в основе которого лежит нарушение деятельности нижнего пищеводного сфинктера (НПС), нельзя не отметить, что снижение вклада парасимпатического отдела ВНС в обеспечение его тонуса и формирование гиперсимпатикотонии сопряжены с развитием однонаправленного эффекта, заключающегося в снижении тонуса НПС. В норме процесс передачи возбуждения в НПС на 50-80% обеспечивается за счет холинергического влияния с участием МЗ-холинорецепторов, стимулирующих G-протеин-ассоциированную фосфолипазу C, и сопровождается увеличением синтеза вторичных посредников – внутриклеточного инозитолтрифосфата и диацилглицерола, что ведет к повышению уровня  $Ca^{2+}$ . Вследствие этого происходит активация гладких мышц дистального отдела пищевода, формирующих НПС. Нервные волокна верхней трети пищевода содержат возбуждающие  $\alpha$ -адренорецепторы, активация которых вызывает сокращение гладких мышц и, собственно, определяет завершенность акта глотания. В среднем сегменте пищевода расположены экспрессируемые гладкомышечными клетками тормозные  $\beta$ -адренорецепторы, а сам НПС содержит  $\alpha 1$ -,  $\alpha 2$ - и  $\beta 3$ -адренорецепторы, стимуляция которых вместе либо по отдельности приводит к его релаксации. Не исключено, что при коморбидности ГЭРБ и ГБ весомый вклад в прогрессирование патологического процесса вносит интрамуральная нервная система, отвечающая за автономную нейрорегуляцию моторики пищевода. Она содержит ингибирующие нейроны, которые локализируются, преимущественно, в циркулярном мышечном слое и угнетают сокращение через нехолинергические и неадренергические нейротрансмиттеры. Тормозные нейроны вызывают опосредуемую оксидом азота релаксацию НПС, и именно нитрергической системе, по мнению ряда авторов, отводится ведущая роль в регуляции данного процесс.

Таким образом, дисфункция ВНС при сочетанном течении ГЭРБ и ГБ, сопряженная с гиперсимпатикотонией и с усилением роли автономной нейрорегуляции, способствует утяжелению течения коморбидных заболеваний, что необходимо учитывать при разработке комплексного плана лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов.

---

*Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М., Колосова О.В.*

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

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЙ ЗУБОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РАЗЛИЧНЫМИ ФОТОКОМПОЗИТАМИ**

Цель исследования: клиническая оценка восстановлений зубов с клиновидными дефектами двумя фототокомпозиционными материалами у пациентов с различным уровнем резистентности эмали зубов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 28 пациентов, которым фототокомпозиционными материалами было запломбировано 46 зубов с клиновидными дефектами различной глубины. Пациентам в момент осмотра дополнительно проводили тест эмалевой резистентности (ТЭР) для определения структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов (СФКЭ). Все обследо-

дованные были распределены на четыре группы в зависимости от результатов ТЭР и выбранного реставрационного материала. В I и III группы вошли, соответственно, 7 и 6 пациентов с высоким уровнем СФКЭ (ТЭР от 1 до 3 баллов), которым было восстановлено 12 и 10 зубов с клиновидными дефектами; во II и IV группы вошли, соответственно, 8 и 7 пациентов с очень низким уровнем СФКЭ (ТЭР 7 баллов и более), которым было восстановлено 11 и 13 зубов. Восстановление дефектов в I и II группах проводили фотокомпозитом Filtek z250, 3M ESPE, с адгезивной системой Adper Single Bond 2, 3M ESPE, в III и IV группах – Charisma, KULZER, с адгезивной системой GLUMA 2Bond, KULZER. Оценку восстановлений проводили через 12 месяцев по критериям USPHS «краевое прилегание» и «краевое окрашивание».

Результаты исследования. На контрольный осмотр через 12 месяцев явились все 28 пациентов. Обследование по критерию «краевое прилегание» у пациентов с высоким уровнем СФКЭ зубов (I и III группы) показало плавный переход от восстановительного материала к эмали (оценка А) в  $91,67 \pm 7,98\%$  и  $70,00 \pm 14,49\%$  случаев, соответственно выбранных реставрационных материалов, наличие щели на границе реставрации глубиной до дентино-эмалевого соединения (оценка В) было выявлено в  $8,33 \pm 7,98\%$  и  $30,00 \pm 14,49\%$  случаев. Клиническая оценка краевого прилегания фотокомпозитов у пациентов с низким уровнем СФКЭ зубов (II и IV группы) показала значительно худшие результаты. Оценка А была выставлена в  $81,82 \pm 11,63\%$  и  $61,54 \pm 13,49\%$  случаев, оценка В –  $18,18 \pm 11,63\%$  и  $38,46 \pm 13,49\%$ .

Оценка восстановлений дефектов по критерию «краевое окрашивание» у пациентов с высоким уровнем СФКЭ зубов (I и III группы) показала отсутствие окрашивания на границе реставрации и эмали (оценка А) в  $83,33 \pm 10,76\%$  и  $70,00 \pm 14,49\%$ , краевые пигментации без проникновения в глубину (оценка В) в  $16,67 \pm 10,76\%$  и  $30,00 \pm 14,49\%$ , тогда как у пациентов II и IV групп оценка А была выставлена, соответственно, в  $72,73 \pm 13,43\%$  и  $53,85 \pm 13,83\%$  восстановлений, оценка В –  $27,27 \pm 13,43\%$  и  $46,15 \pm 13,83\%$  случаев, соответственно.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с высоким уровнем структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов отмечается достоверно лучшее прилегание фотокомпозиционных материалов к эмали зубов с клиновидными дефектами; фотокомпозиционный материал Filtek z250, 3M ESPE, показал лучшие результаты у пациентов с низким уровнем структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов по обоим исследуемым критериям.

---

**Морозова М.А.**

ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону

## **САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДОПРОВОДНОЙ ВОДЫ Г. АЗОВ ЗА ПЕРИОД 2021-2022 ГГ.**

Город Азов расположен в устье реки Дон на левом берегу. Огромное влияние на качество речных вод оказывают Северский Донец, самый крупный приток Дона, и река Темерник. Наиболее загрязненный участок реки находится в ее низовьях – от города Ростова-на-Дону до города Азов. Загрязнение низовья р. Дон связано с судоходством, сбросами воды закрытых шахт и промышленных предприятий, а также неочищенными хозяйственно-бытовыми и ливневыми стоками, имеющими место на всем протяжении реки.

Безопасность питьевого водоснабжения определяется комплексом профилактических мер, среди которых основное место занимает микробиологический контроль качества питьевой воды и водоемочников. Качество источников водоснабжения определяется количеством и качеством поступающих в них подземных и поверхностных вод, а также стоков от промышленных и коммунальных предприятий. В условиях интенсивного бактериального загрязнения водоёмов особая роль принадлежит барьерной функции систем водоподготовки водоочистных сооружений по отношению к инфекционным агентам, т.к. качество воды в основном зависит от эффективности очистки. Но, как показывают результаты исследований отечественных и зарубежных учёных, при обычных режимах эксплуатации

ряд бактерий могут проходить через фильтры системы водоподготовки. При нарушении режима эксплуатации барьерная роль водоочистных сооружений, а с ней и степень санитарной надёжности системы водоподготовки, снижается, и патогенные биологические агенты могут обнаруживаться как на этапах очистки водоочистных сооружений, так и в распределительной сети. В связи с этим особое значение имеет микробиологическая оценка качества водопроводной воды г. Азова.

Материалом исследования послужили 170 проб воды, включая пробы воды в распределительной сети, перед поступлением в распределительную сеть. Пробы воды отбирали из водопроводных колонок, в детских дошкольных учреждениях и учреждениях среднего образования. Исследования проводили ежемесячно с 2021 по 2022 гг. Отбор проб осуществлялся согласно требованиям ГОСТ 31942-2012. В исследуемых пробах определяли следующие показатели безопасности воды централизованного водоснабжения: общее микробное число при 37°C (ОМЧ), обобщенные колиформные бактерии (ОКБ), термотолерантные колиформные бактерии (ТКБ, *E.coli*), споры сульфитредуцирующих клостридий (СРК) и патогенные бактерии – сальмонеллы, условно-патогенные бактерии – клебсиеллы и синегнойные палочки. Количественный анализ проб питьевой воды проводился титрационным методом в соответствии с МУК 4.2.1018-01. Качество воды оценивалось в соответствии с СанПиН 2.1.3684-21.

Проведенный санитарно-бактериологический анализ воды централизованного водоснабжения г. Азова показал несоответствие по 3 нормируемым микробиологическим показателям. Доля нестандартных проб по показателю *E. coli* составила 3,5% (средний индекс – 0,57 КОЕ/100) и по показателю ОКБ – 7,6% (индекс 0,63 КОЕ/100). Споры сульфитредуцирующих клостридий (СРК) выявлены в 45,9% проб. Так, из 170 исследованных проб воды споры СРК были обнаружены в 78 пробах со средним индексом 1,57 КОЕ/20 мл. Энтерококки и сальмонеллы за период исследования не обнаружены.

Споры СРК не нормируются в местах водозаборов, но, несомненно, микробиологическая оценка воды на данном участке, направленная на определение спор СРК, может объяснить причину их выявления в питьевой воде. Дальнейшие наши исследования будут направлены на исследование уровня их содержания в районе водозабора г. Азова.

---

*Морозова Н.И., Железная А.А., Морозова Н.А.*

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

## **ПЕРОКСИДАЗЫ И ИХ РОЛЬ В СТАНОВЛЕНИИ ЛАКТОГЕНЕЗА**

Лактация считается единственной функцией молочной железы. Подготовка к лактации проходит в несколько этапов. Одним из этих этапов является лактогенез – выработка и выведение молока. Литературные данные свидетельствуют об активности деструктивных процессов в молочной железе на раннем этапе лактогенеза, когда завершается формирование альвеолярной структуры молочной железы. Основная роль в этом процессе отводится пероксидазам: щелочной фосфатазе и миелопероксидазе. Поэтому исследование ферментативной системы секрета молочных желез, имеет важное значение в лактогенезе.

Цель исследования: изучить содержание щелочной фосфатазы и миелопероксидазы в секрете молочных желез у женщин с нарушенной лактацией, перенесших послеродовые кровотечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 106 родильниц с нарушенной лактацией, перенесших послеродовые кровотечения. Возраст родильниц находился в пределах 18-42 лет. Все родильницы имели самостоятельные срочные роды. Контрольную группу составили 30 женщин с достаточной лактацией. Пероксидазы изучали в секрете молочных желез. Щелочную фосфатазу выявляли методом азосочетаний. Миелопероксидазу лейкоцитов секрета молочной железы определяли с помощью бензидинового метода. Секреторная активность молочных желез измерялась измерялась оценивали путем определения суточного объема молока, с учетом потребности в нем новорожденного на 3-и сутки послеродового периода. Объем молока рассчитывали гравиметрическим методом.

Цифровые данные обрабатывались статистически с помощью программы Statistika 10.0 Microsoft Excel 2007.

Результаты. Анализ исследований показал изменения в уровне пероксидаз. Маркером этих изменений является средний цитохимический коэффициент (СЦК). Среди лейкоцитов секрета молочной железы встречались клетки, имеющие различную активность фермента. Часть клеток не давала положительной реакции на этот фермент или она была слабая. СЦК в первые сутки после родов при полноценной лактации составил  $0,82 \pm 0,11\%$  по сравнению с группой с нарушенной лактацией  $0,41 \pm 0,13$ . На 3-ьи сутки у женщин с достаточной лактацией средний цитохимический (СЦК) составил  $1,24 \pm 0,15\%$ , соответственно в группе с нарушенной лактацией  $0,86 \pm 0,13\%$ . Увеличение этого показателя происходит за счет увеличения числа клеток с умеренной активностью фермента и уменьшения числа клеток с отрицательной реакцией. При исследовании активности щелочной фосфатазы были полученные данные, свидетельствующие о том, что в группе с достаточной лактацией СЦК в первые сутки после родов составил  $1,07 \pm 0,21\%$  и на 3-и сутки  $1,09 \pm 0,11\%$ . В группе женщин, у которых были диагностированы нарушения лактационной функции, наблюдалось снижение активности щелочной фосфатазы СЦК :на 1-е сутки после родов составил  $0,21 \pm 0,11\%$  и на 3-и сутки  $0,36 \pm 0,13\%$ .

Мы выявили параллель между активностью ферментов и секреторной активностью молочных желез. Это подтверждается тем, что в группе женщин с высокой активностью ферментов суточная секреция молока была значительно выше, чем в группе женщин с низкой активностью.

Заключение. Снижение ферментативной активности при нарушении лактации следует рассматривать как следствие нарушения регуляции становления лактации.

---

*Морозова О.А., Золкорняев И.Г.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ**

Данные научно-практических исследований и статистического анализа последних лет свидетельствуют о росте показателей заболеваемости хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ). Алкоголь и его самый токсичный метаболит ацетальдегид, большим разнообразием патофизиологических влияний на весь организм, включая центральную нервную систему (ЦНС). Ацетальдегид вызывает стрессоподобную активацию симпатoadреналовой системы, запускающей последовательное формирование вторичных расстройств в деятельности органов и систем, включая ЦНС, с развитием энцефалопатии сложного генеза, нарушениями в психофизиологическом и личностном статусе пациентов, быстрым прогрессированием деменции. Учитывая, что потребление алкогольных напитков в современном мире получает значительное распространение, проблема изучения хронического воздействия алкогольной интоксикации на состояние морфофункциональных систем человека приобретает особую актуальность.

Цель работы. Оценка эффективности нейропсихологических методов для ранней диагностики, прогноза и коррекции когнитивных нарушений у больных ХАИ.

Материал и методы. Обследовано 103 пациента (74 муж., 29 жен.) на разных стадиях ХАИ. Всем пациентам проведено нейропсихологическое тестирование: тесты на запоминание 10 слов, двух фраз, тесты на утомляемость, концентрацию внимания, мышление (тест Шульте, пробы Крепелина, пиктограмма).

Результаты. Изучение клинической картины пациентов с ХАИ во всех случаях выявило эмоционально-аффективные нарушения. Отмечено, что уже на ранних доклинических стадиях поражения головного мозга у больных ХАИ выявляются признаки нарушения высших психических функций. Снижение кратковременной механической памяти наблюдалось у 67,3% больных, более выраженное за счет неустойчивости и снижения концентрации внимания – у 90,8%. Отмечена относительная сохранность долговременной памяти. Повышенная утомляемость выявлена в 67,4% случаев. У всех пациентов зарегистрировано нарушение абстрактного мышления и склонность к конкретности, стандартности познавательной деятельности. При выполнении простых арифметиче-

ских тестов, удельный вес ошибочных действий в 24,9% случаев имел тенденцию к нижней границе среднестатистической нормы. У пациентов в поздних стадиях заболевания, длительно злоупотребляющих алкоголем и его суррогатами, в 96,1% случаев выявлено замедление процессов мышления, в 92,7% случаев выявлены ригидность, конкретность и стандартность мышления. У большинства пациентов (79,4%) отмечено резко выраженное нарушение кратковременной и долговременной памяти. Повышенная утомляемость выявлена в 98,5% случаев, истощаемость психической деятельности наблюдалась в 21,1%. У 19,3% обследуемых была снижена адаптация к воздействию новой незнакомой информации. При выполнении заданий с простыми арифметическими вычислениями пациенты на поздних стадиях ХАИ обнаружили резкое снижение объема выполненной работы с заметным возрастанием удельного веса ошибочных действий (64,3%).

Выводы. 1. У всех больных ХАИ имеются скрытые (на ранних стадиях) или явные (на поздних стадиях) когнитивные нарушения разной степени выраженности. 2. В комплексное обследование пациентов с ХАИ целесообразно включать методы нейропсихологического тестирования, что позволит оптимизировать раннюю диагностику и прогноз прогрессирования поражения головного мозга для разработки персонализированной программы нейрореабилитации с проведением своевременной адекватной терапии когнитивных нарушений.

*Москаленко С.В., Моисеев А.М., Литовка Е.В., Сушков Н.Т.*

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

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ**

Отравление дикорастущими грибами у детей протекают тяжелее, чем у взрослых, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма, функциональной незрелостью естественных систем детоксикации. Грибные токсины гастро-энтеротропного и нейро-вегетотропного действия вызывают серьезную проблему со здоровьем, а токсины гепато-нефротропного действия (фаллотоксины и аматоксины) представляют реальную угрозу для жизни. Согласно данным литературы, от 25% до 85% случаев отравлений грибными ядами гепатотропного действия у детей приводят к летальному исходу.

Цель исследования. Изучить эффективность интенсивной терапии у детей с острым отравлением грибными токсинами гепатотропного действия.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении интенсивной терапии общего профиля Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2017 по 2022 год находились 22 ребенка в возрасте от 5 до 17 лет с острым отравлением дикорастущими грибами. У всех детей было выявлено нарушение функции печени. Показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии было не только наличие клинических симптомов отравления, но и факт употребления дикорастущих грибов, тактильного контакта с ними. Использовали клинический, лабораторный, статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Продолжительность латентного периода у пациентов составляла от 4 до 53 часов. По окончании короткого латентного периода (до 10 часов после употребления грибов) у 17 детей (77,3%) появлялся гастроинтестинальный синдром, сопровождавшийся повторяющейся рвотой и жидким стулом. При более длительном латентном периоде у пациентов не было расстройств желудочно-кишечного тракта.

Фаллоидный гепатит развивался в срок от 22 до 53 часов после употребления грибов. Первыми признаками дисфункции печени были повышение уровня лактатдегидрогеназы, аспартатаминотрансферазы, 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 15 пациентов (68,2%) прогрессирование печеночной недостаточности сопровождалось клиническими и лабораторными признаками коагулопатии. Гепатаргия с тяжелой энцефалопатией развивалась у 5 детей.



Для профилактики развития фаллоидного гепатита в латентном и гастроинтестинальном периоде использовали бензилпенициллин (учитывая его способность связывать амотоксины 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 викасол, этамзилат, аминокaproновую и транексамовую кислоту, трансфузии донорской плазмы. Обязательным компонентом лечения при развитии тяжелой печеночной недостаточности был обменный плазмаферез в расчете на один объем циркулирующей плазмы (30 мл/кг массы тела) с замещением свежемороженой донорской плазмой. Такой подход к интенсивной терапии на разных этапах лечения позволил добиться успеха у 20 детей (91%).

Выводы. Учитывая возможность развития печеночной недостаточности, появление малейших жалоб у ребенка, употребившего в пищу или имевшего тактильный контакт с дикорастущими грибами, является показанием для госпитализации и интенсивного лабораторно-клинического наблюдения в течение как минимум 3 суток. Описанный подход к профилактическому лечению и комплексная интенсивная терапия, включающая обменный плазмаферез, показали свою эффективность при отравлении грибами, содержащими токсины гепатотропного действия.

---

*Музычина А.А., Авсянкин А.В., Тутова К.С., Музычина А.В.*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЯМОГО МЕТОДА РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА УНИВЕРСАЛЬНЫМ РЕСТАВРАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЙ**

Цель исследования. Изучить возможность применения непрямого метода реставрации зубов с помощью универсального микрогибридного фотокомпозитного материала для прямых реставраций у подростков с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), выявить преимущества и недостатки данной методики.

Материалы и методы. Для непрямого реставрации боковых постоянных зубов мы использовали: силиконовую оттискную массу Zetaplus (для снятия оттиска с отпрепарированной кариозной полости), универсальную светоотверждаемую реставрационную систему Filtek Z250 (для реставрации зуба), самоадгезивный, самопротравливающий композитный фиксирующий цемент двойного отверждения Breeze (для фиксации композитной вкладки), а также другие вспомогательные материалы.

Результаты исследования. Анализ проведенной работы выявил ряд преимуществ данной методики перед прямым методом реставрации зубов: более точная и тщательная моделировка реставрации по отношению к соседним зубам и зубам-антагонистам за счёт удобства работы на модели, полностью исключен риск образования наддесневого нависающего края реставрации в апроксимальной зоне, точность краевого прилегания в пришеечной области. Также неоспоримым преимуществом является возможность тщательной полировки апроксимальной поверхности реставрации, что значительно снизит риск образования зубного налёта, компенсация полимеризационной усадки и, предположительно, отсутствие полимеризационного внутреннего напряжения реставрации за счёт фиксирующего цемента и отсутствия адгезии к стенкам полости в момент полимеризации. Необходимо принять во внимание факт минимального времени работы непосредственно в полости рта. К особенностям можно отнести необходимость снятия оттиска и отливку модели для чего нужны некоторые навыки работы зубного техника (только отливка модели) в то время, как моделирование реставрации на модели проводится непосредственно пломбирочным материалом, поэтому идентично моделированию в полости рта.

Выводы. Исходя из полученных результатов считаем не только возможным применение непрямого метода, но и преимущественно выбор данного метода для реставрации жевательных зубов в детской стоматологической практике у подростков с ВРГН универсальным светоотверждаемым материалом для прямой реставрации зуба.

*Музычина А.А., Кальней Е.О., Бугоркова И.А., Авраменко О.О.*

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

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И /ИЛИ НЕБА**

Цель исследования: изучить частоту встречаемости клинических проявлений других аномалий органов и систем у детей с расщелиной губы и/или неба.

Материалы и основные методы исследования: Обследовано 143 ребенка с врожденными пороками челюстно-лицевой области, состоящих на диспансерном учёте в Донецком межобластном центре. Возраст больных колеблется от 1 до 36 месяцев.

Результаты исследования: Из общего числа обследованных у 69 детей(48%) не было выявлено других аномалий развития. У 66 обследованных(46%) выявлены малые аномалии развития, подавляющее большинство из которых приходилась на аномалии развития сердечно-сосудистой системы: открытое овальное окно, минимальные (до I степени) пролапсы клапанов, дополнительные хорды и трабекулы. У 18 детей (12%) выявлены малые аномалии скелета, ушных раковин, мочеполовой системы, у 9 детей (6%) диагностировано два и более малых порока.

Врожденные синдромы, в состав которых входили различные варианты расщелин челюстно-лицевой области диагностированы у 16 больных(11%). Синдром Пьера-Робена имели 5 детей, Патау -2 ребенка, Ван-дер-Вуда 2, Синдром Меккеля-1, Рото-лице-пальцевой синдром, тип -2 ,оро-фацио-дигитальный синдром, тип II -1, синдром Моро -1, Синдром Гольденхара-2.

У остальных 36 детей (25%) расщелине лица сопутствовали следующие тяжелые пороки органов и систем: гидроцефалия -3, недифференцируемый порок развития головного мозга -1, тяжелые пороки клапанов и перегородок сердца -4, атрезия заднего прохода -2 ,аплазия почки -1, дистопия почки с врожденным гидронефрозом-1, тяжелые пороки развития с нарушением функции кисти и стопы-4, гипоспадия-3, крипторхизм – 4, омфалоцеле -3. Все дети этой группы нуждались в этапной хирургической реабилитации, как до начала лечения челюстно-лицевой патологии (дети с пороками сердца, желудочно-кишечного тракта, кожи), так и после первичных восстановительных операций.

Выводы: Практически у половины детей с врожденными расщелинами губы и неба диагностируются врожденные пороки других органов и систем, причем у 25% детей пороки серьезно нарушают работу жизненно важных органов и систем, затрудняют или делают невозможной хирургическую реабилитацию пороков челюстно-лицевой области.

Таким образом, все дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба нуждаются в углубленном обследовании в период новорожденности для координации работы смежных специалистов и разработки адекватной программы реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба.

---

*Музычина А.А., Кальней Е.О., Бугоркова И.А., Авсянкин А.В.*

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

## **КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Современное медицинское образование все более раскрывается как сфера конкурирующих концепций, в котором используются современные наукоемкие технологии, информационные продукты и высококвалифицированные специалисты. Специфика компетентностного обучения состоит в том, что усваивается не готовое знание, кем-то предложенное, а обучаемый сам формулирует понятия, необходимые для решения задачи. При таком подходе учебная деятельность, периодически приобретает исследовательский характер и становится предметом усвоения.

Компетентность – это способ существования знаний, умений, образованности, способствующий личностной самореализации, нахождению своего места в мире, вследствие чего образование стано-

вится высокомотивированным и в подлинном смысле личностно ориентированным, обеспечивающим максимальную востребованность личностного потенциала.

Компетентностная модель – это модель будущей эффективной работы, социального взаимодействия и адаптируемости ко многим контекстам.

Принципы обучения в логике компетентностного подхода:

1. Учебный процесс должен быть ориентирован на достижение результатов, выраженных в форме компетенций.
2. Обучающиеся должны сознательно взять на себя ответственность за собственное обучение. Для этого субъекты обучения должны активно взаимодействовать.
3. Обучающимся должна быть предоставлена возможность учиться поиску, обработке и использованию информации. Необходимо отказаться от практики трансляции знаний.
4. Обучающиеся должны иметь возможность практиковаться в освоенных компетенциях в большом количестве реальных и имитационных контекстов.
5. Индивидуализация обучения: предоставление каждому обучающемуся возможность осваивать компетенции в индивидуальном темпе.

Новые стандарты высшего образования задают требования к результатам освоения основных образовательных программ (ООП), которые выражены в форме компетенций и определяют профессиональные и общекультурные качества выпускников. ООП обеспечивают нормативно-методическую базу освоения обучающимися компетенций в соответствии с требованиями по направлениям подготовки. Статус университета налагает определенные требования к выпускникам, и подразумевает не только высокий уровень профессиональной подготовки, но и широкую эрудицию, грамотную речь, умение вести себя в обществе, способность взаимодействовать с другими специалистами, адаптироваться к разнообразию современного мира.

Введение компетентностного подхода обусловлено необходимостью развития кадрового ресурса общества, повышением качества подготовки специалистов, перспективой свободной интеграции специалистов в социокультурное и экономическое пространство, в связи с чем возникла необходимость формирования личности, способной адаптироваться к современным условиям, которые требуют ответственности, способности предпринимать конструктивные и компетентные действия в профессиональной деятельности. Для успешной профессиональной деятельности недостаточно получить высшее образование, требуется постоянно пополнять свои знания, быть способным учиться самостоятельно и постоянно, дополняя свои профессиональные и культурные компетенции информацией из других областей знаний.

---

*Мухаметова Д.Д., Абдулганиева Д.И.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

## **ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ КЛАССА Ig M К КОЛЛАГЕНУ 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**

Язвенный колит характеризуется многообразием клинических проявлений – как кишечных, так и внекишечных. Патогенез заболевания на сегодняшний день остается до конца не изученным. Важная роль в патогенезе болезни отводится иммунологическим нарушениям. Коллаген является основным компонентом межклеточного матрикса соединительной ткани. Можно предположить, что иммунные нарушения, приводящие к выработке аутоантител к коллагену, играют определенную роль в развитии различных клинических проявлений ЯК.

Цель работы: изучить содержание антител класса Ig M к коллагену I типа (КЛ I) при ЯК.

Материалы и методы: В исследование проспективно было включено 98 пациентом с обострением ЯК и 20 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов с ЯК составил  $33 \pm 1,7$  лет и группы контроля –  $30 \pm 1,5$ . У 56 пациентов была проведена оценка содержания сывороточных антител класса Ig M к КЛ I, которая проводилась методом иммуноферментного анализа. Тяжесть обострения оцени-

вали по индексу активности Мейо: легкая степень обострения отмечена у 25 пациентов, средняя – у 26, тяжелая – у 5.

Результаты: Внекишечные проявления ЯК были у 38 пациентов (39%), среди которых наиболее часто встречались артралгия и артриты (80%), анкилозирующий спондилит и сакроилеит (20%), поражение кожи в виде гангренозной пиодермии и узловой эритемы (10%), афтозный стоматит (7%), первичный билиарный холангит (7%), поражение глаз в виде иридоциклита (4%) и псориаз (2%).

При обострении ЯК установлено повышение количества антител класса Ig M к КЛ I (0,17 [0,10; 0,20] мкг/мл) по сравнению с группой контроля (0,09 [0,07; 0,12] мкг/мл;  $p < 0,05$ ).

Проводился статистический анализ пациентов с различными степенями активности болезни. Так, при тяжелой активности ЯК Ig M к КЛ I был выше (0,19 [0,18; 0,25] мкг/мл), чем при средней – 0,12 [0,08; 0,17] мкг/мл ( $p < 0,05$ ). При легкой активности ЯК уровень антител составил 0,18 [0,11; 0,20] мкг/мл.

Имелась тенденция к повышению Ig M к КЛ I у пациентов с внекишечными проявлениями (0,17 [0,10; 0,22] мкг/мл), чем без них (0,12 [0,09; 0,18] мкг/мл).

Выводы: Обострение ЯК у 39% характеризовалось наличием внекишечных проявлений. Установлено повышение уровня сывороточных антител класса Ig M к КЛ I по сравнению со здоровыми. Максимальное повышение установлено в группе пациентов с внекишечными проявлениями.

**Мухин И.В., Зубрицкий К.С.**

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

## **КЛАССЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Желудочковые нарушения сердечного ритма при сахарном диабете 2-го типа (СД 2-го типа) являются грозным состоянием, оказывающим существенное отрицательное воздействие на продолжительность жизни и обуславливающим высокую частоту внезапной сердечной смерти (ВСС). Наиболее частыми причинами возникновения желудочковых аритмий у больных СД 2-го типа являются: эпизоды гипогликемии, чередование гипогликемии с гипергликемическими эпизодами, ишемия миокарда, гиперинсулинемия, инсулинрезистентность, электрическая негетомогенность/некомпактность миокарда, удлинение интервала QT, ремоделирование миокарда (гипертрофия левого желудочка, диастолическая дисфункция левого желудочка, ремоделирование полостей сердца).

Цель: проанализировать частоту и варианты градаций желудочковых нарушений ритма у больных СД 2-го типа.

Обследовано 350 больных СД 2-го типа, которым проведен комплекс аритмологического исследования. Из них в исследование включены 133 (38,0%) пациента СД 2-го типа в стадии компенсации/ субкомпенсации углеводного обмена. Средний возраст включенных в исследование составил  $53,0 \pm 1,5$  года, а длительность заболевания  $5,3 \pm 0,2$  лет.

Комплекс обследования включал: электрокардиографическое исследование в покое, трансторакальную эхокардиографию (сонограф «Sonoscape S22», фирмы «Sonoscape Co», Китай), суточное мониторирование ЭКГ (кардиомонитор «Кардиотехника» – 04-АД-3(М), фирмы «Incart», Россия), а также статистические методы исследования (пакет статистических программ Statistica 6,0). В работе использована классификация градаций желудочковых нарушений ритма В.Low и М.Wolf (1971), модифицированная М.Ryan (1975).

При анализе полученных результатов оказалось, что частота желудочковых экстрасистол до 30 в час (класс I) равнялась 27,8%, класса II (более 30 в час) – 22,6%, класса III (политопная желудочковая экстрасистолия) – 17,3%, класса IVA (две последовательные, так называемые «парные» желудочковые экстрасистолы) – 13,5%, класса IVB (три и более желудочковых эктопических сокращений подряд или так называемые «пробежки» желудочковой тахикардии) – 11,3%, класса V («ранняя» желудочковая экстрасистолия типа R на T) – 7,5%.

Таким образом, желудочковые нарушения ритма диагностированы у каждого 4-го пациента (38,0%) СД 2-го типа. Нарушения ритма у больных СД 2-го типа характеризуются присутствием всех вариантов (классов) желудочковых нарушений ритма, однако если при классах I и II, как правило, не требуется проведения углубленного, в том числе и инвазивного аритмологического (электрофизиологического) обследования и, соответственно, приема антиаритмических средств, то у больных с III, IVA, IVB и V классами эти диагностические походы почти всегда имеют обоснованную необходимость, а лечение в подавляющем числе случаев является единственным верным, а, порой, и жизнеспасующим направлением. У больных СД 2-го типа целесообразным является проведение аритмологического обследования с последующей стратификацией риска и разработкой дифференцированных подходов к назначению комплекса эффективного противоритмического устранения желудочковых нарушений ритма высоких градаций и профилактики ВСС.

**Мухин И.В., Миминошвили В.Р.**

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

## **ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ КЛАССОВ ПЕРОРАЛЬНЫХ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С 6-ТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2-го типа) увеличивает риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в 5 раз у женщин и 2,6 раз – у мужчин, а распространенность ее у больных с СД колеблется от 10% до 22%. Течение такой сочетанной кардио-диабетической патологии вызывает значительные трудности, касающиеся как диагностики, так и предпочтения назначения глюкозонормализующих глюкозоснижающих средств, наличия и выраженности у них кардиотоксичных реакций.

Цель исследования заключалась в анализе влияния разных классов противодиабетических препаратов на функциональные параметры кардио-респираторной системы в тесте с 6-ти минутной ходьбой у больных СД 2-го типа с ХСН.

Обследованы пациенты СД 2-го типа с ХСН в возрасте  $43,7 \pm 0,5$  лет с длительностью диабета  $4,2 \pm 0,16$  года. Методом случайной выборки пациенты были распределены в 4 группы наблюдения. В группу 1 включено 26 (26,3%) человек, которые получали метформин и гликлазид. В группу 2 вошли 25 (25,3%) пациентов, которые получали метформин+производные глюкагонподобного пептида-1 (ГПП-1). В группу 3 включены 23 (23,2%) пациента, которые получали метформин и ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4). В группу 4 включено 25 (25,3%) пациентов, которые получали метформин и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (НГЛТ-2). Базисная терапия включала ингибитор АПФ или сартан, бета-адреноблокатор или ивабрадин, при необходимости нитрат продленного действия, реже – диуретик (в случае гипертензивного синдрома).

Для оценки влияния терапии на функциональную способность кардио-респираторной системы, использован тест с заданной скоростью ходьбы – SWT (Shuttle Walk Test), параметры которого оценивали исходно и через 3 года от начала дифференцированной глюкозонормализующей терапии.

Статистическая обработка результатов проведена при помощи пакета Statistica for Windows, Release 6.5 StatSoft, Inc.

Динамика теста с 6-ти минутной ходьбой в группе 1 проявлялась в виде статистически значимого ( $p < 0,05$ ) негативного снижения пройденного расстояния между этапом 1 ( $387,9 \pm 2,18$ ) и 2 ( $369,1 \pm 2,19$ ) – 18,8 метров. В группе 2 разница величина показателей равнялась  $387,5 \pm 2,47$  и  $370,4 \pm 2,08$  соответственно (17,1 м,  $p < 0,05$ ). В группе 3 –  $388,7 \pm 2,14$  и  $382,3 \pm 2,4$  соответственно (6,4 м,  $p < 0,05$ ). В группе 4 –  $388,3 \pm 2,23$  и  $385,0 \pm 2,90$  соответственно (3,3 м,  $p > 0,05$ ).

Комбинации глюкозоснижающих средств метформина с гликлазидом, а также метформина с ГПП-1 негативно влияли на величину теста с 6-ти минутной ходьбой в виде достоверно снижения пройденного расстояния и увеличения признаков сердечной недостаточности. Комбинации метформина с

ДПП-4 ингибиторами показала двукратное по сравнению с группой 1 уменьшение пройденного расстояния, что указывает на тормозные влияния такой глюкозонормализующей терапии на темпы прогрессирования ХСН. Применение метформина с НГЛТ-2 производными продемонстрировало способность сохранять (удерживать) величину теста с 6-ти минутной ходьбой на неизменном уровне, что можно рассматривать с позиции присутствия у производных НГЛТ-2 кардиопротективных свойств.

**Мухин И.В., Сочилин А.В.**

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

## **КАРДИО-РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и пылевой хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является частой клинической ситуацией в терапевтической практике Донбасса, причем частота такой синтропии нередко достигает 60-70%.

Цель исследования заключалась в сравнительном анализе влияния двух кардио-респираторных реабилитационных режимов на некоторые параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР) у гипертензивных больных пылевой ХОБЛ.

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-й стадии и 1-3-й степени, пылевая ХОБЛ 2-3-й стадии в стадии затихающего обострения и начинающейся ремиссии. Методом случайной выборки больные были распределены в 2 группы наблюдения, гомогенные по возрасту, длительности и тяжести ХОБЛ, стадии и степени АГ. Пациенты группы 1 получали только базисный комплекс реабилитационных мероприятий, а представители группы 2 дополнительно 20 дневные сеансы интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ). Группа контроля включала 40 практически здоровых мужчин аналогичного возраста. Параметры ВСР получали на основании проведения суточного кардиомониторирования (кардиомонитор «Кардиотехника-04-АД-3», Россия) до начала реабилитационных мероприятий и через 20 дней. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистического анализа «Statistica 6.0».

Исходные величины показателей в обеих группах не имели статистически достоверных различий ( $p > 0,05$ ), т.е. были сопоставимыми. В отличие от здоровых, в группах больных имели место достоверно ( $< 0,05$ ) более низкие значения средней продолжительности интервалов RR (RR) (различия с группой здоровых составило 27,8 и 33,1 мс соответственно). На фоне реабилитационных мероприятий отмечен прирост RR в группе 1 на 5,8, а в группе 2 на 175 мс ( $p < 0,001$ ). Различия между группами больных на этапе 2 равнялись 169,2 мс ( $p < 0,001$ ). Величина стандартного отклонения нормальных интервалов RR (SDNN) у больных исходно была достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в группе контроля, а различия с больными составили 12,2 и 9,0 мс соответственно ( $p < 0,05$ ). На фоне двух режимов реабилитации прирост SDNN составил 4,0 и 7,2 мс соответственно ( $p < 0,05$ ). Процент последовательных интервалов RR, различия которых превышает 50 мс (pNN50) у больных при исходном исследовании был на 4,4 и 4,3% меньше, чем в группе здоровых ( $p < 0,05$ ). Если прирост pNN50 в группе 1 составил 0,1, то в группе 2 – 4,2% ( $p < 0,05$ ). Мощность спектра на частоте 0,05-0,15 Гц (LF) при исходном исследовании у больных высокодостоверно ( $p < 0,001$ ) превосходила здоровых, а различия составили 339,2 и 346,3 мс<sup>2</sup> соответственно. Различия между этапами обследования в группах больных равнялись 25,2 и 347,4 мс<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). Исходные показатели мощности спектра на частоте 0,15-0,4 Гц (HF) у больных статистически значимо были меньше, контроля ( $p < 0,05$ ) на 180 и 179,4 мс<sup>2</sup> соответственно. Динамика величины HF в группах больных равнялась 3,1 и 179,2 мс<sup>2</sup> соответственно ( $p < 0,01$ ). Соотношение LF/HF у больных оказалось достоверно выше, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ) на 2,56 и 2,66 соответственно. Если в группе 1 достоверных изменений величины LF/HF не произошло, то в группе 2, напротив, отмечено снижение ( $p < 0,05$ ) на 2,7.

Таким образом, у гипертензивных больных пылевой ХОБЛ по сравнению с группой здоровых установлено доминирование симпатической активности на фоне относительного угнетения активности парасимпатической составляющей сердечного ритма. Только на фоне комбинированного режима реабилитации с использованием 20-ти дневных сеансов ИНБГТ наблюдается статистически значимое торможение исходной симпатической гиперактивности и вторичное восстановление вагусной активности.

*Мысливец М.Г., Парамонова Н.С.*

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

## **УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D И ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

**Введение.** Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – распространенный тип хронического ревматоидного заболевания, поражающего детей в возрасте до 16 лет. Данная нозология является одной из важных причин ранней инвалидизации детей, что негативно отражается на их физическом и психическом развитии.

**Цель исследования:** установить связь между уровнем витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови и биомаркерами воспаления, функциональными показателями течения ЮИА.

**Материалы и методы:** выполнено полное комплексное клинико-лабораторное обследование 56 пациентов с разными вариантами ЮИА в возрасте от 2 до 17 лет, госпитализированных в учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница». Все пациенты были включены в исследование после получения информированного согласия родителей/законных представителей и ознакомлены с протоколом обследования. Концентрацию 25(OH)D определяли путем вычисления разницы коэффициентов поглощения света опытных и контрольных образцов на иммуноферментном анализаторе SUNRISETECAN (Австрия) с использованием тест-систем 25-OH Vitamin D (total) ELISA(США) согласно прилагаемой инструкции.

**Результаты:** у обследованных пациентов с ЮИА медиана концентрации 25(OH)D составила 16,1 (12,5; 20,8) нг/мл. При олигоартикулярном варианте концентрация 25(OH)D в сыворотке крови – 17,0 (12,5; 20,1) нг/мл, полиартикулярном, РФ+ – 13,2 (9,3; 15,7) нг/мл, полиартикулярном, РФ- – 15,7 (12,4; 23,1) нг/мл, системном – 20,7 (7,1; 24,3) нг/мл, а при спондилоартрите – 16,8 (13,2; 20,4) нг/мл. Дальнейший анализ у детей с ЮИА показал, что концентрация 25(OH)D отрицательно коррелировала с показателями длительности утренней скованности ( $rs=-0,4$ ;  $p<0,0007$ ) и оценкой боли пациентом/родителем по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ( $rs=-0,4$ ;  $p<0,006$ ). Содержание 25(OH)D у пациентов, имеющих I (16,1 (12,9; 20,9) нг/мл) и II (12,8 (10,1; 15,7) нг/мл) степень активности заболевания, было ниже по сравнению с детьми без активности – 20,0 (18,6; 30,8) нг/мл, ( $p<0,03$ ). Взаимосвязь выявлена между концентрацией 25(OH)D и показателями, отражающими лабораторную активность ЮИА. Концентрация 25(OH)D в сыворотке крови отрицательно связана с уровнями СОЭ ( $rs=-0,4$ ;  $p<0,001$ ), СРБ ( $rs=-0,4$ ;  $p<0,006$ ) и серомукоида ( $rs=-0,3$ ;  $p<0,01$ ). У пациентов с ЮИА достоверно повышалось значение показателя JADAS 27 при снижении концентрации 25(OH)D в сыворотке крови ( $rs=-0,4$ ;  $p<0,002$ ).

**Выводы:** установлено снижение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови у детей с ЮИА при повышении лабораторной активности заболевания. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови детей с ЮИА ассоциирован с показателями длительности утренней скованности, JADAS 27 и визуальной аналоговой шкалы при оценке боли пациентом/родителем.

*Мягих И.И., Железная А.А., Луцик В.В., Попова М.В., Рыкова Д.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ К ПРОТОКОЛАМ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ПРОГРАММ ЭКО И ПЭ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Удельный вес женщин позднего репродуктивного возраста, страдающих бесплодием, достигает 37%, причем половина из них – это женщины старше 40 лет и чаще всего страдающие первичным бесплодием (Мишиева Н.Г., 2017). Частота наступления беременности и частота родов по данным последнего отчета Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) в программах экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО и ПЭ) в группе женщин 35 – 39 лет составляет 22,3% и 16,6% соответственно, в группе 40 лет и старше – 11,5% и 6,6%, что ниже аналогичных показателей в группе женщин 34 лет и моложе – 26,9% и 20,9% (Регистр ВРТ РАРЧ, отчет за 2020 год).

**Цель.** Изучить особенности назначения дополнительной терапии к протоколам стимуляции овуляции программ ЭКО и ПЭ при лечении бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ результатов лечения бесплодия методом ЭКО и ПЭ у 116 пациенток позднего репродуктивного возраста (37-42 лет), которые имели 1-3 отрицательных попытки ЭКО и ПЭ в анамнезе, длительность бесплодия 6 лет и более, гормональные и ультразвуковые показатели сниженного овариального резерва (АМГ < 1,2 нг/мл, ФСГ > 10 МЕ/л, КАФ < 7), СТГ < 1,71 нг/мл, сниженный уровень цинка в крови. Критерия исключения из исследования: мужской фактор бесплодия, маточный фактор бесплодия, ЭКО с донорскими ооцитами, преждевременная недостаточность яичников, беременность и лактация.

После отбора участников планируемого исследования на этапе подготовки к программе ЭКО и ПЭ, все пациентки были стратифицированы в две группы методом случайной выборки: I группа – 59 пациенток, которые получили базовую программу ЭКО по короткому протоколу и дополнительную терапию (препараты соматотропного гормона, гидролизата плаценты и препараты цинка) к короткому протоколу стимуляции суперовуляции ЭКО и ПЭ; II – 57 пациенток проходили базовую программу ЭКО по короткому протоколу. Группы были сопоставимы по распределениям анамнестических данных, основных и сопутствующих диагнозов, гормональным и ультразвуковым показателям.

При проведении стимуляции овуляции в коротком протоколе программ ЭКО и ПЭ использовали менопаузальные гонадотропины в средней дозировке 2100-2300 МЕ и антагонисты. Препарат СТГ вводили путем ежедневной подкожной инъекции с 21-го дня менструального цикла, предшествующего стимуляции яичников в цикле ЭКО и до дня введения триггера овуляции. Препарат гидролизата плаценты вводили в менструальном цикле, предшествующем стимуляции овуляции. Препарат цинка назначали в течение 3 месяцев до и во время проведения программы ЭКО и ПЭ. Качество ооцитов и эмбрионов при проведении программ ЭКО и ПЭ определяли по существующим международным критериям.

**Результаты.** В I группе, которая получала дополнительное лечение на подготовительном этапе и в цикле стимуляции суперовуляции ЭКО, стартовая и суммарная доза гонадотропинов для стимуляции суперовуляции была достоверно ниже, чем во II группе: на 9,03% и 4,37% соответственно. Количество дней стимуляции суперовуляции также достоверно было меньше в I группе в сравнение со II на 8%. А количество преовуляторных фолликулов на момент введения триггера овуляции достоверно было больше в группе, получавшей дополнительное лечение – на 17,34%. У одной пациентки II группы ответ на стимуляцию суперовуляции был отрицательным, т.к. не было получено ни одного фолликула. У 4 (7,02%) пациенток группы II яйцеклетки не были получены, поэтому перенос эмбрионов не производился. Применение препаратов СТГ, цинка и гидролизата плаценты к «короткому» протоколу стимуляции овуляции чаще приводит, чем в группе сравнения, к получению достоверно большего количества: ооцитов на 22,71% и blastocyst – получены в 4 раза чаще ( $1,32 \pm 0,13$  против  $0,28 \pm 0,08$ ,  $p < 0,0001$ ). В 2 раза чаще перенос эмбрионов проводился на 4 – 5 сутки культивирования эмбрионов в I группе. Во II достоверно чаще было получено меньшее число ооцитов (от 1 до 3), поэтому пере-



нос эмбрионов чаще производился на 3 сутки, переносились восьмиблассные эмбрионы класса А и В (без и с фрагментацией). У женщин, получавших препараты СТГ, цинка и гидролизат плаценты, прослеживалась достоверная тенденция к увеличению частоты наступления беременности и срочных родов – почти в 2 и 3 раза соответственно, чем у женщин, не получавших дополнительное лечение: 20 (33,90%) против 10 (17,54%) соответственно,  $p < 0,05$  (беременность) и роды 15 (25,42%) и 5 (8,77%),  $p < 0,05$ . Количество преждевременных родов и замерших беременностей в исследуемых группах не различались.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование показало целесообразность и эффективность назначения дополнительной терапии к протоколам стимуляции овуляции программ ЭКО и ПЭ при лечении бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста, которое способствовало достоверному улучшению показателей раннего эмбриогенеза, повышению частоты наступления беременности в 1,9 раза и деторождения в 2,6 раза.

---

**Мякоткина Г.В.**

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

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Целью работы было оценка патогенетической значимости нарушений со стороны системы глутатиона у больных пневмокониозом на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы (ХПГБС).

Под наблюдением было 36 больных пневмокониозом на фоне ХПГБС.

В результате проведенных исследований было установлено, что у больных пневмокониозом на фоне ХПГБС до начала проведения лечения уровень восстановленного глутатиона (ВГ) у крови был сниженным в 1,54 раза относительно соответствующего показателя нормы. Концентрация окисленного глутатиона (ОГ) в данный период обследования была выше нормы в среднем в 3,2 раза. Коэффициент ВГ/ОГ на момент начала лечения был в среднем в 4,92 раза ниже соответствующего показателя нормы. Таким образом установлено, что у больных с коморбидной патологией в виде пневмокониозом на фоне ХПГБС до начала лечения отмечался дисбаланс со стороны показателей системы глутатиона, связанный со снижением содержания ВГ и в то же время увеличением уровня ОГ в сыворотке крови. Возможно, данное обстоятельство связано с повышением потребления ВГ во время нейтрализации свободных радикалов, образующихся в результате активации процессов липопероксидации, что отмечается при возникновении оксидативного стресса у больных с данной патологией.

При исследовании активности ферментов системы глутатиона в гомогенате эритроцитов обследованных больных было установлено, что активность глутатионпероксидазы (ГП) до начала лечения была сниженной в среднем в 1,3 раза относительно нормы. Активность глутатионредуктазы (ГР) была снижена касательно соответствующего показателя нормы в среднем в 1,5 раза. Активность глутатионтрансферазы (ГТ) была ниже показателя нормы в среднем в 1,4 раза. Полученные данные свидетельствуют о достоверном уменьшении активности ферментов системы глутатиона у больных пневмокониозом на фоне ХПГБС. Исходя из полученных результатов можно считать, что сниженный уровень ВГ в крови больных с данной коморбидной патологией связан не только с повышенной необходимостью этого метаболита для связывания продуктов липопероксидации и свободных радикалов, но также с уменьшением возможности ресинтеза ВГ из ОГ в результате уменьшения активности ферментов редокс-системы глутатиона.

При повторном биохимическом обследовании на момент завершения курса общепринятого лечения больных пневмокониозом на фоне ХПГБС уровень ВГ, несмотря на положительную динамику, был ниже нормы в среднем в 1,23 раза, коэффициент ВГ/ОГ – в 2,2 раза, концентрация ОГ в этот период обследования сохранялась достоверно повышенной относительно соответствующего показателя нормы в 2,2 раза. Также была установлена некоторая позитивная динамика со стороны активности

ферментов СГ, но полного восстановления их активности все же не происходило. Так, активность ГП была ниже показателя нормы в 1,2 раза, активность ГР – в 1,3 раза меньше показателя нормы, активность ГТ была в 1,22 раза меньше нормы.

У больных пневмокозиозом на фоне ХПГБС при биохимическом исследовании до начала лечения выявлено дисбаланс показателей системы глутатиона, а именно снижение уровня ВГ в сыворотке крови и повышение концентрации ОГ наряду с угнетением активности ферментов редокс-системы глутатиона. Общепринятое лечение больных пневмокозиозом на фоне ХПГБС не обеспечивает нормализации изученных показателей системы глутатиона и полной клинико-биохимической ремиссии.

---

**Налетов А.В., Исмаилова А.Д., Бораева Т.Т.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

## **К ВОПРОСУ О ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19**

С первых дней жизни ребенка грудное вскармливание (ГВ) является необходимым условием для его гармоничного роста, нормального физического и нервно-психического развития, поддержания здоровья и повышения устойчивости к воздействию инфекций и других экзогенных факторов.

На фоне резкого повышения заболеваемости инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, по всему миру, решением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в марте 2020 года была объявлена пандемия, которая продолжается и в настоящее время. В связи с этим возник вопрос о принципах ГВ при наличии у кормящей матери коронавирусной инфекции.

На ранних этапах пандемии согласительные документы большинства стран, учитывая риски инфицирования ребенка коронавирусом, были очень осторожны в отношении ГВ у инфицированных матерей. В феврале 2020 года Китайскими исследователями опубликован документ, в котором говорится, что инфицированные матери и даже матери с подозрением на коронавирусную инфекцию не должны кормить грудью своих детей (Laishuan Wan et al., 2020). Ряд рекомендаций указывали на необходимость отдаления инфицированных матерей от их новорожденных детей с возможностью кормить младенцев сцеженным материнским молоком посторонними лицами.

В ходе ряда исследований доказан преимущественно воздушно-капельный путь заражения вирусом ребенка во время ГВ, при этом в грудном молоке наличие вируса SARS-CoV-2 не было установлено (Chen H. et al.). Лишь в единичных исследованиях получены данные об обнаружении РНК вируса SARS-CoV-2 в одном из трех образцов грудного молока, инфицированных коронавирусом женщин (Yanting Wu et al., 2020).

В июне 2020 года ВОЗ декларировала тезис о том, что преимущества ГВ существенно превышают потенциальные риски передачи COVID-19 даже при подтвержденной коронавирусной инфекции у матери, поэтому рекомендованы кормление грудью, контакт «кожа к коже» и совместное пребывание матери и ребенка.

На основании ряда клинических исследований ВОЗ сформулировала рекомендации о возможности ГВ ребенка при инфицировании COVID-19 его матери: во время кормления соблюдать правила респираторной гигиены, носить маску, закрывающую рот и нос матери; до и после прикосновения к ребенку мыть руки с мылом и водой в течение 20 секунд; все поверхности, которых касались инфицированные, регулярно очищать и дезинфицировать. Исключением для проведения ГВ является тяжелое состояние матери. В таких случаях рекомендовано информировать женщину о правилах сцеживания грудного молока и его хранения с целью дальнейшего кормления ребенка сцеженным материнским молоком.

Итальянское общество неонатологов (SIN) и Союз европейского неонатального и перинатального обществ (UENPS) указывают на то, что кормление ребенка грудным молоком возможно только при легких и бессимптомных формах COVID-19 у матери.

Иммунологи сообщают, что в каждом из 15 образцов грудного молока переболевших матерей, имеется значительное количество антител к SARS-CoV-2 (Powell et al., 2020).

В марте 2021 г. опубликовано исследование, результаты которого позволили утверждать, что вакцинированные от COVID-19 кормящие женщины, имеют более сильный иммунный ответ, это объясняется тем, что происходит выработка антител, которые в дальнейшем передаются младенцу через грудное молоко (Haele T., 2021).

В июне 2020 г. опубликован мета-анализ 49 исследований, в ходе которого оценивали состояния 666 новорожденных детей, которые родились от COVID-положительных матерей. По результатам анализа выявили низкую частоту развития инфекции у новорожденных – лишь у 4% детей постнатально был подтвержден COVID-19 (Walker K.F. et al., 2020).

В настоящее время, известно, что риск заражения новорожденных вирусом COVID-19 через грудное молоко очень низкий. Напротив, отказ от ГВ и разделение инфицированной матери и ребенка, могут иметь негативные последствия.

Таким образом, учитывая результаты последних исследований, можно говорить о том, что даже в условиях инфицирования матери вирусом SARS-CoV-2, целесообразно продолжать ГВ ребенка. Однако необходимо проведение дальнейших исследований по данному вопросу.

---

*Налетов А.В., Масюта Д.И., Чалая Л.Ф., Зуева Г.В., Курышева О.А.*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ**

Воспалительные процессы в глотке являются одними из самых распространенных заболеваний в мире. Согласно Клиническим рекомендациям по лечению острого тонзиллофарингита (НМАО, 2016, 2020), кроме системных, этиотропных (противовирусных и антибактериальных) препаратов, которые назначаются по соответствующим показаниям, большое значение в лечении данной патологии имеют местные противовоспалительные, симптоматические средства. Назначение топических антимикробных препаратов имеет ряд преимуществ. Они могут создавать высокую концентрацию в очаге инфекции, оказывают выраженное влияние на биопленки, обладают активностью в отношении вирусов и грибов, тем самым обеспечивая эффективность, в том числе и в отношении устойчивых возбудителей. Кроме того данная группа препаратов обладает низкой системной биодоступностью и с меньшей вероятностью приводят к формированию лекарственной резистентности, тем самым снижая риск развития нежелательных явлений. Учитывая, что целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома, других воспалительных явлений, профилактика вторичного инфицирования повреждений слизистой оболочки, назначаемый местный препарат должен обладать одновременно антибактериальным, противогрибковым, обезболивающим и прямым противовоспалительным действием.

Таким требованиям полностью соответствует препараты на основе Бензидамина, который относится к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Бензидамин имеет высокий профиль безопасности без системных побочных действий и хорошо проникает в воспаленные ткани. Молекула бензидамина состоит из 2 фрагментов. Один фрагмент структурно подобен местному анестетику (лидокаину), что обеспечивает быстрое обезболивание, другой фрагмент является НПВС, обеспечивая длительный обезболивающий эффект. По сравнению с лидокаином бензидамин обладает дополнительным ароматическим кольцом (бензольное кольцо), поэтому молекула бензидамина более стабильна. Кроме того, бензидамин обладает более крупной молекулой и молекулярной массой, чем лидокаин. Все это обеспечивает более выраженное и длительное обезболивание, что подтверждено исследованиями.

Бензидамин эффективно проникает в очаг воспаления, так как в отличие от большинства НПВС он имеет основные свойства и по градиенту рН стремится в очаг воспаления, где среда кислая. Фрагменты молекулы бензидамина похожи и на хорошо известные противогрибковые и антимикробные

препараты, тем самым придавая бензидамину дополнительные противогрибковые и антимикробные свойства. Еще одним антибактериальным механизмом действия Бензидамина является остановка процесса питания и размножения патогенной клетки путем обволакивания ее мембраны. Исследования показывают эффективные концентрации Бензидамина в очаге воспаления и в отношении биопленок. Дополнительным эффектом применения данного препарата является то, что Бензидамин после применения (когда концентрация в очаге наиболее высокая) стимулирует открытие нейтрофильных ловушек, что является антимикробным иммуномодулирующим действием. В отличие от антисептиков Бензидамин эффективно действует на всех трех фазах вирусного поражения (адгезия, абсорбция и репликация) и на всех стадиях воспаления (альтерация, экссудация и репарация). Доказана противовирусная активность препарата против герпес-вирусной инфекции, гриппа H1N1. По последним доклиническим исследованиям Бензидамин при лечебно-профилактической схеме введения подавляет цитопатологическое действие вируса SARS-CoV-2 в культуре клеток. Также, в отличие от антисептиков препарат оказывает минимальное токсическое действие на лимфоциты.

Проведенные исследования показали высокую эффективность препаратов на основе Бензидамина в педиатрии при лечении острых тонзиллофарингитов.

---

*Налетов А.В., Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф.*

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

## **РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Несмотря на значительные успехи в изучении проблемы заболеваний органов дыхания у детей, в последние годы уровень респираторной заболеваемости не снижается, изменилось клиническое течение многих заболеваний, отмечается одновременное поражение нескольких органов и систем. Один из факторов происходящих процессов – растущее распространение среди детского населения дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Изменение структуры и функций соединительнотканной основы в связи с необходимостью адаптации человеческого организма к неблагоприятным изменениям окружающей среды – одна из его современных морфогенетических тенденций.

В морфологическом строении воздухопроводящих путей и респираторной зоны органов дыхания значительное место отводится соединительной ткани и прежде всего – ее эластическим и коллагеновым волокнам. Коллагеновые волокна отвечают за прочность каркаса, эластические волокна – способность к обратимой деформации структурных компонентов системы дыхания. Сохраненная структура соединительной ткани, выполняя морфогенетическую, трофическую, биомеханическую, репаративную и защитную функции, обеспечивает строение компонентов бронхолегочной системы, необходимое для обеспечения основной функции органов дыхания – газообмена.

В условиях нарушенного строения и функций соединительной ткани происходит формирование диспластикозависимых морфогенетических особенностей респираторной системы. При ДСТ имеет место нарушение формирования эластического каркаса респираторной зоны легких: деструкция альвеолярных перегородок, недоразвитие эластических и мышечных волокон в бронхиолах и мелких бронхах. Врожденный морфологический дефект хрящевого и волокнистого каркаса трахеобронхиального дерева приводит к частичной редукции хрящей, изменению диаметра бронхов, образованию дивертикулярных образований бронхиальных стенок. Следствием таких структурных изменений является формирование булл, блеб, интерстициальной эмфиземы, кист, простой и кистозной гипоплазии легких, спонтанного пневмоторакса, бронхоэктазов, трахеобронхомаляции, трахеобронхомегалии. Нарушение архитектоники бронхолегочной системы приводит к ее функциональным нарушениям: развитию трахеобронхиальной дискинезии, бронхиальной обструкции, гипервентиляционному синдрому, нарушению дренажной функции бронхов, снижению элиминации патогенных микроорганизмов. ДСТ-ассоциированные структурные и функциональные нарушения респираторной системы способствуют росту частоты пневмоний с рецидивирующим течением и преимущественным поражением интерстициальной ткани, приводящим к пневмофиброзу и легочной гипертензии. Полисистемные

проявления ДСТ (пролапсы внутрисердечных клапанов, торако-диафрагмальный синдром) усугубляют изменения в малом круге кровообращения. Завершающим этапом структурно-функциональных нарушений соединительной ткани системы дыхания является невозможность выполнения ею основной функции, что приводит к развитию гипоксии.

Выводы. ДСТ представляет собой неблагоприятный фон для заболеваний органов дыхания у детей. Диспластикозависимые морфофункциональные бронхолегочные нарушения обуславливают изменение клинических симптомов респираторных заболеваний, приводят к увеличению частоты тяжелых и рецидивирующих форм, быстрому формированию осложнений. Свойственные ДСТ полисистемность и полиорганность способствуют вовлечению в процесс нескольких органов и систем. Эти факторы необходимо учитывать при выборе тактики лечения и реабилитации детей с респираторными заболеваниями.

---

*Налетов А.В., Сердюкова Д.А., Зуева Г.В.*

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

## **РОЛЬ HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ ИМУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ**

На сегодняшний день некоторые звенья патогенеза иммунной тромбоцитопении (ИТП) остаются не до конца изученными. Частота регистрации впервые диагностированной ИТП у детей составляет 4-6 на 100 000 детей в год, из них около 30% развивают персистирующую ИТП, а 5-10% – хроническую ИТП (Клинические рекомендации 2021).

ИТП представляет собой первичный геморрагический диатез, обусловленный количественной недостаточностью тромбоцитарного звена гемостаза. Характерными признаками болезни являются нарушения в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза. ИТП характеризуется пурпурой (кровоизлияния в толще кожи и слизистых оболочках) и кровоточивость слизистой оболочки, низкое количество тромбоцитов в периферической крови, нормальным или повышенным количеством мегакариоцитов в костном мозге, отсутствием спленомегалии и системных заболеваний, течение которых может осложниться тромбоцитопенией (Шабалов Н.П. 2017). В настоящее время актуальным является вопрос изучения взаимосвязи ИТП и инфекции *Helicobacter pylori* (НР).

Впервые данная связь была описана Gasbarrini A. et al. в 1998 году. В исследованиях установлено достоверное увеличение количества тромбоцитов после проведения успешной антихеликобактерной терапии у больных ИТП, инфицированных НР.

В 2016 году опубликовано исследование J. J. Hwang et al., показавшее значимое увеличение числа тромбоцитов после эрадикации НР у больных с ИТП от 43,2 до 155,3×10<sup>3</sup>/мкл; p=0,041. Аналогичные результаты были получены Aljarad S. et al. (2018), когда после проведенной эрадикационной терапии НР увеличение количества тромбоцитов в периферической крови было достигнуто в виде полного ответа у 27,8% и частичного ответа у 50,0% исследуемых. Следует отметить, что дополнительное лечение ИТП данным пациентам не проводилось.

В ряде исследований описана распространенность поверхностного антигена НР у пациентов с хронической формой ИТП (Sheema K. et al., 2017). Позднее Gravina A. G. et al. (2018) провели мета-анализ, в котором был рассмотрен многофакторный патогенез ИТП, ассоциированной с инфекцией НР. Одним из таких механизмов является модуляция баланса рецепторов Fcγ, которая связана с активацией моноцитов/макрофагов и связью с ингибирующим рецептором FcγRIIB. Моноциты у пациентов, инфицированных НР, демонстрировали повышенную фагоцитарную способность и низкие уровни ингибирующего FcγRIIB, что приводило к повышению функции моноцитов с аутореактивностью с В- и Т-лимфоцитами. Данные процессы могут вызвать выработку аутоантител В-лимфоцитов против циркулирующих тромбоцитов. В качестве другого механизма рассматривается молекулярная мимикрия между гликопротеинами поверхности тромбоцитов, включая гликопротеин IIIa и аминокислотными последовательностями факторов вирулентности бактерии НР, таких как VacA, CagA и уреазы В. Anti-НР IgG могут индуцировать опсонизацию тромбоцитов путем связывания с НР, факто-

ром фон Виллебранда и ГРПb. Аналогичные результаты, указывающие на взаимосвязь между инфицированием НР и развитием ИТП, были получены S. Aljarad et al. (2018).

В согласительных документах по лечению инфекции НР Маастрихт V (2017) и Маастрихт VI (2022) в отношении экстрагастроуденальных проявлений инфекции по-прежнему говорится о недостаточной доказательности имеющихся данных о причинно-следственной связи данных ассоциаций. Вместе с тем, эрадикация НР рекомендуется пациентам с необъяснимой железодефицитной анемией, ИТП и дефицитом витамина B12.

Таким образом, на сегодняшний день этиологическая роль НР в развитии ИТП продолжает активно изучаться. Эрадикационная терапия НР в ряде случаев позволяет увеличить количество тромбоцитов у пациентов с ИТП.

---

***Налётов С.В., Налётова Е.Н., Коньшиева Н.В., Галаева Я.Ю., Налётова О.С.,  
Твердохлеб Т.А., Сидоренко И.А., Коровка И.А.***

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

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ СТУДЕНТАМ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Начиная с февраля 2022 года, в условиях проведения специальной военной операции (СВО) на территории Донбасса, образовательный процесс в ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького перешел на дистанционное обучение (ДО). Такое решение было принято для создания безопасных условий и продолжения образовательного процесса у студентов всех курсов обучения и позволило сохранить рабочие места, преподавательские коллективы и студентов в Alma mater.

Все кафедры ВУЗа в короткие сроки перешли на ДО с использованием информационно-образовательной среды (ИОС) и вебинаров. Организация ДО на кафедре фармакологии и клинической фармакологии им. И.В. Комиссарова была проведена преподавателями еще в 2014 году во время интенсивных боевых действий и в 2020 – 2021 годах в период пандемии COVID-19. На ИОС были размещены все необходимые учебно-методические материалы по изучаемым на кафедре дисциплинам.

Для работы студенту необходимо войти на сайт, используя личный логин и пароль, выбрать нужную кафедру, дисциплину и начать обучение. Сайт ИОС позволяет контролировать соответствие расписанию и полноту прохождения тем студентами (лекций, интерактивных заданий и ситуационных задач), а также оценки, которые автоматически выставляются студенту за тестовый контроль по каждой теме. То есть в условиях СВО, как и в условиях пандемии, ИОС совершенствуется и рассматривается не как дополнительный информационный источник образовательного процесса, а как ведущий.

Дополнительно в качестве оценки изученного материала проводятся вебинары на нашей кафедре с помощью сервиса Яндекс Телемост и звонков от Mail.ru. На вебинарах происходит устный опрос студентов и разбор ключевых вопросов темы занятия с детализацией и повторением наиболее трудных моментов с функцией демонстрации экрана с наглядными примерами рациональной фармакотерапии определенных заболеваний, схемами патогенеза и таблиц с механизмом действия, дозами и кратностью применения различных лекарственных препаратов для создания визуального образа изучаемого материала. Очный диалог между преподавателем и студентами поддерживает обратную связь в процессе обучения на ИОС.

На каждом занятии студент получает 2 оценки за устный ответ и тестовый контроль. Кроме того, каждый студент выполняет индивидуальное задание до конца цикла «Клиническая фармакология» – на основании полученного эпикриза из истории болезни студент должен составить протокол организации рациональной фармакотерапии основного и сопутствующих заболеваний конкретного больного по предложенной схеме. Основным методом итоговой оценки знаний и компетенций, обучаемых в режиме ДО, являлось автоматизированное тестирование: каждый студент получал индивидуальный набор из 30 тестов по всем изученным темам из электронной базы кафедры.

В течение всего периода применения дистанционных образовательных технологий преподаватели кафедры имели возможность осуществлять постоянный мониторинг освоения студентами текущих тем и активность их работы на соответствующих разделах ИОС.

*Налётов С.В., Налётова О.С., Коровка И.А., Налетова Е.Н., Галаева Я.Ю.,  
Твердохлеб Т.А., Алесинский М.М., Сердюк Е.Б.*

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

## **ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ФЛАВОНОИДЫ КВЕРЦЕТИН / ДИГИДРОКВЕРЦЕТИН**

В последнее время появился интерес к изучению флавоноидов кверцетина и дигидрокверцетина, в частности, их влияния на функцию эндотелия сосудов. Кверцетин и дигидрокверцетин являются мощными антиоксидантами. Дигидрокверцетин – это аналог кверцетина схожий по строению, но имеет в наличии, восстановленные атомы углерода во 2 и 3 положении оксифенильного кольца.

В настоящее время нет информации о переносимости больными ГБ фармакотерапии при включении в её состав кверцетина и дигидрокверцетина.

Цель работы. Оценить безопасность проводимой комбинированной антигипертензивной фармакотерапии (АГФТ), включающей кверцетин / дигидрокверцетин, у больных ГБ.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 123 больных ГБ II стадии, которые были распределены в три группы: 1-я группа (41 человек) – комбинированная АГФТ; 2-я группа (40 человек) – комбинированная АГФТ + кверцетин (1 г гранул в 100 мл воды 1 раз в сутки); 3-я группа (42 человека) – комбинированная АГФТ + дигидрокверцетин (таблетки по 25 мг 2 раза в сутки). Безопасность лечения этих больных контролировали путем определения влияния лечения на следующие показатели крови: количество эритроцитов, лейкоцитов, содержание гемоглобина, СОЭ, креатинин, общий билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатамино-трансфераза (АсАТ) и электролиты (натрий, калий, кальций, хлор). Показатели оценивались исходно (неделя 0), а также на 12-й неделе исследования.

Результаты и обсуждение. У больных всех групп количество эритроцитов до начала исследования находилось на уровне 4,51 Т/л и практически не изменялось в течение всего периода исследования. К моменту окончания лечения (12-ая неделя) этот показатель статистически значимо не изменился ( $p > 0,05$ ) и находился на уровне от 4,31 до 4,42 Т/л. Недостоверными были также изменения ( $p > 0,05$ ) уровня гемоглобина. Так, у пациентов исходно (неделя 0) среднее значение показателя гемоглобина составляло 134,6 г/л, к концу 12-ой недели исследования, соответственно 135,4 г/л ( $p > 0,05$ ). Колебания в исследуемом периоде среднего значения количества лейкоцитов находились в пределах нормы от 6,39 г/л до 6,44 г/л. Также не наблюдалось достоверных изменений со стороны показателя СОЭ, этот показатель у больных находился в пределах физиологической нормы от 5,77 мм/час до 5,81 мм/час. Анализируя динамику биохимических показателей крови (содержание общего билирубина, АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы и креатинина) у больных ГБ II стадии при проведении комбинированной антигипертензивной фармакотерапии и терапии, включающей кверцетин / дигидрокверцетин, можно отметить, что все варианты проводимой терапии не оказывают на них существенного влияния. Весь период исследования и к окончанию 12-ой недели все изменения уровней натрия, калия, кальция и хлора были недостоверными ( $p > 0,05$ ).

Выводы: Показано, что все варианты антигипертензивной фармакотерапии безопасны и не вызывают существенных изменений со стороны гематологических и биохимических показателей крови, а также показателей минерального обмена.

*Натальченко Д.В., Голионцева А.А*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРИБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ COVID-19**

Аннотация Дать оценку морфологическим изменениям перибронхиальных лимфатических узлов у пациентов с COVID-19

Введение:

Известный факт, что заболевание имеет право называться «системным», если каждое из звеньев патогенетической цепи, взаимно усугубляет действие друг друга. Данный факт актуален для COVID-19, ведь вирус SARS-CoV-2 – это часть такой цепи. [3]. Ряд исследователей отмечает развитие лимфопении у пациентов с тяжелой формой COVID-19. В части клинических наблюдений отмечено развитие лимфопении, преимущественно у пациентов с тяжелой формой COVID-19, что свидетельствует о возможности прямого цитопатического действия вируса на лимфоидную ткань, и говорит о нерегулируемым выбросе провоспалительных цитокинов. [1,4] Однако, данные посвященные изучению лимфатических узлов не однозначны и носят описательный характер, что и обуславливает актуальность данной темы.

Цель: определить морфологические особенности изменений ткани лимфатических узлов бронхолегочной группы у пациентов с COVID-19.

Материал и методы:

Материалом для исследования послужил 57 лимфатический узел бронхолегочной группы, полученных при аутопсии 17 тел, умерших от COVID-19, подтвержденных выявления РНК SARS-CoV-2 ПЦР-методом. В группу сравнения были включены 11 лимфатических узлов той же группы, полученные от пациентов, смерть которых не была ассоциирована с COVID-19. Материал подвергся фиксации в 10% растворе забуференного формалина с последующей гистологической проводкой, окрашиванием гематоксилином и эозином, микроскопией.

Результаты и обсуждение:

Макроскопическая картина всех лимфатических узлов бронхолегочной группы была схожа. Все они имели серо-розовый цвет, а на разрезе – выраженное полнокровие. В отличие от группы сравнения, размер лимфатических узлов был более крупный.

На гистологических препаратах в большинстве случаев определялась стертость рисунка, а также отсутствие визуализации лимфоидных фолликулов и светлых герминативных центров. В синусы наблюдались скопления клеток с морфологией моноцитов.

В перибронхиальных лимфатических узлах, обнаруживался феномен аутоцитотфагии с выраженным полнокровием микроциркуляторного русла и сладжами эритроцитов, также в 3 случаях (5,2%) обнаруживалось скопление лимфоцитов и макрофагов в синусах с явлением аутоцитотфагии.

Выводы:

Таким образом, вирус SARS-CoV-2, оказывает прямое цитопатическое воздействие на ткань лимфатических узлов бронхолегочной группы, что морфологически проявляется уменьшением количества и размеров лимфоидных фолликулов. Данный вывод сделан на основании проведенного исследования. Результаты работы дают предпосылки к размышлениям о том, что у пациентов, перенесших COVID-19, может развиваться вторичный транзиторный иммунодефицит.

Литература:

1. Коган Е.А., Березовский Ю.С., Проценко Д.Д., Багдасарян Т.Р. Патологическая анатомия инфекции, вызванной Sars-cov-2. Судебная медицина. 2020;6(2):8-30. <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2020-6-2-8-30>

2. Патологическая анатомия covid-19: атлас / зайратьянц о. В., самсонова м. В., михалева л. М., Черняев а. Л., мишнев о. Д., крупнов н. М., калинин д. В. Под общей ред. О. В. Зайратьянца. – москва, гбу «ниииозмм дзм», 2020. – 140 с., ил. Isbn 978-5-907251-57-1 © гбу «ниииозмм дзм», 2020

3. Pathological changes in the lungs and lymphatic organs of 12 covid-19 autopsy cases Qian liu, yu shi, jun cai, yaqi duan, rongshuai wang, hongyan zhang, qiurong ruan, jiansha li, lei zhao, yifang ping, rong



chen, liang ren, xiaochun fei, heng zhang, rui tang, xi wang, tao lu, xindong liu, xuequan huang, zhenhua liu, qilin ao, yong ren, jing xiong, zhicheng he, haibo wu, wenjuan fu, pengnan zhao, xinwei chen, guoqiang qu, yunyun wang, xi wang, jia liu, dongfang xiang, sanpeng xu, xiaowei zhou, qingrui li, jinghong ma, heng li, jie zhang, sizhe huang, xiaohong yao, yiwu zhou, Chaofu wang, dingyu zhang, guoping wang, liang liu and xiu-wu bian national science review 7: 1868-1878, 2020 doi: 10.1093/nsr/nwaa247 advance access publication 29 september 2020

4. Федоров д.н., коростелева п.а., зыбин д.и., попов м.а., тюрин в.м., варламов а.в. морфологическая и иммуногистохимическая характеристика изменений в лимфатических узлах бронхолегочной группы у пациентов с новой коронавирусной инфекцией covid-19 (по результатам аутопсийных исследований) // Альманах клинической медицины. 2020. 1. Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/morfologicheskaya-i-immunogistohimicheskaya-harakteristika-izmeneniy-v-limfaticeskih-uzlah-bronholegochnoy-gruppy-u-patsientov-s> (дата обращения: 13.10.2022)..

*Нгуен В.Т., Бромберг Б.Б., Просветов В.А., Алёшин Е.С., Логинов В.А., Суров Д.А.*

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

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМИ ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА**

Актуальность: Низкие функциональные резервы больных осложнёнными диссеминированными опухолями (ОДЗНО) органов брюшной полости и малого таза обуславливают периоперационные риски, сужают возможности циторедуктивных вмешательств (ЦРВ). Приоритет спасения жизни пациента редуцирует онкологическую составляющую операции и уменьшает выживаемость. Выработка хирургической тактики (ХТ), сочетающей как решение экстренных задач, так и эффективное лечение онкологической направленности, актуальна.

Цель: улучшение результатов циторедуктивных операций у больных осложнёнными диссеминированными опухолями органов брюшной полости и малого таза.

Материалы и методы: Проведён сравнительный анализ результатов ЦРВ в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. В исследование были включены 80 больных ОДЗНО ОБПиМТ с наличием жизнеугрожающих осложнений (некроз опухоли, нарушение кишечной проходимости, кровотечение, внутренние свищи и т.д.), распределённых в две группы в зависимости от ХТ. В контрольную группу (Г1) включены 56 (n1) пациентов, которым выполнялись одноэтапные ЦРВ и внутрибрюшная гипертермическая химиоперфузия (ВБГХП). В основной группе (Г2)(n2=24) была применена ХТ двухэтапных вмешательств. На I этапе – устранение жизнеугрожающих осложнений и циторедукция (СС 0-2), завершающее ЦРВ и ВБГХП на II-м. Обоснованием ХТ в Г2 являлось признание приоритета спасения жизни с уменьшением хирургической агрессии у больных ОДЗНО с низкими резервами с одной стороны, и полной циторедукции – с другой.

Результаты: В Г1 было 7 (12,5%) мужчин и 49 (87,5%) женщин, в Г2 – 1(4,2%) мужчина и 23(95,8%) женщин. Средний возраст пациентов Г1 и Г2 составил 57,66±13,3 лет и 56,1±13,0 лет. В структуре ОДЗНО преобладали некроз опухоли и его последствия (абсцесс, сепсис, кровотечение, свищи) – n1=31(53,6%); n2=15(62,5%), острая кишечная непроходимость – n1=13(23,2%); n2 =5(20,8%) и напряжённый асцит – n1=12(21,4%); n2=4(16,7%). Медиана индекса коморбидности Charlson в Г1 и Г2 составила 7,8(6,8; 9,0) и 8,1(6,9; 9,0), соответственно. Медиана индекса ECOG в Г1 и Г2 составила 2,3(2; 3) и 2,4(2; 3), соответственно. У 76,4%(n1=42) больных Г1 и 80%(n2=20) Г2 физический статус соответствовал III-IV классу по классификации ASA. Перитонеальный индекс канцероматоза (PCI) в Г1 и Г2 составил 9,9±4,7 и 14,1±8,8, соответственно. На втором этапе ЦРВ PCI составил 4,5±2,3. Интервал между этапами в Г2 – 7±2,1 суток. ХТ двухэтапных вмешательств позволила повысить онкологическую эффективность ЦРВ у больных ОДЗНО ОБПиМТ. Полная циторедукция в Г1 достигнута у 51,78%(n1 = 29), а в Г2 – в 91,7% случаев (n1 = 22). ВБГХП была выполнена у 40,67% пациентов

Г1 (n1 = 24), в Г2 – у 91,67% (n2 = 22). Частоты осложнений III-V степени по Clavien-Dindo (C-D) 41,1%(n1=23) в Г1 и 16,7%(n2=4) в Г2. Частоты лёгких осложнений (I-II ст. C-D) – n1=15(26,8%) и n2=10(41,7%), соответственно. Послеоперационная летальность в Г1 17,9%(n1=10), в Г2 – 8,3%(n2 = 2).

Выводы: Тактика двухэтапных (с интервалом в 7-12 суток) ЦРВ у больных осложненными ДЗНО ОБПиМТ позволяет не только эффективно устранить жизнеугрожающие осложнения, но и достичь полной циторедукции (CC0) у 91.7% больных вне зависимости от исходного PCI, а также увеличить возможность выполнения внутрибрюшной гипертермической химиоперфузии. Кроме того, этапные ЦРВ обеспечивает значимое снижение частоты тяжелых (III-V C-D) послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Данный тактический подход может стать перспективным направлением улучшения результатов хирургического лечения больных осложнёнными диссеминированными опухолями органов брюшной полости и малого таза.

*Невзорова М.С., Васильева Е.Ю.*

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

## **ПОДКАСТ КАК ЖАНР МЕДИЦИНСКОЙ МЕДИАКОММУНИКАЦИИ**

В последнее время бурное развитие информационных и коммуникативных технологий обусловило значительные преобразования в структуре и моделях медиа коммуникации, а также повлияло на характер взаимодействия в различных сферах общества. На смену привычным печатным, теле- и радиоинформационным источникам приходят прямые эфиры, посты в социальных сетях, блоги и подкасты. Для настоящего исследования представляется интересным анализ жанрового своеобразия подкаста в медицинском медиакоммуникационном пространстве.

Термин «подкаст», образованный от английских слов «iPod» и «broadcasting», впервые был зафиксирован в 2005 году в качестве слова года Оксфордским словарем. В общем смысле данный термин обозначает в аудиофайл, доступный в цифровом формате для прослушивания и загрузки на персональный компьютер. Анализ словарных дефиниций показал, что под данным понятием может пониматься не только аудио-, но и видеоконтент, представленный как в отдельных эпизодах, так и серией эпизодов. Это наглядно демонстрирует высокое разнообразие форм, присущих этому жанру. Не менее разнообразна и тематика подкастинга. Трудно представить область человеческого знания, которая бы не затрагивалась при продуцировании информационного контента. В своем исследовании мы ограничиваемся рассмотрением своеобразия медицинского подкаста.

Популярность медицинского подкаста в современном мире обусловлена многими факторами. Ведущим среди них можно назвать возможность прослушать интересующий контент в любое удобное время, в любом месте. Выход подкаста из специализированных интернет-ресурсов на популярные интернет-платформы с возможностью выбора (Soundcloud, Apple Podcasts, Яндекс Музыка, Google Podcasts, и пр.), а также возможность скачивания и представленного файла обеспечили доступность информации. Присущие коммуникации медицинских специалистов между собой закрытость и обособленность от непрофессионалов в рамках жанра подкаста размываются. Теперь каждый желающий может стать слушателем профессиональной беседы врачей. Медицинскому подкасту свойственна направленность на дискуссию. Многие авторы стремятся наладить обратную связь со своими подписчиками, просят прислать вопросы для последующего обсуждения или продолжают общение в комментариях. Основной функцией медицинского подкаста является информативная. В проанализированном материале ключевой интенцией авторов выступает намерение проинформировать, поделиться важной или уникальной информацией, сделать сложное знание более доступным, а также позволить слушателям узнать больше о профессиональном медицинском сообществе.

Основываясь на количестве участников коммуникативного взаимодействия, мы разделяем медицинский подкаст на диалогическую и монологическую формы. При этом стоит отметить, что в чистом виде монолог в медиа пространстве не может быть представлен, так как ориентация на слушателя или его непосредственное, но молчаливое участие обусловлено спецификой медиа коммуни-

кацией. Первый тип представлен интервью с экспертом, практикующим врачом (The Lancet), а также профессиональной дискуссией (BMJ, JAMA). Монологическая форма реализуется одним говорящим (Straight Talk MD, TED), одним говорящим, но в вопросно-ответной форме с использованием вопросов подписчиков (Medicine and Health with Dr Paul). По адресату подкасты подразделяются нами на: адресованные профессиональному слушателю (врачу) (Primary Care Knowledge, Better Doctor Project), начинающему специалисту (студенту медику) (The Future Minority Doctor Podcast, How to Become a Doctor), пациенту (Dr Ron Unfiltered Uncensored, Docs outside the box).

Проведенное исследование показало, что жанр подкаста многообразен по форме, тематике и участниками коммуникативного взаимодействия. Это позволяет сделать вывод об активном процессе становлении нового медиа формата.

*Низолин Д.В., Ким А.В.*

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗОН БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР И АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

Введение.

Тотальное удаление имеет решающее значение в лечении как низкоккачественных, так и высококкачественных глиом головного мозга. Тем не менее зачастую особенности расположения опухоли препятствуют ее тотальному удалению. К таковым относится расположение опухоли вблизи или внутри функционально-значимой зоны коры головного мозга или трактов белого вещества. В случае с удалением опухолей функционально-значимых зон основной задачей является достижение баланса между онкологической пользой и функциональным исходом (неврологический статус в послеоперационном периоде).

С появлением новых технологий, таких как кортикальное и субкортикальное картирование (СК), краниотомия в сознании (КС), функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), МР-трактография возможности нейроонкологии значительно расширились.

На данный момент данные о распространенности опухолей функционально-значимых зон полушарий головного мозга отсутствуют. В России ежегодно регистрируют около 1000-1200 опухолей головного мозга у детей. 25% из них располагаются супратенториально. По данным зарубежных источников 20% опухолей головного мозга у детей располагаются в функционально-значимых зонах.

Клиническое наблюдение 1

Пациент 16 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, быструю утомляемость, однократный судорожный приступ с нарушением речи в постиктальном периоде. По данным МРТ: кистозная опухоль задних отделов левой височной доли. Данные фМРТ указывали на расположение опухоли в области лингвальной сети. По данным МР-трактографии опухоль располагалась вблизи левого дугообразного пучка.

Удаление опухоли производилось в сознании по протоколу asleep-awake-sedation. В ходе кортикальной стимуляции были идентифицированы речевая зона и левый дугообразный тракт. Применение данных технологий позволило тотально удалить опухоль. По данным контрольной МРТ с контрастным усилением через 3 и 6 месяцев признаков рецидива опухоли не отмечается. Гистологическое исследование выявило ганглиоглиому, Grade I.

Клиническое наблюдение 2

Пациент 9 лет поступил в клинику с жалобами на слабость в правой руке. В неврологическом статусе: парез дистальной мускулатуры правой руки до 4 баллов. По данным МРТ: опухоль базальных отделов левого полушария, прилежащая к левому кортикоспинальному тракту. Доступ к опухоли был спланирован с использованием нейронавигационной станции интегрированной с микроскопом. В ходе удаления опухоли проводилось СК. Опухоль была удалена тотально. В раннем послеоперационном периоде отмечалось нарастание пареза до 3 баллов, который затем регрессировал до предоперационного уровня. Гистологическое исследование выявило пилоцитарную астроцитому, Grade I.

*Николаенко М.С.*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВЕНТРИКУЛОСИНУСТРАНВЕРЗОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ**

В настоящее время применяемым методом коррекции гидроцефалии являются ликворошунтирующие операции – вентрикулоперитонеостомия, вентрикулоатриостомия, люмбоперитонеостомия. Однако, в ряде случаев при наличии противопоказаний, лечение больных с гидроцефалией требует применения альтернативных методов выведения избыточной цереброспинальной жидкости, что на современном этапе является важной и не до конца решенной проблемой.

Одним из альтернативных методов ликворошунтирующих операций является вентрикулосинустрансверзостомия, при которой избыточное количество цереброспинальной жидкости выводится в венозную систему. Использование данной методики ликворошунтирующей операции в целом позволяет повторить физиологический ток цереброспинальной жидкости, когда основная часть ликвора, путем резорбции пахионовыми грануляциями, поступает в систему синусов головного мозга. Однако, несмотря на достаточно длительный период применяемого метода, сохраняется высокий удельный вес послеоперационных осложнений, в том числе гиподренажное состояние.

Цель. Достичь контроля над гидроцефалией у пациентов с осложненным течением гидроцефалии.

Материалы и методы. В НМИЦ им.В.А.Алмазова находилось на стационарном лечении 54 пациента, которым выполнены вентрикулосинусные операции. Обследование больных включало сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологический и нейроофтальмологический осмотры, данные нейровизуализации (СКТ/МРТ головного мозга, СКТ-синусография, доплер сосудов головы и шеи). Имплантация дистального катетера шунтирующей системы проводилась с применением интраоперационной УЗ-навигации и рентген-контроля дополненного прямой синусографией, также измерение ликворного давления с проведением инфузионно-нагрузочного теста и мониторинг венозного давления для определения оптимального венозного давления для функционирования ликворошунтирующей системы.

Результаты. Возраст больных составил от 5 месяцев до 17 лет, преобладали лица мужского пола – 68%. Все пациенты при поступлении имели клинику гипертензионно-гидроцефального синдрома. Количество ликворошунтирующих операций в анамнезе составляло от 3 до 9. Всем пациентам выполнена имплантация вентрикулосинусной системы. 1 пациенту имплантирован дистальный катетер в верхний сагиттальный синус, у 20 пациентов рабочая часть венозного катетера позиционирована в проекции поперечного синуса, у 22 пациентов катетер позиционирован в сигмовидном синусе, 2 пациента – рабочая часть катетера в средней трети внутренней яремной вены, 9 пациентов с позиционированием рабочей части венозного катетера в полости правого предсердия. В раннем послеоперационном периоде регресс гипертензионного синдрома отмечался у всех пациентов, однако при динамическом наблюдении развитие гиподренажного состояния отмечалось у 20 пациентов, эта группа пациентов с имплантированным венозным катетером в поперечный и сигмовидный синусы. В данном случае была выполнена ревизия ликворошунтирующей системы и транспозиция рабочей части венозного катетера дальше по системе «поперечный синус – сигмовидный синус – внутренняя яремная вена – правое предсердие». После транспозиции дистального катетера шунтирующей системы контроль над гидроцефалией достигнут у всей группы пациентов с гиподренажным состоянием.

Заключение. Внедрение в практику вентрикулосинусных операций актуально, так как при осложненном течении гидроцефалии применение классических методов контроля гидроцефалии противопоказано. Применение мониторинга венозного давления уменьшает количество ревизий шунтирующей системы и позволяет достичь контроля над гидроцефалией.

*Николенко О.Ю., Майлян Э.А.*

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

## **УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Пылевые заболевания органов дыхания занимают первое ранговое место в структуре профессиональных заболеваний, что составляет 53% от всех случаев профессиональной патологии. 29% составляет заболеваемость ХОБЛ. Одной из важных задач медицинской науки и практического здравоохранения является профилактика заболеваний верхних дыхательных путей и сохранение работоспособности лиц, занятых на производстве. Многочисленные исследования свидетельствуют о важной роли в патогенезе пылевой бронхолегочной патологии иммунологических механизмов.

Цель работы – исследовать показатели гуморального звена иммунной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) горнорабочих угольных шахт.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 92 горнорабочих угольных шахт с диагнозом ХОБЛ. Контрольную группу составили относительно здоровые горнорабочие, длительно контактировавшие с пылью (n=40). Оценку гуморального звена иммунитета проводили с помощью определения концентраций в сыворотке крови иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и IgE методом иммуноферментного анализа. Для определения сывороточных концентраций растворимых иммунных комплексов применяли метод селективной преципитации в 3,5% растворе полиэтиленгликоля 6000.

Результаты исследований и их обсуждение. При исследовании гуморального звена иммунитета у больных ХОБЛ горнорабочих в сыворотке крови наблюдалось повышение уровня IgM ( $2,11 \pm 0,17$  г/л против  $0,92 \pm 0,05$  г/л в контрольной группе;  $p < 0,001$ ). Уровень циркулирующих иммунных комплексов был также существенно повышен у горнорабочих с ХОБЛ ( $72,2 \pm 2,35$  ед.опт.плотности против  $58,7 \pm 2,58$  ед.опт.плотности в контрольной группе;  $p < 0,001$ ). Увеличение сывороточных значений двух вышеуказанных маркеров иммунного ответа свидетельствует об активации гуморального иммунного ответа, развитии выраженного воспалительного процесса, а также, возможно, формировании аутоиммунных нарушений.

Наряду с концентрациями IgM и циркулирующих иммунных комплексов у горнорабочих с ХОБЛ обнаружено было и увеличение уровней общего IgE в сыворотке крови ( $175,3 \pm 10,50$  МЕ/мл против  $98,4 \pm 2,99$  МЕ/мл в контрольной группе;  $p < 0,001$ ), что свидетельствует об аллергизации горнорабочих, имеющих ХОБЛ.

Следует отметить, что уровни иммуноглобулинов IgA и IgG у обследованных горнорабочих с патологией легочной системы достоверно не отличались от показателей контрольной группы (соответственно  $p = 0,833$  и  $p = 0,301$ ).

Выводы. У горнорабочих угольных шахт с хронической обструктивной болезнью легких наблюдается увеличение сывороточных уровней IgM, IgE и циркулирующих иммунных комплексов ( $p < 0,001$ ). Результаты, полученные в исследовании, целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий горнорабочим угольных шахт, имеющим хроническую обструктивную болезнь легких.

---

*Николенко О.Ю., Майлян Э.А.*

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

## **УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОСИТЕЛЬСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

Введение. Угольные шахты Донецка считаются наиболее риск-опасными предприятиями по развитию профессиональной патологии, в т.ч. и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Пылевой фактор в сочетании с бактериальной инфекцией индуцирует воспалительный процесс в дыхательных путях и легких, вследствие чего происходит нарастание симптомов ХОБЛ. Известна важная роль в патогенезе ХОБЛ иммунологических механизмов. Роль гуморального звена иммунитета при ХОБЛ многогранна.

Цель работы – исследовать ассоциации между наличием инфекции *Staphylococcus aureus* у больных с ХОБЛ и показателями гуморального звена иммунной системы.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 92 горнорабочих угольных шахт с диагнозом ХОБЛ. Контрольную группу составили 40 человек (относительно здоровые горнорабочие, длительно контактировавшие с пылью). Концентрацию иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и IgE в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Сывороточные концентрации растворимых иммунных комплексов определяли методом селективной преципитации в 3,5% растворе полиэтиленгликоля 6000. Выделение и идентификацию бактерий осуществляли по методу секторных посевов на желточно-солевой агар.

Результаты. При проведении сравнительного анализа двух групп больных ХОБЛ в зависимости от выявления бактерий *S.aureus* в мокроте и/или мазках со слизистых оболочек носа и зева было выявлено повышение уровней всех исследованных классов иммуноглобулинов – IgA ( $p=0,046$ ), IgM ( $p=0,004$ ), IgG ( $p<0,001$ ) и IgE ( $p=0,005$ ). Полученные данные свидетельствуют о реакции гуморального звена иммунитета на присутствие *S.aureus* с активацией как системного, так и местного иммунного ответа, развитием хронического процесса и аллергической сенсibilизации организма. Подтверждением этому служат и установленные повышенные уровни циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных ХОБЛ с положительным тестом на *S.aureus* ( $p<0,001$ ).

Выводы.

Наличие *S.aureus* в мокроте и/или мазках со слизистых оболочек носа и зева у больных ХОБЛ сочетается с повышением уровней иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и IgE, а также концентраций ЦИК. Результаты, полученные в исследовании, целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий горнорабочим угольных шахт, имеющим ХОБЛ.

---

*Никонова Е.М., Стадник А.Д., Шатохина Я.П., Ламонов Е.И.*

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

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ АДРЕНАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНОГТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ**

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛ) является одним из частых и тяжелых проявлений острых респираторных вирусных инфекций у детей младшего возраста. Для ОСЛ характерно стремительное развитие дыхательной недостаточности, что и является одной из распространенных причин обращения родителей за неотложной помощью. Принципы интенсивной терапии ОСЛ были существенно пересмотрены за последнее десятилетие, однако единого подхода к проведению респираторной терапии в комплексном лечении его тяжелых форм у детей нет.

Целью исследования являлось предоставить собственный опыт проведения респираторной терапии в комплексном лечении тяжелых форм ОСЛ у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 32 историй болезни детей в возрасте от 4 месяцев до 6 лет, которые за период с 2020 по ноябрь 2022 гг. поступили в отделение интенсивной терапии ГУ ЛНР «Луганская детская городская больница №1» с тяжелой степенью стеноза гортани.

Результаты исследования. Для лечения детей с вышеуказанной формой ОСЛ применяли 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. 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, вне зависимости от возраста и физических параметров ребенка. Проводились ингаляции каждые 4-6 часов на фоне проведения оксигенотерапии. При этом побочные эффекты активации симпатoadреналовой системы (тахикардия, артериальная гипертензия, возбуждение, сердечные аритмии) отсутствовали. Респираторную терапию усиливали ингаляциями пульмикорта каждые 6 часов согласно возрасту ребенка и его официальной инструкции по применению.

Применение данного метода респираторной терапии позволило избежать прогрессирования острой дыхательной недостаточности, снизить потребность парентерального использования глюкокортикостероидов, а также сократить сроки пребывания больных в отделении интенсивной терапии. Летальность отсутствовала.

Вывод. Описанный опыт использования ингаляций адреналина в лечении тяжелых форм ОСП повышает эффективность комплекса проводимой респираторной терапии.

---

*Никулина Е.Э., Тацкий В.Н., Сметанина С.Р.*

Дорожная клиническая больница станции Донецк, г. Донецк

## **ВЕДУЩИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ПСИХИКИ У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Глобальные изменения в экономической, культурной и политической жизни мирового сообщества, нарушение баланса сил, расширение политических амбиций отдельных государств, приводят к нарастанию межгосударственных противоречий, усилению влияния деструктивных военных факторов и, как следствие, к возникновению вооружённых конфликтов. В условиях военного противостояния колоссальную нагрузку на психику испытывает мирное население.

Задача нашей работы проанализировать научную литературу и выделить ведущие психологические признаки нарушения адаптации у мирных жителей в военных условиях.

Военный конфликт затрагивает материальные, духовные ценности общества, а значит и каждого человека. Под воздействием военно-силовых факторов, социально-психологических проблем, особенностей механизмов саморегуляции, исчерпываются ресурсы, которые в других условиях обеспечивают адекватные процессы отражения действительности и регулируют деятельность человека. Нарушается согласование между психоэмоциональной, физической активностью и вызовами новых условий среды, в данном случае, военным конфликтом, что приводит к развитию дезадаптации.

Изучению адаптационных процессов психики в условиях военного времени в современном нестабильном мире уделяется особое внимание.

Итак, Александровский Ю.А. отмечает, что в ситуации длительного военного конфликта очень высока вероятность перехода возникающего под воздействием экстремальных факторов стресса в дистресс и далее в пролонгированную психическую травму. Люди, находящиеся в таких условиях, по словам ученого, наиболее часто испытывают агрессию, высокую утомляемость и частую смену настроения. Другие исследователи, а именно, Заблоцкий Д.С., Комарина Л.И. особо отмечают проявление эмоциональной нестабильности в условиях неопределённости и ярко выраженную тревожность, в дальнейшем приводящую к психологической усталости и апатии. Отечественный психолог Савельев Р.Н. в своих научных исследованиях приспособляемости мирного населения к военному времени отмечал, что мирные жители также, как и военные остро испытывают эмоциональную нестабильность, импульсивность, что связано с отсутствием перспектив на будущее и чувства защищенности от опасности. Краснушкин Е.К. исследовал процесс перехода психики к переадаптации в новых условиях и отметил, что на этапе психических реакций входа часто происходит сбой и возникает неспособность психики к продуктивному переходу, что ведет за собой возникновение дезадаптации. А под сбоем он понимал «застревание» на информации, которая не соответствует ожиданиям личности и вызывает тревожность, частую смену настроения, уныние, что в свою очередь приводит организм к психиче-

ской усталости и неспособности вырабатывать продуктивные решения по психической перестройке организма к новым сложным условиям существования личности.

Таким образом, изучив научную литературу по данной тематике, можно сделать следующие выводы: во-первых, длительные военные конфликты оказывают мощное негативное воздействие на протекание психических процессов у мирных жителей, что часто приводит к дезадаптации психики; во-вторых, можно выделить ведущие признаки приводящие к нарушению адаптации в условиях военного времени, а именно, чувство незащищённости от опасности, эмоциональную нестабильность, тревожность, высокую и быструю утомляемость.

---

*Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю.*

Дорожная клиническая больница станции Донецк, г. Донецк

## **ПРОБЛЕМА ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МИРНЫХ ЖИТЕЛЕЙ В ВОЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

В связи с тем, что информационно-психологическая безопасность личности связана с чувством защищенности, уверенности в завтрашнем дне и поддержанием высокого качества жизни, актуальность данной проблематики усиливается и выходит на первый план для общества в условиях военного конфликта.

Профессор В. Левицкий определяет информационно-психологическую безопасность как защищенность сознательной и бессознательной сферы психики от негативного информационного влияния.

Нашей задачей является проведение анализа эффективности выделенных исследователем способов защиты от агрессивного информационно-психологического воздействия в условиях военного времени.

Итак, учёным выделены 4 способа защиты от вредоносной информации, которые призваны обеспечить информационно-психологическую безопасность личности. Первый – «Уход», подразумевающий увеличение дистанции, прерывание контакта. К сожалению, в условиях военных действий, в связи с невозможностью части населения выехать на безопасную территорию, дистанцироваться от событий и получаемой информации, подтверждённой фактами, не представляется возможным, и данный способ защиты в этом случае не срабатывает. Второй способ – «Блокировка» – выставление психологических барьеров, «эмоциональное отчуждение». И с этим способом возникают вопросы. К сожалению, в зоне военного конфликта каждый день фиксируются смерти мирных граждан, и воспринимать трагедию своих родственников, знакомых, друзей, находясь самим под обстрелами крайне сложно без эмоций. При этом доля критичности мышления сохраняется. Третий способ – «Управление» – влияние на характер и источник информации. В условиях создающейся информационной блокады со стороны незаинтересованных в достоверности данных сообществ и государств, возникают сложности с проявлением данного способа защиты. Недоверие к источникам информации, её противоречивость, ошибки восприятия или понимания информации; распространение слухов и информационные манипуляции сознанием в условиях невозможности проверки сведений приводит к тому, что объективная информация попросту не доходит до адресата, либо попадая в интернет-пространство, не имеет широкого распространения (ведётся блокировка «информационно невыгодных» интернет ресурсов) и контролировать информацию становится крайне затруднительно. Четвёртый способ – «Затаивание» – отсрочка своих реакций, сокрытие чувств. Данный способ защиты связан с внутренним принятием ситуации и сдерживанием эмоций. Назвать этот способ продуктивным сложно, так как возникающий при таком паттерне поведения внутренний конфликт способствует развитию психосоматических реакций, снижению адаптационных ресурсов организма, утрате способности самостоятельно принимать жизненно важные для себя решения; деформации мотивационной сферы личности.

Таким образом, можно констатировать, что, в условиях затяжного военного конфликта: во-первых, происходит нарушение информационно-психологической безопасности личности; во-вторых, выше-



перечисленные способы защиты становятся малоэффективными; в-третьих, невозможность их использования приводит к ухудшению физиологического и психического состояния человека: возрастанию напряжения, тревожности; проявлению психосоматики; снижению адаптационно-психологических ресурсов; деформации мировоззренческих составляющих личности.

---

*Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Тюрина С.В.*

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

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ «МОЗГОВОЙ ШТУРМ» НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ»**

Одной из основных проблем, стоящих сегодня перед системой образования и общества в целом, является проблема активизации творческого мышления обучающихся. Один из наиболее известных методов психологической активизации мышления – «Мозговой штурм». Он широко используется во многих организациях для поиска нетрадиционных решений самых разных задач. Он активно развивает концентрацию внимания. Его цель – организация коллективной мыслительной деятельности по поиску нетрадиционных путей решения проблем.

Использование метода мозгового штурма в учебном процессе позволяет решить следующие задачи: стимулирование творческой активности учащихся; связь теоретических знаний с практикой; формирование способности концентрировать внимание и мыслительные усилия на решении актуальной задачи; обучение работе в команде, проявлению терпимости к чужой точке зрения.

На практических занятиях по дисциплине «Фармацевтическая технология» этот метод активного обучения нашел широкое применение при решении ситуационных задач по приготовлению различных лекарственных форм. Как правило, занятие проводится по такому плану: устный опрос, постановка задачи, обсуждение решения, защита выдвинутых идей, подведение итогов и оценивание.

Тренировочная интеллектуальная разминка осуществляется в форме экспресс – опроса. Таким образом, в течение 10 – 15 мин. в учебной аудитории проверяется понимание исходных понятий, категорий, принципов, основных теоретических положений и производится подготовка к дальнейшей активной познавательной деятельности.

Работа студентов на практическом занятии проходит в малых группах. Генерирование идей, то есть сам «мозговой штурм», начинается с подачи преподавателем сигнала о начале работы в группах. Экспертная группа фиксирует и анализирует выдвинутые идеи.

Преподаватель предлагает обучающимся рецептурную пропись и ставит задачу – выбрать оптимальную технологию приготовления и теоретически ее обосновать. Предложенный рецепт записывается на доске. Обучающиеся, разделившись на группы, выписывают пропись на определенном бланке, оформляют рецепт, проводят фармацевтическую экспертизу рецепта и предлагают свою технологию изготовления.

После подачи сигнала о завершении работы в группах, начинается публичная защита выдвинутых идей технологии приготовления с их обоснованием. По результатам защит экспертная комиссия проводит оценку представленных идей. В завершении занятия подводятся итоги всей работы и обобщаются результаты мозгового штурма.

Применение метода «Мозгового штурма» сохранило актуальность и в условиях дистанционного обучения. При этом общение через Skype, на форумах или в чатах оказалось не менее результативным. В чате или на форуме члены рабочей группы могут высказываться одновременно. Этот метод проведения мозгового штурма требует минимум затрат. Полученные идеи и решения легче обработать. Многим студентам легче участвовать в он-лайн обсуждениях, так как в этом случае им не мешает робость и стеснение.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что применение мозгового штурма как метода активного обучения способствует развитию профессионального мышления, умений анализировать, формулировать и обосновывать свою точку зрения, работать в команде, принимать совместные ре-

шения. Особенно важным мы считаем то, что этот метод может успешно применяться в условиях дистанционного обучения.

*Носкова О.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А.*

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

## **СТРУКТУРА СИТУАЦИОННОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ**

Социальная значимость женской половины населения в настоящее время значительно выше, чем раньше, что детерминирует большое количество стрессов и тревожных состояний, особенно значимых во время беременности. Ситуация неопределенности и страха, связанного с неизвестностью в исходе событий объясняет появление тревожности, в течение всей беременности. Тревожность проявляется чувством внутреннего дискомфорта и напряжения с развитием активных реакций со стороны автономной нервной системы и оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и исход родов.

Цель исследования: изучить особенности ситуационной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Материал и методы: Проведен анализ анамнестических данных, полученных в ходе опроса 128 женщин репродуктивного возраста, наблюдавшихся в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКТМО в 2019-2022 гг. Исследование СТ и ЛТ проводилось по шкале Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) адаптированной Ханиным. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, USA). Для сравнения средних величин внутри группы и между группами использовался t-критерий Стьюдента и U-критерий Mann – Whitney.

Результаты: По результатам анализа анкетных данных, выявлены значимые различия показателей СТ в дородовой и послеродовой период 41,0 и 35,8 соответственно ( $p=0,00046$ ;  $t=4,22$ ). Однако при анализе показателей ЛТ статистически значимых различий в дородовой и послеродовой период не было обнаружено: 44,4 и 41,5 соответственно ( $p=0,27$ ;  $t=1,08$ ). Достоверных различий показателей во взаимосвязи тревожности и уровня образования обнаружено не было 37,8 и 39,2 для СТ, 41,5 и 44,5 для ЛТ ( $p = 0,64$ ;  $t = 1,27$ ), ( $p = 0,02$ ;  $t = 0,35$ ). Представленная выборка была поделена на две подгруппы. Ранний (19-35 лет) и поздний (35-49) репродуктивный период. Изменение критериев тревожности не было отмечено ни в одной подгруппе: 35,2 и 36,2 для СТ, 41,7 и 41,4 для ЛТ. ( $p = 0,43$ ;  $t = 0,78$ ); ( $p = 0,87$ ;  $t = 0,15$ ). Анализируя уровень СТ у первородящих и повторнородящих женщин статистически значимых различий обнаружено не было 41,6 и 40,0 соответственно ( $p = 0,42$ ;  $t = 0,8$ ). Хотя, показатели ЛТ в соответствующих выборках имеют статистически значимые различия, 46,0 и 42,1 соответственно ( $p = 0,049$ ;  $t = 2$ ). Для исследования влияния на ход беременности экстрагенитальной и гинекологической патологий, был определен ряд заболеваний: ГБ, хронический пиелонефрит, гипотиреоз, тиреотоксикоз, СД, ЧМТ, анемия. Первая подгруппа (с патологией) – 36 женщин и вторая подгруппа (без патологии) – 92 женщины. В проведенном исследовании были обнаружены достоверные различия показателей СТ 40,5 и 37,1 соответственно ( $p = 0,05$ ;  $t = 1,96$ ). Достоверно значимых различий показателей ЛТ обнаружено не было 43,9 и 42,7 ( $p = 0,05$ ;  $t = 1,44$ ). В случае первородящих и повторнородящих, тревожность группы повторнородящих женщин характеризуется более низкими показателями в сравнении с первородящими.

Выводы: Наиболее значимыми критериями, оказывающими влияние на уровень реактивной и личностной тревожности являются: количество родов и аборт в анамнезе, возраст, социальный статус, сопутствующая экстрагенитальная патология. Тем не менее, информативными и клинически значимыми критериями, определяющими изменения СТ и ЛТ являются: первородящие, женщины без аборта в анамнезе, а также группа беременных с патологией сердечно-сосудистой, эндокринной систем организма.

*Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А., Чурилов А.А.*

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

## **ЗНАЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРВИЦИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Актуальность. Воспалительные заболевания в структуре гинекологической патологии продолжают занимать лидирующие позиции, составляя 60-65% от числа всех заболеваний органов малого таза. Значимость исследуемой проблемы связана с тем, что максимум этой заболеваемости приходится на репродуктивный возраст от 16 до 28 лет.

Цель исследования: изучить значение инфекционных факторов в генезе цервицита у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ 110 историй болезни женщин в возрасте от 16 до 38 лет, находившихся на лечении в гинекологическое отделение ДОКТМО. В основную группу вошли 70 женщин с клинически установленным диагнозом острого и хронического цервицита, контрольную группу составили 40 здоровых женщин. Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, данных кольпоскопии, цитологического исследования, методов лабораторной диагностики. Основная группа была разделена на две подгруппы с острым цервицитом 29 женщин и 41 пациентки с хроническим цервицитом.

Результаты: При оценке образцов из цервикального канала методом ПЦР у женщин с цервицитом, преимущественно выделены *Ureoplasma urealiticum* у 24 женщин из 70 обследованных (48,5%), *Chlamydia trachomatis* были обнаружены у 23 женщин (32,8%), *Mycoplasma hominis* у 6 женщин обеих групп (8,5%), инфицирование вирусом простого герпеса (ВПГ) у 7 (10%), вирус папилломы человека (ВПЧ) у 10 (%). В контрольной группе у 5(12,5%) женщин из 40 были выявлены методом ПЦР *Ureoplasma urealiticum*, другой патологии не выявлено. У 42 (60%) женщин из основной группы с цервицитом выявлена микст-инфекция: сочетание двух возбудителей у 30(71,4%) женщин из трех возбудителей у 12(28,5%). При этом в цервикальном канале преобладали *Chlamydia trachomatis*(45,6%), вирус папилломы человека(34,2%), *Mycoplasma hominis* в сочетании с ВПГ 12,8%, *Ureoplasma urealiticum* и *Mycoplasma hominis* выявлены в 10,2%, в 7,2% сочетание ВПЧ с *Chlamydia trachomatis*. Сравнивая частоту и особенность выявленных микроорганизмов в цервикальном канале в зависимости от остроты процесса, выявлено: при остром цервиците хламидии в 62%, *Mycoplasma hominis* в 25%, *Ureoplasma urealiticum* при остром процессе обнаружена в 7%, ВПЧ обнаружен в 6% случаев острого течения, а ВПГ при остром цервиците встречался с одинаковой частотой, как и при хроническом процессе 11,2%. При хроническом процессе (случаев) хламидии встречались у 11 женщин, *Mycoplasma hominis* у 10(), *Ureoplasma urealiticum* у 27(%), ВПЧ в 57%, ВПГ 14/3%. При оценке микробиоценоза влагалища при остром цервиците изменения микрофлоры соответствуют кандидозному вагиниту, при хроническом процессе – бактериальным вагинозом.

Выводы: при остром цервиците чаще были выявлены ВПЧ и хламидии, уреоплазмы и микоплазмы встречались в 2 раза реже, при хроническом воспалении наиболее часто встречались уреоплазмы и ВПЧ человека. Анализируя вышеизложенное можно говорить о том, что возбудители инфекций передающихся половым путем играют ведущую роль в этиологии острых и хронических цервицитов.

*Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А., Чурилов А.А.,*

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

## **ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Чрезмерная масса тела оказывает большое влияние на репродуктивное здоровье, нередко являясь детерминантой невынашивания беременности, бесплодия, отягощенного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела.

Материал и методы: проведено ретроспективное исследование 90 беременных с избыточной массой тела на базе отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКТМО. Пациентки разделены на три группы в зависимости от степени ожирения

Результаты: Все обследованные были в возрасте от 19 до 39 лет (в среднем  $26,5 \pm 1,5$  года). У 49,5% выявлено ожирение 1 степени, 32,3% II степени, 18,2% III степени. Экстрагенитальная патология распределилась следующим образом: гипертоническая болезнь 1-2ст. в I группе в 18,4%, во II-32,3%, в III – 49,3%; варикозная болезнь вен нижних конечностей в I- 10,2%, II – 32,1%, III- 57,7%, мочекаменная болезнь, пиелонефрит в I-18,9%, II-32,1%, III-49%. Течение беременности осложнилось токсикозом 1-й половины беременности в I и II группах в равном количестве по 32,4%, в III группе 67,6%, угроза прерывания беременности в разных сроках встречалась в I- II группах по 25% и 36,3% соответственно и 38,7% в III группе, анемия легкой степени тяжести не имела существенной разницы и составила 21,3% в каждой из групп, преэклампсия легкой и средней степени тяжести в I группе составила 19,8%, во II-30,2% и в III- 46,5%, преэклампсия тяжелой степени в группе составила 1,8%, во II-2,7%, в III – 5,7%. Роды срочные, нормальные произошли в 82%, 65,56% соответственно, родоразрешение путем операции кесарево сечение произведено в 18%, 35%, 44%. Среди показаний к оперативному родоразрешению были первичная слабость родовой деятельности в 35,2%, острый дистресс плода в 22,8%, тазовое предлежание плода 19%, многоплодная беременность 7%, тяжелая экстрагенитальная патология 16%. Частота рождения детей с массой тела более 4000,0гр. составила 37,9%, 22,4 и 39,7% в 3-х группах, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС зафиксировано в 12,8 и 21,8% детей II и III групп.

Выводы:

Таким образом, на основании проведенного исследования очевидно, что чем больше выражена степень ожирения, тем сложнее протекает беременность, большой процент осложнений в родах, что оказывает непосредственное влияние на перинатальные исходы.

---

*Оборнев А.Л., Кривобок А.А.*

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

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО: ПЕРЕХОД НА РОССИЙСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ**

Актуализация проблемы. Основными функциями деканата, как структурного подразделения образовательной организации высшего профессионального образования (ОО ВПО) является координация и контроль и управление учебно-методической, научной, организационной и воспитательной работой (ВР) кафедр, на факультете. В связи с вхождением Донецкой Народной Республики (ДНР) в состав Российской Федерации (РФ) происходит множество изменений в законодательном поле и приведение в соответствии с ГОС высшего профессионального образования. Поэтому изучение основных принципов и подходов к работе со студентами ОО ВПО РФ позволит в максимально короткие сроки имплементировать их в образовательную среду ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Цель работы. Провести анализ законодательства РФ в сфере образования, определить основные цели и задачи образовательного процесса и имплементировать их в работу деканата Медицинского факультета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы. Проведен анализ законодательства РФ в сфере образования.

Результаты и их обсуждение. Образовательная деятельность в РФ строго регламентируемый и контролируемый процесс, прописанный в Конституции, Федеральном законе «Об образовании в РФ», Постановлениях и Распоряжениях государственных организаций, осуществляющих контроль и надзор в сфере образования, и локальных распоряжениях образовательных организаций. Последними дополнениями к законодательству РФ в сфере образовательной деятельности стали изменения

в понимании и реализации ВР, особенно в ОО ВПО. При получении высшего образования акцент в образовательной деятельности был на получение и развитие профессиональных компетенций, а основная ВР проводилась в дошкольных и школьных образовательных организациях. Расширение направлений в ВР ОО ВПО, связанных с интернализацией общечеловеческих ценностей, формированием опыта гражданского поведения, реальной ответственности и стремлением к самореализации и саморазвитию, позволят сформировать не только компетентного специалиста, но и целостную личность. Так же в соответствии с пунктом 33 распоряжения Правительства РФ от 31.12.2019 г. N 3273-р (ред. от 20.08.2021г.) «Об утверждении основных принципов национальной системы профессионального роста педагогических работников РФ, включая национальную систему учительского роста» о разработке и внедрении системы наставничества педагогических работников в образовательных организациях. В ДНР расширение воспитательного аспекта в ОО ВПО также является актуальным и своевременным. В условиях существующего военного конфликта с 2014 г., пандемии COVID-19 и проведения СВО в настоящее время, отдельные аспекты образовательного процесса не были реализованы в полной мере из-за вынужденного перехода на дистанционное образование. В имеющейся ситуации очень важно разработать программы ВР в ОО ВПО, обеспечивающие формирование у студентов медиков комплексную систему нравственных и смысловых установок, которые будут эффективны при образовательном процессе.

Выводы. Согласно имеющемуся законодательству РФ в сфере образования для ОО ВПО предусмотрен не только учебный, но и воспитательный аспект в становлении студента как специалиста, предусматривающий развитие патриотизма, формирование российской идентичности, нравственности, уважения культурного и научного наследия, бережное отношение к сохранению собственного здоровья и стимула к саморазвитию. Реализация воспитательного спектра образовательной деятельности деканата Медицинского факультета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО требует разработки и внедрения рабочих программ по воспитательной деятельности, которые позволят обеспечить системный подход к требуемому уровню образовательного процесса в ОО ВПО.

### *Оборнева О.В.*

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

## **СЕМИОТИЧЕСКИЕ АНТИНОМИИ В ПОЗНАНИИ И ОСВОЕНИИ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА**

Представление о двойственной природе мироздания уходит корнями в глубокое прошлое. Мифологическое сознание в поисках понимания существующего мироустройства заметило двойственность в явлениях биологической и физической действительности: парную симметрию частей тела человека и животного, различие их пола, контрастные проявления природных явлений.

Такие наблюдения обусловили представления об оппозиционности как фундаментальной основе организованности окружающего мира. Они оказались весьма плодотворными для развития человеческого мышления и зарождения научных представлений об устройстве мира. Принцип равноправного сосуществования противоположностей, освоенный в дальнейшем разными философами и философскими системами, известен как антиномии (от греч. *αντι* – «противоречие» и *νόμος* – «закон») – противоречия двух взаимоисключающих положений, в равной мере признаваемых верными.

Вяч. Вс. Иванов и В. Н. Топоров в монографии по реконструкции праславянских и древних славянских текстов и систем отмечают: «Главным противопоставлением, теснейшим образом связанным с прагматическими целями коллектива, является различие положительного и отрицательного по отношению к коллективу и к человеку» (3, с. 63). Отмеченное генеральное противоположение – хорошего и плохого, правильного и неправильного, благоприятного и неблагоприятного – реализуется в частных оппозиционных парах, объединенных авторами в 16 отдельных групп. Среди них антиномии, соответствующие базовым пространственным отношениям (верх – низ, правый – левый), временным (день – ночь, лето – зима), природным (огонь – вода, воздух – земля), цветовым (белый – черный), социокультурным (старший – младший, свой – чужой), метафизическим (свет – тьма, жизнь

– смерть, космос – хаос), биологическим (мужской – женский). Они «со специфически ритуальной точки зрения входят в более общее противопоставление сакральной – мирской» (3, с. 64).

Эти антиномии представлены во всех мировых культурах и являются универсальными для всех народов. На их основании возводятся антиномические пары вторичного порядка, образуя специфические оппозиции, отражающие реалии культуры определенных наций: «Сравнение всех известных к настоящему времени фактов показывает, что строго универсальным является принцип строения и наличия некоторых пар признаков (левый – правый, мужской – женский), тогда как распределение признаков по рядам и связи между ними могут варьироваться» (2, с. 516-517).

Иногда уклонение от строгой универсальности наблюдается при инверсии полюсов парадигмы нравственного порядка определенной универсальной антиномической пары. К примеру, при традиционном доминировании в большинстве культур позитивного значения понятия «правого» существуют локальные культурные области, наделяющие положительными свойствами антитетическое «левое» (2, с. 517; 1, с. 52-53; 4, с. 28). Этот факт показывает различие между культурами на уровне вторичной структуры, образованной при соединении базовой антиномии «правый – левый» с инвертированным противоположением «положительный – отрицательный». Литературный пример логической инверсии нравственно-оценочного типа – стихотворение В. Маяковского «Левый марш».

Таким образом, система мировой культуры опирается на семиотические антиномии двух типов – универсальные, общие для всех народов, и производные от них культурноспецифические, характерные для определенного народа. Взаимодействие и образование связей между ними формируют границы культурных семантических полей, которые позволяют отделять нормы и ценности «своего» этноса от «чужого».

Литература:

1. Вейль Г. Симметрия. М., 1968. – 192 с.
2. Иванов В. В. Избранные труды по семиотике и истории культуры/В. В. Иванов. – М., 1998. Т. 1. – 912 с.
3. Иванов В. В. Славянские языковые моделирующие семиотические системы: (Древний период) / В. Н. Топоров, Вяч. Вс. Иванов – М., 1965.
4. Мельникова А. А. Язык и национальный характер. Взаимосвязь структуры языка и ментальности / А. А. Мельникова. – СПб. : Речь, 2003. – 320 с.

---

*Овчинникова У.Р., Бабкова И.С., Грипп М.Р.*

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

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРРЕКЦИИ ДВАЖДЫ ПРОВАЛЬНОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

Согласно данным Всемирной организации гастроэнтерологов (WGO, 2015), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является самым распространенным гастроэнтерологическим заболеванием, обуславливая наличие диспепсических симптомов у 18-46% населения развитых стран, в том числе Российской Федерации. Лапароскопическая фундопликация является «золотым стандартом» в хирургическом лечении ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), как основной причины развития патологического рефлюкса. По данным литературы, частота рецидивов ГЭРБ и ГПОД после первичного хирургического лечения составляет 17,7%. В ряде случаев развитие клинического и рентгенологического рецидива заболевания обусловлено несоблюдением технических аспектов первичного оперативного вмешательства.

Описание клинического случая: Пациент К., 39 лет, ИМТ = 29,3 кг/м<sup>2</sup>, статус ASA 2, обратился в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова в августе 2022 г. с жалобами на изжогу после приёма пищи, вздутие живота, боль в эпигастральной области после приёма пищи, рвоту съеденной пищей. Из

анамнеза: изжога беспокоила с 2000 г., медикаментозная терапия ингибиторами протонной помпы на протяжении 17 лет – без положительной динамики. По данным рентгенологического исследования диагностирована ГПОД 1 типа по классификации SAGES. В 2017 г. пациенту выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, достигнута клиническая ремиссия, однако спустя 18 месяцев отмечено возобновление симптоматики, рентгенологический рецидив ГПОД. В 2019 году выполнена лапароскопическая рефундопликация по Ниссену, аллокуропластика полипропиленовой сеткой. Спустя 1 месяц после операции пациент отметил возобновление жалоб. По данным ЭГДС и рентгенографии диагностирован рецидив ГПОД. По данным опросника GSRS – 63 балла, опросника GERD-HRQL – 38 баллов, что соответствует крайне низкому качеству жизни.

Пациент подготовлен к ревизионному оперативному вмешательству, направленному на коррекцию дважды неудачно выполненной фундопликации. Предоперационный диагноз: рецидивная ГПОД 2 типа по Suppiah, 1в/3 типа по Norgan. Рефлюкс-эзофагит нижней трети пищевода, ст. С (Los Angeles Classification).

В ходе оперативного вмешательства выполнено восстановление первичной анатомии зоны кардиоэзофагеального перехода (абдоминализация нижней трети пищевода, удаление грыжевого мешка, разбор манжеты, удаление полипропиленовой сетки, фиксирующих скоб и клипс). Выполнена задняя крурорафия, сформирована свободная фундопликационная манжета по типу «short floppy» Nissen длиной 20 мм. Манжета фиксирована к пищеводу во избежание её соскальзывания в послеоперационном периоде – предупреждения феномена телескопа.

Интраоперационные осложнения отсутствовали. По данным рентгенографии с пероральным контрастированием на 1 сутки после операции данных за задержку и экстравазацию контрастного вещества в области гастроэзофагеального перехода нет. С учетом отсутствия ранних послеоперационных осложнений (по шкале Clavien-Dindo) пациент выписан на 5-е сутки. На момент контрольного осмотра спустя 3 месяца после операции объективизирован периоперационный статус с помощью опросников: GSRS – 63 балла, GERD-HRQL – 38 баллов, что соответствует высокому качеству жизни в послеоперационном периоде.

На сегодняшний день крайне необходима стандартизация первичных антирефлюксных вмешательств для снижения риска рецидива заболевания и частоты выполнения ревизионных антирефлюксных операций.

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

---

*Огонян Е.А., Иванов Н.А., Иванова О.П., Онищенко Л.Ф., Агаханов С.Р.*

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

## **ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У СТАРШЕКЛАССНИКОВ И СТУДЕНТОВ ВОЛГОГРАДА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ**

Современные люди настолько привыкли к интернету, курению и алкоголю, что многим сложно представить жизнь без них. Вредные привычки стали неотъемлемой частью жизни, приносящие огромный вред нашему здоровью. От курения ежегодно умирает более 5 млн человек. При алкоголизме развивается психическая и физическая зависимость к алкоголю, наблюдаются тяжелые поражения органов и тканей всего организма. Интернет-зависимость сопровождается ощущением потери времени, отвлеченностью от жизненных процессов, отсутствием контакта с близкими, изменением образа жизни. Изменение образа жизни ведет к следующей зависимости – неправильное питание, переедание, либо потеря аппетита.

Очень часто стрессовые ситуации вызывают привычку прикусывать губу, грызть ногти, карандаш, ручку, другие предметы. Все это приводит не только к инфицированию организма, но и к изменению стоматологического статуса.

Изучение распространенности вредных привычек у молодежи позволит оценить санитарно-просветительную работу и предположить дальнейшее влияние вредных привычек.

Целью нашего исследования было изучение распространенности вредных привычек: курения, переедания, употребления алкоголя, прикусывания предметов и других среди старшеклассников и студентов медицинского ВУЗа.

Материал и методы. Проведен анализ анкетирования школьников (15 – 17 лет) и студентов 2 курса медицинского университета. Была составлена авторская анкета, анкетирование проведено с использованием сервиса Google-формы среди 80 старшеклассников и 70 студентов

Результаты анкетирования показали, что 75% студентов и школьников уже пробовали алкоголь. 25% опрошенных отрицали употребление алкоголя. В первый раз употребили алкоголь большинство респондентов в домашних условиях (41% во время домашнего праздника и 26% во время празднования собственного дня рождения). Школьный выпускной стал поводом впервые выпить алкоголь для 33% молодых людей. Большая часть опрошенных (78%) заявили о том, что среди близких людей (члены семьи, друзья и др.) есть те, кто употребляет алкоголь.

На вопрос «Вы курите?» большинство анкетированных ответили отрицательно (84%), 13% ответили положительно, 3% – сообщили, что делают это редко, время от времени. Со слов тех, кто ответил что «курит» (даже редко), они начали курить из любопытства, потому что курили друзья. Из близкого окружения у всех респондентов почти 40% были курильщики (64% ответов «нет», 36% – «да»).

Несмотря на то, что немногим больше половины анкетированных ответили, что они не считают себя интернет-зависимыми (54% отрицательных ответов и 46% – положительных), большинство утверждают, что проводят в соц.сетях 4 и более часов (65%), 21% ответивших – от 2 до 4 часов, остальные 14% – от 1 до 2 часов в день.

Привычка «заедать» стресс отмечается только у 10% молодых людей, участвовавших в опросе. 25% сообщили, что стресс снимают другими способами, остальные (65%) стресс «не заедают» или теряют аппетит. Вредная привычка грызть ногти имела у 10% респондентов, такая привычка была ранее у 20%, 2% ответили, что имеют такую привычку, но в настоящий момент преодолевают ее. У большинства (68%) такой привычки не было. Только 15% молодых людей сообщили, что прикусывали предметы (ручка, карандаш) во время учебных занятий.

Закключение. Результаты анкетирования выявили распространенность определенных вредных привычек у молодых людей. Проведенное исследование показало недостаточный уровень просветительной работы среди молодежи. Дальнейшее изучение позволит определить причины привычек, вырабатывать меры профилактики.

---

**Одарюк В.В.**

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

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕССЕНДЖЕРА «ТЕЛЕГРАММ» В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

Вынужденная необходимость реализации образовательных программ только в дистанционной форме заставляет искать подходы, повышающие качество такого обучения. Среди факторов, определяющих эффективность дистанционного образования, одно из главнейших мест занимает коммуникация между преподавателем и обучающимися, а также между обучающимися при решении учебных задач. Он-лайн коммуникация посредством соцсетей и мессенджеров стала неотъемлемой частью жизни большинства людей. Telegram (ТГ) – программа, предназначенная для мгновенной отправки сообщений, прямой ориентации на образовательный процесс не имеет. Тем не менее имеются широкие возможности для использования этого приложения в дистанционном обучении.

Впервые появившись в 2013 году как мессенджер, обеспечивающий высокую конфиденциальность передаваемой информации, ТГ существенно расширил функционал и приобрел множество дополнительных инструментов и, как следствие, значительно увеличилось количество его пользователей. В 2022 ТГ был в пятерке самых скачиваемых приложений.



Среди преимуществ ТГ в сравнении с другими способами он-лайн коммуникации следует выделить следующие: бесплатность (кроме премиум-версии), легкая установка приложения на любое устройство и быстрая регистрация, возможность работы одновременно на нескольких устройствах, а также через интернет-браузеры, конфиденциальность и безопасность – пользователь может сам настроить какие из его персональных данных будут доступны, при передаче данных используется процедура шифрования, возможность добавления интерактивов – голосований, тестов и т.д. Использование в ТГ облачных технологий для хранения информации обеспечивает быстрый доступ к файлам и при этом не занимает память устройства, что позволяет передавать большие объемы информации. Кроме того, в ТГ доступна такая нераспространенная в мессенджерах функция как использование чат-ботов для автоматизации разнообразных действий. С 2021 года в ТГ появилась возможность проводить трансляции или видеочаты, что сделало ТГ удобной альтернативой сервисов для проведения он-лайн конференций.

Для организации работы со студентами в ТГ можно использовать два инструмента – группы и каналы. Они отличаются в основном ролью администратора и участников. Если в группах все участники в равной мере имеют возможность отправлять в общий чат сообщения и файлы, то в каналах этой функцией наделен только администратор. Каналы лучше всего использовать для работы с большой аудиторией – потоком, курсом и т.д. Таким образом, ТГ-каналы выполняют функцию своеобразной массовой рассылки информации организационного характера, ссылок на ресурсы и т.д. Как показала практика, он-лайн работу с небольшими группами студентов на практических и лабораторных занятиях удобнее выстраивать с помощью чатов в ТГ-группах, где проще отслеживать активность каждого участника.

И в ТГ-каналах, и в ТГ-группах доступно проведение вебинаров посредством организации видеотрансляций или групповых видеозвонков. При этом отсутствует ограничение на продолжительность вебинара и есть возможность его записать и выложить видеофайл в общий доступ для повторного обращения. Таким образом в задачах организации и проведения он-лайн занятий, обеспечения быстрой обратной связи ТГ может хорошо дополнять информационно-образовательную среду университета на платформе Moodle.

Студенты в подавляющем большинстве положительно относятся к применению ТГ для занятий. Использование преподавателем ТГ в учебном процессе позволяет наладить эффективное взаимодействие и коммуникацию со студентами для повышения качества дистанционного обучения.

---

**Олейник И.С., Бибик Е.Ю., Саул А.С., Фролов К.А., Доценко В.В, Кривоколыско С.Г.**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск  
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
НИЛ «Химэкс»

ГОУ ВПО «Луганский национальный университет им. Владимира Даля», г. Луганск  
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет» МЗ РФ, г. Краснодар.

## **АНТИЭКССУДАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ А-ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА В ДЕКСТРАНОВОМ ТЕСТЕ**

Введение. Воспаление – это один из типичных патологических процессов, сопровождающий заболевания различных систем и органов и нередко являющийся причиной многих нарушений жизнедеятельности организма человека [1,2]. В настоящее время актуальным является поиск новых высокоэффективных и безопасных противовоспалительных средств. Особый интерес в этом ключе представляют производные  $\alpha$ -цианотиоацетамида, синтезированные на нами базе НИЛ «Химэкс» ЛГУ им. Владимира Даля. Отобранные с помощью программ виртуального биоскрининга 8 образцов производных  $\alpha$ -цианотиоацетамида являются наиболее перспективными, с учетом предполагаемых биомишеней для фармакокоррекции воспалительных реакций.

Цель исследования: Изучить антиэкссудативную активность новых производных  $\alpha$ -цианотиоацетамида в классическом декстрановом тесте.

Материалы и методы исследования: 130 лабораторных крыс были распределены на контрольную, 4 группы сравнения (кислота ацетилсалициловая, нимесулид, индометацин, парацетамол) и 8 экспериментальных групп (по количеству новых гетероциклических соединений). Эффективность антиэкссудативной активности образцов оценивалась на модели острого «декстранового отека» лапы крысы, которую смоделировали субплантарным введением в правую заднюю конечность 0,1 мл 6% раствора декстрана [1]. Новые производные цианотиоацетамида вводили внутриастрально в дозе 5 мг/кг за 1,5 часа до индукции отека. Онкометрические изменения оценивались количественно по обхвату конечностей через 1 и 3 часа после моделирования воспаления.

Результаты исследования. Установлено, что максимально выраженной антиэкссудативной активностью обладают производные цианотиоацетамида с лабораторными шифрами: d02-141 (ethyl 2-[(3-cyano-5-[(2,4-dichlorophenyl)amino]carbonyl)-4-(2-furyl)-6-methyl-1,4-dihydropyridin-2-yl]thio)acetyl)amino]-4,5,6,7-tetrahydro-1-benzothiophene-3-carboxylate), который превосходит по этому виду активности ацетилсалициловую кислоту в 4,78 раза, а нимесулид в 8,47 раза; d02-123 (5-cyano-N-(2,4-dichlorophenyl)-4-(2-furyl)-2-methyl-6-[(2-oxo-2-[(3-(trifluoromethyl)phenyl)amino]ethyl)thio]-1,4-dihydropyridine-3-carboxamide), превосходящий препарат-референт нимесулид в 10,8 раза по противовоспалительной активности, а ацетилсалициловую кислоту в 6,09 раза, соответственно. Также установлено, что образец с шифром d02-149 (6-[(2-anilino-2-oxoethyl)thio]-5-cyano-N-(2,4-dichlorophenyl)-4-(2-furyl)-2-methyl-1,4-dihydropyridine-3-carboxamide) эффективнее препаратов сравнения ацетилсалициловой кислоты в 1,27 раза, а нимесулида в 2,25 раза, соответственно.

Закключение. Синтезированные нами производные  $\alpha$ -цианотиоацетамида имеют выраженную антиэкссудативную активность по результатам проведенных нами экспериментальных исследований при применении их в дозе 5 мг/кг, что представляет интерес для дальнейших доклинических исследований.

Литературные источники.

1. Matyushkin AI. Anti-inflammatory properties of himantan in dosage form for external use on models of carrageenan and dextran sulfate edema in rats. *Experimental and clinical pharmacology*. 2020; p. 29-32. Russian (Матюшкин А. И. Противовоспалительные свойства гимантана в лекарственной форме для наружного применения на моделях каррагенового и декстрансульфатного отеков у крыс. *Экспериментальная и клиническая фармакология*. 2020; с. 29-32).

2. Khakimov ZZ, Rakhmanov AH, Bekova NB. Experimental studies of the effect of cinnarizine on the course of the exudation process; 2020. Russian (Хакимов З. З., Рахманов А. Х., Бекова Н. Б. Экспериментальное исследования влияния циннаризина на течение процесса экссудации; 2020).

**Олсуфьева А.В., Кузнецова М.А., Абанина О.В., Олсуфьев С.С.**

НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва  
 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ,  
 г. Москва

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗЫЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Язычные железы характеризуются индивидуальной структурной изменчивостью. Мы изучили количество язычных желёз и их морфологические особенности у людей разного возраста и пола в условиях нормы.

При статистической обработке цифровых данных было выявлено, что коэффициенты асимметрии и эксцесса достаточно невелики, поэтому при дальнейших расчётах использовались методы параметрической статистики. Так же, статистическая обработка полученных цифровых данных включала вычисление среднеарифметического значения каждого показателя ( $x$ ), ошибка среднеарифметического ( $Sx$ ). Анализировались минимальное и максимальное индивидуальные значения показателя. Макроскопическим и гистологическим методом мы исследовали язычные железы, полученные от трупов 299 человек (тотальные препараты языка от трупов 160-ти человек, гистологические поперечные срезы языка от трупов 139-ти человек). Количество желёз в задней трети органа, по сравнению с

передней его третью, увеличивается в 1,5-3,9 раза (-13,444). Размерные показатели этого параметра в передней трети языка у новорождённых  $14 \pm 0,82$ , в раннем детском возрасте  $22 \pm 1,08$ , в подростковом  $28 \pm 1,10$ , в 1м периоде зрелого возраста  $36 \pm 0,56$  и в старческом  $18 \pm 0,38$ . Количество желёз в задней трети языка у новорождённых  $22 \pm 0,55$ , в раннем детском возрасте  $32 \pm 1,51$ , в подростковом  $44 \pm 1,10$ , в 1м периоде зрелого возраста  $64 \pm 0,73$  и в старческом  $39 \pm 0,65$ . Длина и ширина начального отдела язычных желёз увеличиваются в направлении спереди назад – в 1,8-2,4 раза (-0,253 и 0,220 соотв.). Длина начального отдела язычных желёз в передней трети языка у новорождённых  $0,11 \pm 0,01$ , в раннем детском возрасте  $0,19 \pm 0,01$ , в подростковом  $0,35 \pm 0,01$ , в 1м периоде зрелого возраста  $0,46 \pm 0,01$  и в старческом  $0,26 \pm 0,01$ . Размерные показатели этого параметра в задней трети языка у новорождённых  $0,25 \pm 0,01$ , в раннем детском возрасте  $0,35 \pm 0,01$ , в подростковом  $0,64 \pm 0,01$ , в 1м периоде зрелого возраста  $0,92 \pm 0,01$  и в старческом  $0,63 \pm 0,01$ . Ширина начального отдела язычных желёз в передней трети языка у новорождённых  $0,09 \pm 0,01$ , в раннем детском возрасте  $0,16 \pm 0,01$ , в подростковом  $0,30 \pm 0,01$ , в 1м периоде зрелого возраста  $0,40 \pm 0,01$  и в старческом  $0,23 \pm 0,01$ . Размерные показатели этого параметра в задней трети языка у новорождённых  $0,22 \pm 0,01$ , в раннем детском возрасте  $0,30 \pm 0,01$ , в подростковом  $0,54 \pm 0,01$ , в 1м периоде зрелого возраста  $0,72 \pm 0,01$  и в старческом  $0,53 \pm 0,01$ . Так же в направлении спереди назад увеличивается толщина начального отдела желёз (в 1,2-2,2 раза, -11,59). Толщина начального отдела желёз в передней трети языка у новорождённых  $30,0 \pm 1,1$ , в раннем детском возрасте  $34,9 \pm 1,6$ , в подростковом  $42,3 \pm 2,01$ , в 1м периоде зрелого возраста  $43,8 \pm 2,8$  и в старческом  $18,0 \pm 1,6$ . Размерные показатели этого параметра в задней трети языка у новорождённых  $36,1 \pm 2,2$ , в раннем детском возрасте  $44,2 \pm 2,9$ , в подростковом  $58,1 \pm 3,7$ , в 1м периоде зрелого возраста  $60,0 \pm 3,7$  и в старческом  $40,1 \pm 2,8$ . Количество гландулоцитов у начальной части железы (в 1,2-1,4 раза, -2,84). Размерные показатели количества гландулоцитов у начальной части в передней трети языка у новорождённых  $10,5 \pm 0,3$ , в раннем детском возрасте  $12,8 \pm 0,7$ , в подростковом  $15,2 \pm 0,9$ , в 1м периоде зрелого возраста  $16,5 \pm 0,6$  и в старческом  $12,5 \pm 0,6$ . Количество гландулоцитов у начальной части в задней трети языка у новорождённых  $14,3 \pm 0,9$ , в раннем детском возрасте  $16,3 \pm 0,9$ , в подростковом  $16,5 \pm 1,1$ , в 1м периоде зрелого возраста  $19,2 \pm 0,5$  и в старческом  $14,4 \pm 0,6$ . Содержание стромы в составе начального отдела так же изменяется в направлении от верхушки к корню языка (в 1,2-1,3 раза, -16,86). Размерные показатели этого параметра в передней трети языка у новорождённых  $3,2 \pm 0,3$ , в раннем детском возрасте  $3,5 \pm 0,42$ , в подростковом  $6,0 \pm 0,75$ , в 1м периоде зрелого возраста  $20,7 \pm 0,38$  и в старческом  $33,5 \pm 1,2$ . Содержание стромы у начального отдела в задней трети языка составляет у новорождённых  $4,6 \pm 0,31$ , в раннем детском возрасте  $4,8 \pm 0,34$ , в подростковом  $7,4 \pm 0,85$ , в 1м периоде зрелого возраста  $25,0 \pm 1,00$  и в старческом  $47,5 \pm 1,1$ .

В результате нашего исследования было выявлено, что размеры и количество язычных желёз в постнатальном онтогенезе максимальны в 1-м периоде зрелого возраста и изменяются в направлении от верхушки к корню языка (спереди назад). Выводные протоки язычных желёз образуют S-образные изгибы и открываются преимущественно на нижней поверхности верхушки языка, по краям языка между листовидными сосочками и в циркулярные борозды вокруг желобоватых сосочков, а также в крипты язычной миндалины в области корня языка.

*Онищенко Л.Ф., Маслак Е.Е., Шхагошева А.А., Каменнова Т.Н., Огонян Е.А.*

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

## **КАРИЕС ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У 15-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кариес зубов и заболевания пародонта относятся к самой распространенной стоматологической патологии детского возраста. Изучение показателей стоматологической заболеваемости в ключевой возрастной группе 15-летних подростков позволяет, с одной стороны, оценить результаты лечебно-профилактической стоматологической помощи детям, с другой – определить вероятные траектории дальнейшего развития заболеваний.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов и заболеваний пародонта у 15-летних подростков Волгограда и Волгоградской области.

**Материал и методы.** Проведен компаративный анализ данных эпидемиологического стоматологического обследования детей в возрасте 15 лет, проживавших в областном центре (Волгоград, 253 чел.) и двух районах Волгоградской области (250 чел.). Стоматологическое обследование проводили по методике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), данные регистрировали в карте, рекомендованной ВОЗ (2013 г.). Определяли показатели распространенности (%) кариеса постоянных зубов и признаков воспалительных заболеваний пародонта. Рассчитывали интенсивность кариеса по индексу КПУ ( $M \pm m$ ), структуру индекса КПУ (%), среднее количество пораженных секстантов пародонта по индексу СРІ ( $M \pm m$ ). Различия определяли по критерию Стьюдента (при значимости  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Показатели распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов у 15-летних подростков Волгограда и Волгоградской области были примерно одинаковыми: 78,2 и 80,8%,  $p > 0,05$ ; КПУ  $3,34 \pm 0,16$  и  $3,14 \pm 0,16$  соответственно,  $p > 0,05$ . Однако в структуре индекса КПУ были выявлены существенные различия: у подростков Волгограда, по сравнению со сверстниками области, количество невылеченных кариозных зубов было в 3,2 раза ниже (компонент «К» – 14,1% и 44,9% соответственно,  $p < 0,01$ ), количество вылеченных пломбированных зубов – в 1,6 раза больше (компонент «П» – 84,7% и 51,3% соответственно,  $p < 0,01$ ), количество ранее удаленных зубов – в 3,2 раза меньше (компонент «У» – 1,2% и 3,8% соответственно,  $p < 0,01$ ). Таким образом, уровень оказания стоматологической помощи детям, проживавшим в районах области, был ниже, чем у сверстников из областного центра. Большое количество невылеченных зубов у подростков в сельской местности позволяет предположить дальнейшее развитие осложнений кариеса и потерю зубов у молодых взрослых.

Признаки воспалительных заболеваний пародонта выявлены у большинства обследованных детей. Однако у подростков, проживавших в районах области, распространенность заболеваний пародонта была выше, чем в Волгограде (74,8% и 67,1% соответственно,  $p < 0,05$ ), количество здоровых секстантов пародонта – меньше ( $3,47 \pm 0,14$  и  $3,97 \pm 0,10$  соответственно,  $p < 0,01$ ), а количество секстантов с зубным камнем – больше ( $1,19 \pm 0,09$  и  $0,69 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,001$ ); количество секстантов с кровоточивостью десен было примерно одинаковым ( $1,34 \pm 0,10$  и  $1,47 \pm 0,10$  соответственно,  $p > 0,05$ ). Высокие показатели пародонтологической заболеваемости у подростков показывают необходимость развития профилактического направления с привлечением к работе в детской стоматологии гигиенистов стоматологических.

**Заключение.** В результате эпидемиологического обследования выявлена высокая стоматологическая заболеваемость у 15-летних подростков, недостаточность стоматологической помощи детям в районах области. Полученные данные обосновывают необходимость реорганизации и оптимизации стоматологической службы, внедрение региональной программы профилактики стоматологических заболеваний, которая особенно необходима для детей, проживающих в сельской местности.

---

*Ораз Н.Е., Бендер Н. Р., Журавлева Н.П., Мейрамова Г. Қ.*

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

## **РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОКРИННЫХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

В последние десятилетия появилось большое количество новых данных о роли витамина D не только в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, но и его влиянии на развитие и течение аутоиммунных заболеваний. Одной из наиболее частых комбинаций аутоиммунных заболеваний в практике эндокринолога является сахарный диабет (СД) 2 типа в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Цель: в данном исследовании мы оценивали уровень 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) у пациентов с СД 2 типа без сопутствующей аутоиммунной патологии и пациентов с СД 2 типа в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Актуальность: Проведенной 105 исследований, 234 519 людей  
 У взрослых средняя концентрация 25(OH)D составляла 16,5 нг/мл.  
 распространенность дефицита 20,7%  
 недостаточности витамина D 63%  
 У подростков средняя концентрация 25(OH)D – 21 нг/мл  
 распространенность дефицита 23%  
 недостаточности витамина D 46%  
 Распространенность недостаточности VitD  
 увеличивалась с возрастом в популяциях  
 с возрастом  $\leq 18$  лет и  $\geq 60$  лет

Материалы и методы: поиск информации проводился в базе данных  
 PubMed, Elibrary, Cyberleninka и специализированных поисковых систем

Google Scholar. 62 пациентов с СД 2 типа (42 женщины; средний возраст  $42 \pm 55$  года) находились под наблюдением на базе КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница N3» Всем пациентам с СД 2 типа определялись 25(OH)D, паратгормон, кальций, ТТГ, АТ к ТПО, АТ к тиреоглобулину. Группу контроля составили 35 здоровых человека без установленных аутоиммунных заболеваний.

Результаты: в группе пациентов с СД 2 ( $n = 62$ ) значения 25(OH)D были значимо ниже в сравнении с группой контроля – 12,6 [9,1; 21,0] против 27,0 [22,1; 34,7] нг / мл, р 30 из 62 пациентов с СД 2 типа имели положительный титр АТ к ТПО и/или ТГ, 7 имели впервые выявленный субклинический гипотиреоз и 12 были носителями антител к ТПО и ТГ с ТТГ в пределах референсных значений. У пациентов с СД 2 типа с положительным титром АТ к ТПО/ТГ (35 из 62 пациентов) были выявлены более низкие значения 25(OH)D в сравнении с пациентами без антител к щитовидной железе (36 пациентов) – 11,8 [6,8; 22,1] против 20 [11,1; 26,7] нг/ мл;

Выводы: данные настоящего исследования показали значительное снижение уровня 25(OH)D у пациентов с СД 2 типа, при этом достоверно более низкие значения были у пациентов с СД 2 типа в сочетании с положительным титром АТ к щитовидной железе. Полученные данные могут свидетельствовать о возможном влиянии дефицита витамина D на развитие неспецифичной аутоиммунной агрессии, направленной против нескольких органов и систем.

**Орлова О.В., Афончиков В.С.**

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

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕАМБЕРИНА В ВОЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Оказание медицинской помощи раненым и пострадавшим при военных конфликтах, к сожалению, остается актуальным направлением интенсивной терапии. Согласно анализу структуры боевой хирургической травмы в современных военных конфликтах частота изолированных ранений составляет 65%, множественных 13%, сочетанных 22%. Из них огнестрельные ранения составляют около 58%, травмы 33,2%, ожоги 4,4%, отморожения 1,4%, комбинированные травмы 3% (Жуков И.Е. и др, 2015г). Выживаемость пострадавших зависит от качества оказания помощи на догоспитальном этапе и быстроты эвакуационных мероприятий, что в свою очередь, обусловлено грамотно проведенной медицинской сортировкой и приводит к максимально эффективному использованию сил и средств медицинской службы.

Препарат «Реамберин» применяется в лечении больных и пострадавших с 1999 года. За это время было проведено множество исследований и апробаций его применения в разных областях медицины. Несомненна его роль у пациентов, находящихся в критических состояниях, в том числе у больных и раненых при военных конфликтах. «Реамберин» является не только средством для коррекции волемиических нарушений, но и предотвращает развитие дисэлектролитемии благодаря сбалансированному составу электролитов. Буферизирующие свойства «Реамберина» позволяют корригировать формирующийся при всех критических состояниях быстрый лактат-ацидоз. Восполнение дефицита гидрокар-

боната происходит более мягко и меньшим объемом, так из одной молекулы меглюмина натрия сукцината образуется 2 молекулы гидрокарбоната. Препарат устраняет также и внутриклеточный ацидоз, при использовании «Реамберина» отсутствует «рикошетный» эффект, возникающий при применении гидрокарбоната натрия, соответственно риск развития алкалоза минимален. Осмолярность раствора приближена к нормальной осмолярности плазмы, препарат можно вводить в периферические вены.

Различные исследования показали эффективность использования «Реамберина» в схемах комплексного лечения пациентов с механическими травмами длинных трубчатых костей (Минасов Т.Б. и др., 2018, Мадай Д.Ю., 2021) при черепно-мозговой травме (Кан Т.В. и др., 2020) для ускорения подготовки ожоговых ран к пластическому восстановлению кожного покрова (Варганов М.В. и др., 2020), для лечения когнитивной дисфункции, вызванной боевой травмой (Криштафор А.А., 2017). Препарат включен в набор для оказания скорой медицинской помощи согласно Приказу Минздрава России № 1165н и успешно применяется на догоспитальном этапе.

Таким образом препарат может широко использоваться как на догоспитальном этапе, так и на этапах специализированной и квалифицированной медицинской помощи в госпиталях тыла.

---

*Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О., Журавлева К.В.*

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

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

Лечение генерализованного пародонтита на настоящий момент не только представляет серьезную проблему в стоматологии, но и является важной социальной задачей. Поэтому в центре внимания врачей-стоматологов находятся вопросы разработки и внедрения новых методов и подходов к лечению, основывающихся на коррекции ведущих звеньев патогенеза воспалительного процесса. Согласно современному представлению, одним из пусковых механизмов развития генерализованного пародонтита, являются мембраноповреждающие процессы в тканях пародонта, среди которых важная роль принадлежит балансу перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной (АО) защиты. Это делает возможным применение в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом препаратов – пробиотиков, обладающих рядом антиоксидантных свойств

Целью настоящего исследования изучение эффективности применения пробиотика «Ацилакт сухой» в схеме местной медикаментозной терапии генерализованного пародонтита I степени в стадии обострения.

Материалы и методы: группа из 32 пациентов с генерализованным пародонтитом I степени в стадии обострения, которым, после снятия на зубных отложений, включали «Ацилакт сухой» в схему местной противовоспалительной терапии. Смесь препарата с сорбентом вводили в пародонтальные карманы на 30 минут под индивидуальную капю.

Результаты исследования. При клиническом обследовании пациентов через 8-9 дней было выявлено, что десневой край плотный, бледно-розовый, кровоточивость не определялась, дёсна плотно охватывали шейки зубов. Через 1 месяц после местного лечения – цвет дёсен бледно-розовый, кровоточивость не определялась, пародонтальные карманы отсутствовали, отмечено незначительное отложение мягкого зубного налета. При осмотре через 3 месяца у 25 (78%) из 32 пациентов отмечены клинические признаки стойкой ремиссии генерализованного пародонтита I степени и стабилизация воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, по сравнению с пациентами, которые лактобактерин в схеме противовоспалительной терапии не получали – 8 (25%) из 32 пациентов.

Выводы: использование пробиотика «Ацилакт сухой» позволило сократить сроки, повысить эффективность местной медикаментозной терапии генерализованного пародонтита I степени в стадии обострения, достичь стойкого клинического эффекта, повысить процент стабилизации воспалительно-деструктивного процесса в пародонте. Отмечена простота и доступность метода.

*Осипенкова Т.С., Максютенко С.И., Ахмедов С.Р*

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

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРАДОНТИТА**

Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются одной из наиболее сложных и распространенных форм патологии и основной причиной потери зубов среди взрослого населения. Применяемые лекарственные средства с антиоксидантным действием обладают доказанной эффективностью, поэтому разработка и внедрение новых методов применения препаратов данной группы для лечения воспалительных заболеваний пародонта является актуальной задачей.

Цель исследования: определить целесообразность и эффективность дифференцированного назначения про- и антиоксидантов пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови.

Материалы и методы: Обследовано 69 больных с генерализованным пародонтитом. Для оценки состояния пародонта, использовали индексы РМА, индекс кровоточивости, ПИ Рассела, пробу Кулаженко, учитывали количество пораженных секстантов. В крови определяли биохимические показатели: уровень диеновых конъюгатов (ДК), содержание малонового диальдегида (МДА), показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ), каталазу, супероксиддисмутазу (СОД), антиокислительную активность (АОА). Всем пациентам проводили комплексную противовоспалительную терапию и кюретаж пародонтальных карманов. Затем больных распределяли на группы в зависимости от интенсивности процессов ПОЛ. Анализ вышеуказанных показателей дал возможность выделить первую группу больных: со значениями: РМА –  $44,8 \pm 1,20\%$ , индекс кровоточивости –  $4,08 \pm 0,07$  баллов, ПИ Рассела –  $2,68 \pm 0,02$  у.е., проба Кулаженко –  $49,2 \pm 1,4$  с., поражено 2-3 секстанта верхней и нижней челюстей; ДК –  $2,41 \pm 0,07$  у.е., МДА –  $10,6 \pm 0,9$  мкмоль/гбелка, ПГЭ –  $9,78 \pm 0,54\%$ ; каталаза –  $13,88 \pm 0,09$  Мкатал/л, СОД –  $0,116 \pm 0,07$  Е/мгбелка, АОА –  $54,6 \pm 6,7\%$ . Для другой группы больных генерализованным пародонтитом были характерны выраженные признаки воспаления тканей пародонта с показателями РМА, индекса кровоточивости, ПИ Рассела, пробы Кулаженко – достоверно ниже, чем в первой группе, количество пораженных секстантов – 5-6; биохимические показатели – ДК, МДА, ПГЭ, каталаза, СОД, АОА – достоверно ниже, чем в первой группе. Пациентам первой группы в традиционную схему лечения препараты антиоксидантного действия не назначали; больным второй группы в первые 3 суток проводили прооксидантную коррекцию ПОЛ, назначая препарат общего и местного прооксидантного действия «Делагил» – per os по  $0,25 \times 1-2$  раза в день и местно в виде инъекций по переходной складке по 1 ml 5% раствора через день, а в последующие 6 суток антиоксиданты общего (per os «Квертин» по  $0,04 \times 2$  раза в день) и местного действия (30% раствор токоферола ацетата в виде инстиляций и аппликаций на десну каждый день); курс лечения – 9 дней.

Результаты исследования: у больных первой группы на 6-е сутки в мазках-отпечатках раневого экссудата были зарегистрированы признаки активной репарации (полибласты, фибробласты). На 9-е сутки десна соответствовала понятию «здоровая». При обследовании через 2 года рецидив заболевания был отмечен у 89,7% больных. У больных второй группы в комплексное лечение которых дополнительно включались сначала препараты прооксидантного, а затем антиоксидантного действия, были получены схожие положительные клинические результаты.

Выводы: полученные результаты подтверждают целесообразность дифференцированного назначения препаратов коррегирующих ПОЛ (про- и антиоксидантов) пациентам с вялотекущим воспалительным процессом в пародонте и достоверно низким уровнем продуктов ПОЛ в крови.

*Осипенкова Т.С., Мозговая Н.В., Можейко В.М.*

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

## **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ АНТИ-БАКТЕРИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

Цель: – оценить противогрибковую эффективность препарата «Лактофилтрум» при системном антибактериальном лечении генерализованного пародонтита.

Материалы и методы: нами были обследованы 53 пациентов в возрасте 25-52 года, страдающих генерализованным пародонтитом. Изучали состояние слизистой оболочки полости рта с целью выявления кандидоза при осмотре и в процессе лечения у пациентов. Оценка пародонта проводили при помощи пародонтального индекса и пробы Шиллера – Писарева. При клиническом осмотре у всех обследуемых пациентов обнаружено гноетечение из патологических карманов, что послужило основанием для назначения антибиотика линкомицина по 0,5г 3 раза в день в течение 7 дней. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (основная, 26 человек) для профилактики кандидоза в комплексном лечении генерализованного пародонтита назначали лактофилтрум по 1 таблетке 2 раза в день в течение 14 дней., за час до приема пищи. Во второй группе (контроль, 27 человек) с той же целью назначали нистатин по 1 таб. 3 раза в день. Параллельно с общей терапией пациентам обеих групп проводили местное лечение пародонтита. По окончании лечения проводили лабораторные исследования соскоба со слизистой оболочки на обнаружение активного гриба кандиды.

Результаты: На первичном осмотре пациентов клинические признаки кандидозного глоссита были выявлены у 17 человек, что составило 32% случаев. Спустя неделю после проведенного местного и общего лечения, состояние пародонта у пациентов обеих групп значительно улучшилось: прекратилось гноетечение, купировались симптомы воспаления, исчезли неприятные субъективные ощущения. Проба Шиллера-Писарева у пациентов основной и контрольной групп -отрицательная. Пародонтальный индекс в основной группе составил  $1,7 \pm 0,11$  балла, в группе сравнения –  $1,9 \pm 0,10$  балла, что свидетельствовало о высокой эффективности проведенного лечения. Изменения состояния слизистой оболочки полости рта после антибиотикотерапии оказались разнонаправленными. В основной группе все пациенты (100% ) не предъявляли жалоб и не испытывали неприятных ощущений в полости рта. У 25% пациентов ( 7 человек), отмечавших в начале курса лечения сухость полости рта, жжение в языке и вязкость слюны, наблюдали полное исчезновение указанных симптомов. При лабораторном исследовании- признаков кандидоза обнаружено не было.

В группе сравнения в ходе антибиотикотерапии у двух пациентов (3,8%), имевших ранее клинические симптомы грибкового заболевания языка, но при первичном осмотре не верифицированного, развился кандидозный глоссит. Диагноз был подтвержден лабораторно. У восьми пациентов (15,2%), имевших в анамнезе хронические заболевания желчевыводящих путей, на третий день антибиотикотерапии и противогрибковой терапии отмечали ухудшение общего состояния.

Выводы: результаты проведенного исследования указывают на достаточную профилактическую эффективность лактофилтрума для профилактики активации кандидозной инфекции при системной антибиотикотерапии в комплексном лечении пациентов с генерализованным пародонтитом. К тому же, использование лактофилтрума снижает интенсивность эндогенного токсического состояния при приеме антибиотиков перорально и способствует нивелированию побочных воздействий при системной антибиотикотерапии..

---

*Осипов А.Г., Осипов Г.А., Пилюгин Г.Г.*

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

## **МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ ЭХОГРАФИИ ПРИ МАСТИТАХ НЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ**

В последнее время из-за снижения рождаемости, низкого уровня женского здоровья в целом, неблагоприятной ситуации по заболеваемости туберкулезом и СПИДом, табакокурения, пирсинга со-



сков, проведения различных видов маммопластики, особенно с использованием полиакриламидных композиций мастит непослеродовой (МНПР) встречается чаще, чем лактационный.

Цель данной публикации – анализ и популяризация собственного опыта УЗ диагностики и мини-инвазивных вмешательств (МИВ) при МНПР.

Результаты и их обсуждения. Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 567 женщин с клиническими признаками МНПР показал следующее. По результатам комплексной диагностики с использованием маммо- и эхографии (ЭГ), цито- и патогистологии обозначены следующие формы МНПР: киста с воспалением ( $n = 207 - 36,5\%$ ), перипротоковый мастит ( $n = 182 - 32,1\%$ ), гнойный галактофорит ( $n = 73 - 12,9\%$ ), абсцесс ( $n = 64 - 11,3\%$ ), идиопатический гранулематозный мастит ( $n = 41 - 7,2\%$ ). Кисты с воспалением эхографически отличались правильной формой, подвижной внутренней взвесью с горизонтальным уровнем или без него, инфильтрацией окружающих тканей. Часто гомогенное внутреннее эхо напоминало солидные структуры. Сроки лечения после простой аспирации – 2-3 дня. Комплексные кисты с толстыми стенками, внутренними перегородками, солидными включениями и высоким (до 31,0%) онкопотенциалом нуждались в трепан-биопсии. Перипротоковый мастит отличался отсутствием дуктэктазии, деформированными, местами суженными протоками, сходящимися к соску и на фоне инфильтрации окружающих тканей напоминающими обгоревшее дерево. Проводили только противовоспалительную терапию. Сроки лечения до 7 дней. При абсцедировании (2-3%) использовали пункции или дренирования под контролем ЭГ. Для гнойного галактофорита были характерны расширение (0,4-1,2 см) молочных синусов, флотация эховзвеси и стрим-эффект – окрашивание протока при сканировании и компрессии в режиме цветового доплеровского картирования. Метод выбора – черезсосковое дренирование молочного синуса под контролем ЭГ. Сроки лечения до 2 недель. При абсцессах ЭГ отображает 3 варианта гнойной деструкции: одно-, многокамерный абсцесс и апостематозный мастит. ЭГ картина апостематозного мастита напоминает пчелиные соты. Однокамерный абсцесс лоцируют как неправильной формы, неоднородное, ан- гипозоногенное образование с неровным контуром, нечеткой границей, мелкими гиперэхогенными включениями, симметричными латеральными тенями, незначительным задним усилением, более или менее выраженной стенкой и флотирующим содержимым. Для многокамерного абсцесса характерны все перечисленные признаки, но при этом не менее двух рядом расположенных гнойников отличаются неправильной формой и наложением латеральных теней. Тактически значимым эхопризнаком является перемещение содержимого из одной камеры в другую. Структурно-динамические особенности абсцесса определяют выбор МИВ – аспирацию или дренирование. Срок лечения от 1 до 2 недель. При идиопатическом гранулематозном мастите ЭГ семиотика, выбор МИВ и сроки лечения зависят от стадии процесса (инфильтрат – абсцесс – свищ).

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными нозологическими формами МНПР являются киста с воспалением (36,5%), перипротоковый мастит (32,1%), галактофорит (12,9%), абсцесс (11,3%), идиопатический гранулематозный мастит (7,2%). Сонография позволяет выявить патогномичные признаки отдельных форм МНПР, с точностью до 98,0% что обеспечивает дифференциальный диагноз и визуальный контроль за МИВ.

---

*Османова Г.Я.*

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

## **РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**

Введение: воспалительные заболевания суставов, такие как ревматоидный и псориатический артриты характеризуются хроническим эрозивным поражением и часто – вовлечением внутренних органов. В патогенезе и прогрессировании заболеваний принимают участие провоспалительные цитокины (например, TNF $\alpha$ , IL-6), эти же цитокины нарушают сигнальные пути инсулина и могут вызвать инсулинорезистентность. Кроме этого, достаточно часто при лечении артритов используются глюкокортикоиды, что увеличивает риски развития сахарного диабета. Боль в суставах, их деформация и

дефигурация, приводящие к снижению двигательной активности, способствуют увеличению веса, что является дополнительным фактором риска развития диабета 2 типа.

Цель: оценить 10-летний риск сахарного диабета 2 типа по шкале FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score) у пациенток с воспалительными заболеваниями суставов.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 58 больных в возрасте от 27 до 75 лет, проходивших лечение в отделении ревматологии ГУЗ ГКБ СМП №25 г. Волгограда с 2021 по 2022 годы. Пациентам выставлялся диагноз: псориатический артрит (критерии CASPAR 2006 года) и ревматоидный артрит (EULAR, 2010). Всем больным было проведено анкетирование с использованием шкалы FINDRISC. Низкий уровень риска развития СД при наборе менее 7 баллов, 7-11баллов – слегка повышенный риск, умеренный – 12-14 баллов, высокий риск – 15-20 баллов, очень высокий – более 20.

Обсуждения и результаты: Из 58 больных, участвовавших в исследовании: у 16 пациенток (28%) отмечался низкий уровень риска сахарного диабета, у 25 (44%) – слегка повышенный, у 9 (15%) – умеренный, и у 8 опрошенных (14%) – высокий риск сахарного диабета. Средняя продолжительность болезни у пациенток с умеренным и высоким риском СД – 8,5лет.

Особый интерес вызывают пациенты с умеренным и высоким риском развития сахарного диабета. Из 17 пациенток 11 (66%) имели высокую активность артрита по индексу DAS28 и 6 (34%) – среднюю степень активности. Более 50% больных этой группы принимали глюкокортикоиды (ГК): 5 (34%) из них – периодически (1-2 раза в год) получали препараты парентерально, 4 (25%) – перорально, в среднем 10 мг в день. Остальные 8 пациенток (41%) отрицали прием ГК.

Таким образом, 42 (73%) больных с воспалительными заболеваниями суставов имели повышенный риск развития СД: от слегка повышенного до высокого. Из традиционных факторов риска, чаще всего отмечались повышение ИМТ и малоподвижный образ жизни. Но учитывая, что в группе пациентов с умеренным и высоким риском СД, все больные имели высокую и среднюю степень активности артрита, можно сделать вывод о влиянии характера течения заболевания на увеличение риска развития СД. Кроме того, одним из дополнительных факторов является, видимо, применение этими больным ГК.

Выводы: Таким образом, воспалительные заболевания суставов повышают 10летний риск развития сахарного диабета 2 типа, что требует тщательного мониторингования и проведения первичной профилактики у пациентов этой группы.

---

*Остренко В.В., Бакалова А.Д.*

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

## **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОНЕЦКА**

Цель: проанализировать показатели инфекционной заболеваемости у жителей 9 районов города Донецка, проживающих в условиях техногенного загрязнения биосферы во время локального военного конфликта и пандемии COVID-19, для разработки прогноза риска развития патологии.

Материалы и методы. В качестве объекта загрязнения окружающей среды была выбрана максимальная кратность превышения уровня концентрации 12 тяжелых металлов и других химических веществ в почве. Нами проанализирована инфекционная заболеваемость по ряду нозологий (сальмонеллез и ветряная оспа) среди жителей экокризисного региона, в течение 4-х временных периодов: I- довоенного (2012-2013 гг.), II-переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) III-стабильного военного (2017-2019 гг.), IV пандемии COVID-19 (2020-2021 гг.).

Результаты и их обсуждение. При анализе данных о заболеваемости сальмонеллезом было установлено снижение изучаемых показателей в военный переходный период по сравнению с довоенным уровнем, в военный стабильный период отмечен рост, а в период пандемии COVID-19 тенденция к снижению показателей инфекционной патологии. Исключение составила группа загрязненных окраинных районов (Б., Пр.) не пострадавших от боевых действий, в которой регистрировалось повышение уровня заболеваемости сальмонеллезом во II периоде при снижении в III. Показатели заболеваемо-

сти сальмонеллезом в группе загрязненные окраинные районы (Кир., Ку., П.) и в группе загрязненные центральные районы (Ка., Ки., Л.), в III периоде были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе районов (Б., Пр.) и в стабильный военный период. В тоже время максимальный уровень заболеваемости сальмонеллезом в первые три периода были выявленные в группе загрязненные центральные районы (Ка., Ки., Л.), а минимальные – в течение всех анализируемых периодов в группе загрязненные окраинные районы (Б., Пр.) не пострадавших от боевых действий, за исключением периода II пандемии, когда минимальный уровень заболевания был в группе загрязненные окраинные районы (Кир., Ку., П.). В тоже время анализ динамики заболеваемости ветряной оспы показал аналогичные изменения с заболеваемостью сальмонеллезом. При этом в довоенный период заболеваемость ветряной оспы в контрольном районе В. были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем во II периоде начала боевых действий. В тоже время максимальный уровень заболеваемости ветряной оспой в течение трех периодов (I, II, IV) были выявленные в группе загрязненные окраинные районы (Кир., Ку., П.), а в III периоде среди группы районов (Б., Пр.), в то же время минимальные – в течение II-IV периодов в группе загрязненные окраинные районы (Б., Пр.) не пострадавших от боевых действий, за исключением периода II пандемии, когда минимальный уровень заболевания был в группе в контрольный район В., а в I периоде среди группы районов (Б., Пр.). Были установлены уровни прямой ранговой корреляции системы Кендалла и Спирмена ( $p < 0,05$ ) показателей заболеваемости сальмонеллезом и содержанием марганца и ртути:  $\text{Tau}=0,642$  до  $\text{Tau}=0,569$  и  $\text{Ro}=0,743$ , а также заболеванием ветряной оспы и содержанием кадмия, таллия и мышьяка:  $\text{Tau}=0,836$  до  $\text{Tau}=0,588$  и  $\text{Ro}=0,803$ . Анализируя источники поступления ксенобиотиков (предприятия химической коксохимической и металлургической промышленности, а также процесс сжигания твердого топлива в теплоэнергетических установках, образование несанкционированных свалок), которые обусловлены наличием объектов, расположенных в окраинных районах города. Полученные нами данные позволяют проанализировать риски развития инфекционных заболеваний населения при потенциальном воздействии химических веществ и последствий стресс-индуцированных состояний, усугубляющих действие химических веществ.

*Островский И.М., Чупрова Л.В.*

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

## **ОБРАЗ ЖИЗНИ, СОН И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ**

Цель. Анализ влияния образа жизни современных подростков на сон.

Материалы и методы. Проведено и интернет-анкетирование 705 молодых людей в возрасте от 14 до 25 лет, в том числе 182 подростков 14-17 лет. Проанализированы следующие позиции анкет: возраст, пол, время у компьютера, курение, занятия перед сном, длительность сна, количество просыпаний ночью, характер сновидений, легкость пробуждения, самочувствие после пробуждения, жалобы в последнее время. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Microsoft Office Excel 7.0» и «Statistica 7.0». Учитывали значение показателя доли (M%) и его стандартной ошибки (m%). Достоверность разницы относительных величин рассчитывали с использованием парного сравнения доли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Не все отвечали на все вопросы, поэтому сумма ответов на конкретный вопрос может быть меньше 182.

Средний возраст – 16 лет 4 месяца. Юношей – 41 (22,5%), девушек – 142 (77,5%).

Сидят за компьютером менее 5 часов в сутки (группа А) – 66 человек 36,3% (в т.ч. менее 2 часов – 9, 5%), более 5 часов (группа В) – 111, 63,7% (в т.ч. более 10 часов – 34, 18,7%).

Перед сном проводит время у экрана (ТВ, компьютер, телефон) 81 (44,5%), без экрана обходятся 42 (23,7%), учатся – 44 (24,2%).

В будни более 9 часов ночью спят семеро (4,1%), 7-8 часов в сутки спят 84 (49,8%), менее 7 часов – 78 (46,1%), в том числе менее 6 часов – 61 (36,1%), и в том числе 24 утверждают, что спят менее 5 часов.

Ночью спят не просыпаясь – 105 (57,7%), просыпаются 1-2 раза – 67 (36,8%), а еще 10 (5,5%) – просыпаются 3 и более раз.

Спят без снов или видят хорошие и нейтральные сны – 128 (70,3%), плохие, странные и разные видят 48 (26,4%). Легки на подъем 74, трудно разбудить – 87.

После сна бодрые и энергичные – всего 33 (18,1%), тогда как вялость и/или раздражительность по утрам испытывают 140 (76,9%).

Время за компьютером прямо пропорционально количеству чувствующих вялость по утрам. Так, в группе А вялыми просыпаются 63,6±5,92%, а в группе В – 85,6±3,33%,  $p<0,002$ .

Занятия перед сном также влияют на качество сна. Так, среди тех, кто проводит время перед экраном, вялых – 44,3%, а среди тех, кто читает или слушает музыку, – только 20,7% (достоверность не достигнута).

В группе А видят плохие сны только 11 (16,9 ±4,61%); в группе В – 35 (31,5 ±4,41%), разница достоверна ( $p<0,05$ ).

Не предъявляют жалоб или предъявляют всего одну – 15 человек «бодрых» (48,5±8,71%), тогда как таковых среди «вялых» – всего 20,7±3,49%,  $p<0,005$ . Все жалобы, (кроме «плохой аппетит») «вялые» испытывают чаще, чем «бодрые», но достоверно чаще жалуются на головную боль ( $p<0,05$ ), плохой сон ( $p<0,01$ ), плохую память ( $p<0,02$ ) и боль в пояснице ( $p<0,01$ ).

Курение, «крепость» сна, количество просыпаний ночью, пол не влияют у подростков на утреннее самочувствие.

Выводы:

1. Большая часть подростков отмечает плохое качество сна.
2. Качество сна лучше у тех, кто перед сном читает или слушает музыку, чем у тех, кто проводит время у экрана.
3. Увеличение времени у компьютера более 5 часов в день уменьшает длительность ночного сна, ухудшает качество сновидений и увеличивает частоту плохого самочувствия.
4. Ухудшение качества сна приводит к достоверному увеличению жалоб, в частности, на головную боль, плохой сон, плохую память и боль в пояснице.

---

*Павленко С.Г., Евлевский А.А., Бердыш Д.С.*

НОЧУ ВО «Кубанский Медицинский институт», г. Краснодар

## **ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКА И ПЕКТИНОЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Термины пектинопрофилактика и пектинолечение прочно вошли в клиническую практику. Это подтверждается тем, что использование пектина нашло широкое применение для профилактики и лечения различных заболеваний. Пектины обладают широким спектром физиологической активности, проявляют гипохолестеринемические, энтеросорбционные, антибактериальные, противоопухолевые, противовоспалительные, гемостатические, антиадгезивные и др. свойства. К примеру, отмечено широкое использование пектина в гастроэнтерологии, в том числе при тяжелых заболеваниях: язвенном колите и болезни Крона, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, эзофагитах, гастритах, дуоденитах, энтероколитах, грыже пищеводного отверстия диафрагмы и др. Этому способствуют уникальные свойства пектина – комплексообразующих, адсорбирующих, обволакивающих и антисептических. Кроме того, пектин нашел использование в хирургической практике.

Нами получены положительные результаты применения экстракта пектина в нормализации микрофлоры толстой кишки у больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста в предоперационном периоде, что в комплексе с хирургическими технологиями выразилось в снижении несостоятельности колоректального анастомоза до 1,3%.

В эксперименте на модели спаечного процесса в брюшной полости не только подтверждены антиадгезивные, но и выявлены репаративные свойства пектина. Крысам в брюшную полость вводился 5% гель пектина после физического (высушивание горячим воздухом), химического (перманганат

калия) и механического (скарификация брюшины и иссечение участка брюшины) воздействия на брюшину. В контрольной группе все животные погибли от перитонита и наружных кишечных свищей. В основной группе животные все выжили, в брюшной полости отмечены полная регенерация брюшины и образование единичных спаек. Данное исследование открывает перспективы создания отечественного противоспаечного геля на основе пектина.

Перспективным также нам видится и использование геля пектина и пектиновых пленок с заданными фармакологическими свойствами для лечения ожогов и трофических язв. Проведенные экспериментальные исследования воздействия пленок пектина на модель ожоговой раны показали ускорение перехода дегенеративно-воспалительной фазы в регенеративно-воспалительную фазу регенерации. Показано, что наиболее оптимальным является использование пектиновых пленок с иммуномодулятором (аминофталгидразид). Течение раневого процесса контролировалось изучением окрашенных мазков-отпечатков с поверхности раны.

Проведены работы по изучению гемостатических свойств яблочного и цитрусового пектинов на модели паренхиматозного кровотечения. Использовались крысы линии Wistar, которым наносились тангенциальные раны на печень и нижний полюс почки, а для гемостаза использовали порошок пектина. В сравнении с коагуляцией и гемостатической губкой, остановка паренхиматозного кровотечения порошком пектина происходила в более короткие сроки. Морфологические исследования раны паренхиматозного органа показали, что к 21-му дню эксперимента при использовании для гемостаза препарата пектина тканевая организация паренхимы печени и почки не отличалась от интактной.

Таким образом, дальнейшее исследование пектина несомненно приведет к созданию новых лекарственных средств и расширит горизонты познания влияния пектина на различные патологические процессы в организме.

---

**Павлов В.Б., Павлова А.Г.**

ГБУ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 7 г. Донецка»

## **КАРИЕС КОРНЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА**

Несмотря на имеющиеся в распоряжении врача-стоматолога-терапевта новейшие технологии и современные пломбировочные материалы проблема пломбирования кариеса корня остаётся актуальной. Трудности в лечении данной нозологической формы определяются возрастом пациентов, общим состоянием организма, поведенческими реакциями, вредными привычками, характером течения кариозного процесса, особенностями морфологии твёрдых тканей корня, локализацией кариозной полости и состоянием маргинальной десны.

Нами был проведен качественный и количественный анализ состояния зубов, поражённых кариесом корня, у 64 лиц обоего пола (22 мужчин (34, 37%) и 42 женщин (65,63%)) возрасте 18-92 лет, которые периодически обращались за стоматологической помощью в течение последних десяти лет. У мужчин в структуре индекса КПУ преобладает компонент «У», поэтому показатель поражения кариесом корня у мужчин ниже, чем у женщин. Сложные клинические варианты кариеса корня часто являются причиной удаления зубов, что приводит к адентии и потере жевательной эффективности. Следует отметить, что 55 пациентов (85,94%) с этой нозологической формой имеют плохую гигиену полости рта и множественный кариес.

Согласно полученным данным кариесу корня чаще подвержены моляры – 81 зуб, что составляет 64,8%. За ними следуют премоляры – 26 зубов (20,8%). Наиболее устойчивыми к кариесу корня в данной обследованной группе лиц оказались резцы и клыки – 18 зубов (14,4%). У моляров чаще поражены медиальные и дистальные поверхности корней – 24 (29,63%) и 26 (32,1%) соответственно, либо обе контактные поверхности одновременно. Та же картина наблюдается и у премоляров – 7 (26,93%) и 11 (42,31). Поскольку поражение корня, как правило, сопровождается воспалительными заболеваниями маргинальной десны, с их неизбежным спутником – кровоточивостью, это значительно осложняет процесс препарирования и последующего пломбирования. Придесневая стенка кариозной полости может располагаться выше уровня маргинальной десны, что является наиболее

комфортным условием в лечении кариеса корня, на уровне – в случае атрофии межзубного сосочка и ниже – при отсутствии рецессии десны, что затрудняет, а иногда делает невозможным использование коффердама и, как следствие, создание условий для надёжной герметизации пломбы. Поэтому кариес корня часто сопровождается его осложнёнными формами. В нашем исследовании 70 зубов были пролечены по поводу пульпитов и периодонтитов различных форм, что составляет 56%.

В связи с выше изложенным нами был разработан алгоритм лечения кариеса корня, адаптированный к условиям бюджетной стоматологии. План мероприятий включает посещение врача-стоматолога-терапевта 3-4 раза в год; проведение профессиональной гигиены полости рта; покрытие оголённых корней фтор-лаком; санация полости рта, различные техники пломбирования кариозных полостей в зависимости от расположения придесневой стенки кариозной полости по отношению к десне (открытый «сэндвич») и стоматологические материалы (предпочтение отдаётся СИЦ); поддерживающее пародонтологическое лечение; своевременное протезирование. Рекомендуем лицам, склонным к кариесу корня, один раз в три месяца применять ополаскиватель для полости рта, пользоваться помимо зубной щётки зубными ёршиками в случае рецессии десны и ирригаторами при симптоматическом гипертрофическом гингивите.

---

*Павлович Л.В., Брюханова С.Т., Ежелева М.И.*

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

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

Современные условия требуют от высшей школы постоянной перестройки системы подготовки высококвалифицированных специалистов, поиску новых технологий в образовательном процессе, направленных на приобретение студентами соответствующих знаний и умений, а также формированию необходимых профессиональных компетенций. С учётом объективно сложившейся ситуации, связанной с военными действиями на территории Донбасса, перед преподавателями медицинского ВУЗа была поставлена задача по-новому взглянуть на проблему организации образования студентов, а именно использовать в процессе обучения дистанционные образовательные технологии.

Предшествующий опыт аналогичной работы во время пандемии COVID-19 позволил сотрудникам кафедры гигиены и экологии им. проф. О.А. Ласткова оперативно разработать новую модель организации учебного процесса. Необходимо было организовать online обучение так, чтобы оно обеспечило необходимый конечный результат и было, как минимум, не хуже очного образования.

Преподаватели дополнили контентны всех изучаемых на кафедре дисциплин сайта ИОС университета новыми слайдами лекционных презентаций, учебными материалами, методическими указаниями, графическими схемами, таблицами, учебными пособиями и рекомендациями, тестовыми заданиями, ситуационными задачами, проектами, дидактическим материалом и нормативными документами, необходимыми для выполнения самостоятельной работы.

Кроме того, для более качественного овладения студентами практическими навыками, которые регламентируются универсальными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями, были созданы видеоролики с использованием лабораторного и инструментального оборудования кафедры, а также нормативно-технической документации, используемой в педагогическом процессе при очной форме обучения. Каждый студент может по специальной ссылке в любое удобное для него время неограниченное количество раз просматривать данный видеоматериал.

Практические занятия во всех группах проводятся в виде вебинаров, которые позволяют преподавателям максимально доступно излагать изучаемый материал, проводить опрос, анализировать и корректировать выполнение ситуационных заданий, которые направляются студентами для проверки в виде протоколов. Поскольку в ИОС предусмотрена возможность чат-общения, быстрого обмена сообщениями, каждый студент, при необходимости, может получить индивидуальную консультацию преподавателя по учебному материалу в любое время.

Как показала практика, развитие дистанционного обучения не только изменяет способы, методы и средства образовательного процесса в высшей школе, но и способствует интенсификации учебной деятельности, улучшает информационное ресурсное обеспечение, а систематическая работа с дистанционным курсом мотивирует студентов к более глубокому осмыслению изучаемого теоретического материала, значительно активизирует их самостоятельную познавательную деятельность, развивает самодисциплину.

Анализируя опыт внедрения в учебный процесс дистанционной формы обучения, можно констатировать, что она не только позволяет на достаточно высоком уровне осуществлять образовательный процесс, но развивает и совершенствует навыки работы с цифровыми технологиями как студентов, так и преподавателей, активно вовлекает студентов в процесс получения знаний, помогает обучающимся реализовывать собственные образовательные цели, направленные на развитие личности.

---

*Паламарчук Ю.С.*

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

## **ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА С ГИПОТИРЕОЗОМ**

Гипотиреоз, как исход хронического аутоиммунного тиреоидита, является одним из наиболее частых (до 25-30%) эндокринных заболеваний у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа). Известно, что присутствие гиперфильтрационного феномена при диабете индуцирует существенное увеличение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Не изучена фильтрационная способность почек у больных такой патологией, в том числе на фоне разных режимов глюкозоснижающей терапии.

Цель: изучить фильтрационную функцию почек у больных СД 2-го типа с гипотиреозом и оценить ее динамику на фоне нескольких режимов глюкозоснижающей терапии.

В исследование включено 98 пациентов СД 2-го типа средней степени тяжести без явного диабетического поражения почек и манифестным гипотиреозом в исходе хронического аутоиммунного тиреоидита. Методом случайной выборки пациенты были распределены в 4 однотипные группы наблюдения. В группу 1 вошли 24(24,5%) пациента, которые получали метформин и гликлазид; в группу 2 включено 23(23,5%) пациента, которые получали метформин и производный глюкагонподобного пептида-1 (ГПП-1); в группу 3 включено 25(25,5%) пациентов, которые получали метформин и ингибитор дипептидилпептидазы-4; в группу 4 включены 26(26,5%) человек, которые получали метформин и ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (НГЛТ-2). Все больные получали заместительную терапию тиреоидными препаратами. Контрольную группу составили 11 здоровых мужчин и 14 женщин аналогичного возраста.

СКФ рассчитывали по формуле Кокрофта-Голта до начала лечения и через 3 месяца.

Для статистической обработки применялся пакет программ Statistica 6,0.

Исходные величины СКФ во всех группах больных были статистически достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в контроле ( $110,8 \pm 1,6$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>), что, по нашему мнению, является отображением снижения фильтрационной способности почек, индуцированной комплексом вторичных механизмов: гемодинамических (за счет поражения сердца при микседеме с развитием сердечной недостаточности и дистрофии миокарда), гипотиреоидных (гиповолемия и отечный синдром, в том числе и мозгового слоя почек), нарушения интрагломерулярной гемодинамики, индуцированной утратой тиреоидной функции.

При исследовании СКФ в группах больных в динамике наблюдения установлено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение СКФ. Так в группе 1 СКФ увеличилась с  $87,3 \pm 1,1$  до  $89,0 \pm 1,5$  (разница 1,7,  $p = 0,04$ ); в группе 2 – с  $87,4 \pm 1,2$  до  $96,7 \pm 1,7$  (разница 9,3,  $p < 0,01$ ); в группе 3 – с  $87,5 \pm 1,0$  до  $92,0 \pm 1,3$  (разница 4,5,  $p = 0,02$ ); в группе 4 – с  $87,3 \pm 1,7$  до  $99,2 \pm 1,9$  (разница 11,9,  $p = 0,008$ ) мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>.

У больных СД 2-го типа с гипотиреозом вместо предполагаемой (ожидаемой) гиперфильтрации, напротив, получены результаты, свидетельствующие о вторичной утрате функции почек, индуци-

рованной комплексом экстраренальных причин. Сравнительная оценка 4-х режимов глюкозоснижающего лечения продемонстрировала более эффективную способность комбинации метформина с ингибиторами ГПП-1 и метформина с ингибиторами НГЛТ-2 восстанавливать функцию почек. Мы считаем, что полученные результаты являются отражением фармакокинетических и фармакодинамических особенностей современных глюкозонормализующих средств (ингибиторов ГПП-1 и НГЛТ-2) относительно комплекса их рено- и кардиопротективных возможностей.

*Панин С.И., Михин Е.С., Строганова Е.П., Арутюнов Г.Г., Кандыбина И.Г., Китаева А.В., Михин И.В.*

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

## **СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Актуальность.** Согласно докладу главного хирурга Минздрава РФ, А.Ш.Ревишвили, тенденция роста лапароскопических ушиваний перфоративных язв (ПЯ) неустойчивая. За последние 5 лет только десятая часть больных была прооперирована лапароскопически, что обуславливает необходимость целенаправленного обучения оперирующих хирургов лапароскопическим методикам и дальнейшему изучению возможностей использования всего спектра миниинвазивных технологий. Альтернативой лапароскопическому ушиванию является лапароскопически-ассистированное ушивание из минидоступа. При этом, эффективность различных миниинвазивных вмешательств сравнивается с лапаротомными операциями и опубликованы лишь единичные исследования, по сравнительной оценке нескольких миниинвазивных технологий между собой.

**Цель.** Сравнительный анализ результатов лапароскопического ушивания и лапароскопически-ассистированного минилапаротомного ушивания ПЯ.

**Материалы и методы.** Проведено контролируемое нерандомизированное проспективное исследование на клинических базах ВолГМУ. Изучены результаты лечения 181 пациента с ПЯ. Основная группа – 32 (17,6%) больных, перенесших лапароскопическое ушивание. Вторая группа – 149 (82,4%) пациентов, перенесших лапароскопически ассистированное ушивание из минидоступа. В группе больных, перенесших лапароскопические операции, было 78% (n=25) мужчин и 22% (n=7) женщин, средний возраст составил 43 года. Среди пациентов, оперированных лапароскопически-ассистированным способом, средний возраст практически не отличался и составил 40 лет. (p=0,25) Мужчин также было больше – 88%, (n=131), чем женщин 12% (n=18). В обеих группах преобладали серозные и серозно-фибринозные формы перитонита: 84% в группе лапароскопических ушиваний и 87% в группе пациентов, оперированных лапароскопически-ассистированным способом. Гнойный перитонит имел место в 16% и 13% наблюдений соответственно (p=0,88).

**Результаты и обсуждение.** Лапароскопические операции были короче по времени – в среднем 50 (20-140) минут, при минидоступе – 60 (20-160) минут. Также в группе лапароскопических ушиваний выявлено статистически достоверное уменьшение срока стационарного лечения: 4,8+1,6 дней против 11,9+1,2 в группе минидоступа (p<0,001). Послеоперационные осложнения имели место в 1 (3,1%) наблюдении при лапароскопическом и в 5 (3,4%) случаях при лапароскопически-ассистированном способе ушивания. В 1 (3,1%) наблюдении после лапароскопического и в 4 (2,7%) после минилапаротомного ушивания были выполнены санационные релапароскопии, также в 1 (0,67%) случае, после лапароскопически-ассистированной операции, потребовалась повторная операция с ушиванием десерозированного участка тонкой кишки. Послеоперационная летальность в основной группе не отмечена, в группе сравнения умер 1 (0,67%) пациент (p>0.05).

**Выводы.** В проведенном нами исследовании не выявлено значимых различий между лапароскопическими и лапароскопически-ассистированными операциями по частоте встречаемости послеоперационных осложнений, количеству реопераций и уровню послеоперационной летальности. В послеоперационном периоде длительность стационарного лечения пациентов более продолжительна после лапароскопически-ассистированного ушивания из минидоступа.



*Папков В.Е.*

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

## **РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

Актуальность комплексного изучения этиологии, патогенеза и профилактики расстройств аутистического спектра (РАС) обуславливает тот факт, что причины данной патологии социализации детей еще не выяснены (В.М. Башина, 2020). При этом, обсуждается возможность наличия множественности этиологических и патогенетических факторов (переменных), способствующих развитию РАС.

В тоже время, поданным Департамента служб развития Калифорнии (CDDDS, 2021), происходит непрерывное увеличение распространенности РАС с нарастающим ускорением. Такого рода кривую увеличения распространенности РАС (CDDDS, 2021) можно отнести к гиперболическим кривым, описываемым уравнениями квадратичного роста. Если ее в таком же временном и популяционном масштабе наложить на кривую графика эволюционной численности населения мира (С.П. Капица, 1999), то можно обнаружить обратную зависимость от кривой демографического роста человечества, что позволяет связать эти процессы как автомодельные и обуславливающие эпидемиологическую ситуацию РАС (В.Е. Папков, 2021). Автомодельность или самоподобие в математическом моделировании физических процессов предполагает сведения большого количества факторов изучаемого процесса – переменных функции к одной или двум автомодельным переменным. Так, С.П. Капица, к примеру, вычисляет функцию (N) прогнозируемого населения на последующий момент времени (t) 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:  $DN/Dt = N^2 / K^2$ , где введено время  $t=T/t$ , измеряемое в условных поколениях  $t=45$  годам, а  $K = (C/t) 0.5 = 64000$  – безразмерная константа роста (С.П. Капица, 1999). Следует отметить, что демография содержит достаточно громоздкую матрицу факторов, влияющих на рост человечества, от которых С.П. Капица, предварительно рассмотрев, отказался в пользу автомодельной функции квадратичной зависимости гиперболического типа.

Таким образом, определяя функцию ускоряющегося увеличения распространенности (эпидемиологии) РАС как автомодельную, следует также учитывать то обстоятельство, что эта особенность, в некотором роде, делает ее независимой от других переменных: как этиологических и патогенетических факторов, так и попыток противодействия этой эпидемии, не принимая во внимание, что это не столько эпидемиологический, в классическом понимании, процесс, а процесс, имеющий демографическое и глобальное измерение, в том числе, попадающего под определение самоподобной или автомодельной функции. Поэтому, определение функции распространенности РАС, как автомодельной, резко снижает формально-каузальную множественность причин этой патологии социализации, сводя их к моно фактору психогигиенической природы. Что, в свою очередь, позволяет подтвердить наши выводы о семиотической природе РАС, полагая формирование РАС как кодовую деградацию семиотической структуры языка и эгоцентрической речи, обусловленную утратой родительских компетенций институтом современной плюралистической семьи.

Такое объяснение природы эпидемиологии РАС, как автомодельной и сопровождаемой гиперболическим ростом утраты родительских компетенций, позволяет отсутствие последних отнести к латентному фактору аутизации, который моделирует родители в своей коммуникации, используя заведомо дефектные, с точки зрения нормального онтогенеза ребенка, семиотические однокодовые системы языка. В связи с чем актуальным становится решение проблемы раннего, желательного еще дородового, скрининга выявления латентного (семиотического) фактора риска РАС и начала программ соответствующего психогигиенического обучения семей групп риска.

*Парамонова Н.С., Мацюк Т.В., Руссу М.В.*

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

## **ИНГИБИТОРНО-ПРОТЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Актуальность. Исследование эластазы (Э) и ингибиторов протеолиза, как важных маркеров воспаления бронхолегочной системы, всегда привлекало внимание исследователей. В ряде работ показано, что дисбаланс активности эластазы и ее ингибиторов (антипротеазный ингибитор (a1-антитрипсин) (АПИ),  $\alpha$ 2-макроглобулин (МГ)) в сторону повышения активности протеолиза может приводить к деструктивным изменениям в легких. Освобождение эластазы и ее поступление во внеклеточное пространство рассматривается как основное звено патогенеза многих заболеваний, сопровождающихся воспалением и нейтрофильной инфильтрацией тканей. В настоящее время большое внимание уделяется также дисплазии соединительной ткани (ДСТ), как фактору модифицирующему течение многих заболеваний. Доказано, что соединительнотканная дисплазия в респираторной системе проявляется, прежде всего, нарушением структуры мышечно-хрящевых комплексов трахеи и бронхов, что приводит к ослаблению их тонуса, и, как следствие, развитию дискинезии трахеобронхиального дерева, снижению мукоцилиарного клиренса и ухудшению дренажных свойств нижних дыхательных путей. Вероятно, развитие более выраженного неконтролируемого протеолиза у пациентов с заболеваниями респираторного тракта, протекающими на фоне ДСТ, что может приводить к большей распространенности и тяжести течения патологического процесса в легких, способствовать хронизации процесса.

Цель: Цель работы – оценить состояние ингибиторно-протеазной активности сыворотки крови у детей с заболеваниями бронхолегочной системы на фоне признаков дисплазии соединительной ткани и без, оценить ее диагностическую значимость.

Материалы и методы. Объект исследования – 60 детей и подростков с заболеваниями нижних дыхательных путей, находившихся на стационарном обследовании и лечении в 4 отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». У всех обследованных пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей определены показатели протеолитической системы сыворотки крови – Э, АПИ, МГ и проведена оценка интенсивности протеолитических процессов (суммарная ингибиторная емкость (СИЕ), индекс протеолиза (ИП)).

Результаты. НДСТ различной степени выраженности была диагностирована у 80% детей, причем в большей степени для них были характерны изменения со стороны опорно-двигательного аппарата. При анализе степени выраженности дисплазии у пациентов установлено, что около половины детей (43,3%) имели умеренную и выраженную степень дисплазии, 56,7% – легкую степень. Показатели активности Э, АПИ, СИЕ, ИП были достоверно выше, а ингибиторная активность МГ ниже у детей с заболеваниями нижних отделов респираторного тракта, протекающими на фоне ДСТ по сравнению с пациентами без дисплазии.

Выводы. У пациентов с заболеваниями нижних отделов дыхательных путей (острый бронхит, пневмония), протекающими на фоне ДСТ частота выявления внешних и внутренних маркеров ДСТ составила 80%, наиболее часто у пациентов этой группы отмечались признаки ДСТ, характерные для торакодиафрагмального синдрома; достоверно чаще выявлялась сопутствующая патология других органов и систем. Установлены нарушения в системе протеолиз – антипротеолиз, характеризующиеся повышением активности протеолиза на фоне снижения антипротеолитической защиты у детей с заболеваниями нижних дыхательных путей, зависящие от наличия признаков ДСТ. Дисбаланс активности эластазы и ее ингибиторов в сторону повышения активности протеолиза может приводить к деструкции легочной ткани и способствовать поддержанию воспалительного процесса, его рецидивированию и хронизации.

*Парамонова Н.С., Мацюк Т.В., Руссу М.В., Дрокина О.Н.*

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

## **ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Актуальность. На современном этапе большое внимание уделяется особенностям течения различных заболеваний, протекающих на фоне дисплазии соединительной ткани, поскольку соединительная ткань, занимая доминирующее положение в организме, участвует в обеспечении многих функций в организме. Наличие соединительной ткани во всех органах обуславливает системность поражения при ее дисморфогенезе и высокую вероятность одновременного формирования различных патологических состояний. Особого внимания в аспекте рассмотрения особенностей патологии, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, заслуживают заболевания нижних дыхательных путей. В основе поражения бронхолегочной системы при недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) лежат функциональные нарушения мышечно-хрящевых структур трахеобронхиального дерева и альвеолярной ткани, проявляющиеся в снижении тонуса бронхиальной стенки с формированием бронхоэктазов и трахеобронхиальной дискинезии. Ввиду несостоятельности эластического каркаса легких, субплеврального расположения булл возможно развитие спонтанного пневмоторакса, который является частым осложнением НДСТ со стороны бронхолегочной системы.

Цель исследования – определить особенности морфологических изменений легких и плевры у детей с НДСТ, оперированных по поводу спонтанного пневмоторакса на фоне буллезной мальформации легких.

Материалы и методы. На базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» было обследовано 12 пациентов, у которых развился спонтанный пневмоторакс (СП) на фоне буллезной мальформации легких.

Результаты. У всех детей с первичным СП была диагностирована НДСТ различной степени выраженности. Отмечались различные деформации грудной клетки и позвоночника, плоскостопие, миопия, гипермобильность суставов, пролапсы клапанов и другие признаки, характерные для недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Проведение диагностической компьютерной томографии перед оперативным лечением позволило провести оценку состояния легочной паренхимы и плевры. Буллы были выявлены у 64,3% пациентов. Воздушные полости визуализировались в количестве от 1-2 до 8-10 и более и имели локализацию исключительно в верхних сегментах легкого. Участки центриацинарной эмфиземы определялись у 7 (58,3%) пациентов в виде четко отграниченных зон повышенной пневматизации, при этом участки эмфиземы визуализировались также в верхних отделах легких. Локальный и перибронхиальный фиброз был зарегистрирован в 25,0% случаев (3 ребенка). Плевроапикальные спайки встречались в 45,0% случаев. Всем пациентам со спонтанным пневмотораксом, ввиду неэффективности консервативной терапии, была выполнена резекция пораженного участка легкого. При анализе морфологической картины резектатов легкого были установлены различные изменения структуры ткани.

Выводы. У всех пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом была диагностирована НДСТ различной степени выраженности, проявляющаяся в основном, изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органа зрения. При патоморфологическом исследовании у пациентов со спонтанным пневмотораксом установлены изменения структурных элементов ткани легких, в ряде случаев сочетающихся с повреждением стенок терминальных бронхиол и приводящих к формированию локальной панацинарной и буллезной эмфиземы. Со стороны плевры выявлены неравномерность ее толщины за счет фиброза и пролиферации мезотелия.

*Парамонова Н.С., Севостьян Н.А., Дрокина О.Н.*

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

## **РОЛЬ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Первый год жизни является важнейшим периодом в жизни ребенка, поэтому рациональное питание детей этого возраста является одним из ключевых факторов, определяющих гармоничный рост, нервно-психическое развитие, устойчивость детей к инфекциям и воздействию других неблагоприятных факторов внешней среды, а также высокое качество жизни, как в раннем детском возрасте, так и в последующие годы.

Цель: оценить характер питания детей первого года жизни на современном этапе, установить его взаимосвязь с состоянием здоровья.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование, выполнено в период с июля 2021 по сентябрь 2022 года на базе УЗ «ГОДКБ». Проводили: опрос и анкетирование матерей (анализировали: характер вскармливания, сроки введения прикормов, переносимость смесей и др.). Физическое развитие (ФР) оценивали согласно общепринятой методике измерений по абсолютным значениям, ежемесячным прибавкам антропометрических показателей, гармоничность ФР рассчитывали по центильным таблицам, нервно-психическое развитие – по шкалам количественной оценки.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 114 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет. На грудном вскармливании находилось 59 (52%) детей, смешанное питание было у 30(26%), искусственное питание адаптированными смесями получали 25(22%) младенцев.

Основной причиной перевода на искусственное вскармливание была гипогалактия, играющая лидирующую роль на всех сроках прекращения лактации и составляющая 70% и более от всех причин. Другие причины прекращения грудного вскармливания, такие как болезнь ребенка и матери, выход матери на работу и учебу составили не более 10% каждая в течение всего периода наблюдения.

Анализ распределения центильных показателей массы по росту детей в зависимости от продолжительности грудного вскармливания и оценка нервно-психического развития показали, что дети, получавшие грудное молоко на протяжении 12 месяцев жизни, развивались более гармонично по сравнению с рано переведенными на искусственное вскармливание. В возрасте 1 года 16,4% детей находящихся исключительно на грудном вскармливании опережали в нервно-психическом развитии сверстников, при искусственном вскармливании высок процент задержки психомоторного развития (13,04%)

Учитывая значение вида вскармливания для формирования иммунитета, нами изучена частота острых респираторных и других инфекционных заболеваний у детей первого года жизни.

Так, среди детей, находившихся на естественном вскармливании, переболели острыми респираторными инфекциями (ОРИ) на 1-м году жизни 75% младенцев, бронхитом – 1,4%; при вскармливании стандартной смесью ОРИ отмечались у 100%, бронхит – у 14,6%, отит у 7,5% детей.

В возрасте 2-3 мес. колики, метеоризм, срыгивания, запоры, патологические примеси в стуле достоверно чаще встречались у детей, получавших стандартную смесь, по сравнению с детьми, получавшими грудное молоко.

Таким образом, грудное вскармливание способствовало снижению общей заболеваемости детей за счет уменьшения кишечных инфекций и респираторной патологии.

---

*Парамонова Т.И.*

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

## **СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АББРЕВИАТУР В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

Система сокращенных номинаций в медицинской терминологии имеет давнюю историю. Графическое сокращение слов использовалось еще в Древнем Риме и получило дальнейшее распро-

странение в средние века, особенно в медицинских, богословских и юридических текстах. К этому же времени относится появление термина аббревиатура (лат. *abbreviatio* «я сокращаю»). Римляне использовали аббревиатурные номинации различных типов: суспензия (лат. *suspensio* «неясное произношение, проглатывание»), которая заключалась в использовании начальных букв слов сначала для собственных имен, потом и для других слов (инициальный тип); контракция (лат. *contraho* «я сжимаю») – сохранение первой, и последней буквы, первой, средней и последней букв (смешанная контракция), сокращения с помощью надписанных букв – титловая аббревиация. Стремление к сокращению места для надписи и времени написания привело к созданию особого стенографического письма, автором которого являлся М.Т. Тирон (*Notae Tironianae*), друг Цицерона. Ученые-лингвисты выделяют две группы причин создания аббревиатур: экстралингвальные (внешние по отношению к языку), своего рода реакция языка на изменяющиеся потребности общества, при этом важным является международный статус латинского языка; внутрilingвальные, к числу которых относят языковую привычку, частотность и стереотипность употребления номинаций. Однако чаще всего создание и употребление различных аббревиатур объясняется так называемым «принципом наименьшего усилия», или «законом экономии речевых средств», которые представляют собой удобные замены в медицинской терминосистеме в том числе. Применение сокращений в медицинской терминологии как разряда узкоспециальной лексики потребовало создания утвержденных правил, списков и словарей сокращений. Список допустимых сокращений в рецептах утверждается приказом министерства здравоохранения, клинические термины, созданные методами аббревиации, после широкого обсуждения вносятся в словари клинических терминов. Как правило, список сокращений присутствует в учебниках, словарях, атласах. Следует отметить, что все методы и принципы сокращения используются в медицинских названиях, но имеют и отличительные черты. Большинство рецептурных терминов сокращается по общим принципам с сохранением одного-двух начальных слогов. В списке рецептурных сокращений есть традиционно рецептурные, например *cpt* (*compositus*), *ggt*, *ggtts* (*guttam, guttas*), *pct* (*praecipitatus*), *t-ta* (*tinctura*) и другие, созданные по методу контракции; по типу инициации (суспензии) сокращается большинство стандартных рецептурных формулировок с глаголами: *M.D.S.*, *M. f.*, *Add. q.s.* В клинической терминологии широкое распространение получил инициальный тип аббревиации: *КТ* (компьютерная томография), *Rö* (от немецкого имени автора, который открыл рентгеновские лучи), заимствования типа *COVID*, *SARS* и др. Особо следует остановиться на системе сокращений в анатомической терминологии, являющейся такой же древней, как и наука анатомия. Анатомические термины сокращаются по методу контракции отлично от других видов медицинских названий и требуют специального знания: *a.*, *aa.* (*arteria, arteriae*), *lig.*, *ligg.* (*ligamentum, ligamenta*) и др. Список анатомических аббревиатур в Международной анатомической терминологии и медицинских словарях англоязычных стран одинаков и составляет всего 12 аббревиатур и буквенно-цифровые обозначения непостоянных структур, например *Th 1* для грудного позвонка. Гомельский медуниверситет – 23 сокращения, в анатомическом атласе Синельникова 13 аббревиатур. В учебнике под ред. М.Г. Привеса список сокращений отсутствует, при этом он значительно расширен в соответствии с уже существующими традициями сокращения анатомических номинаций и является дискуссионным.

---

*Пенин А.С.*

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО», г. Санкт-Петербург

## **ИССЛЕДОВАНИЕ НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ В РАБОТЕ МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ОПЕРАТОРА КИБЕРФИЗИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ**

В ходе данной научной работы были исследованы проблематики, выявленные в ходе реализации модели диагностики состояния оператора киберфизической системы.

Введение. Человеческий организм остается достаточно уязвимой «конструкцией», особенно при работе в тяжелых условиях. В целях контроля над состоянием и действиями сотрудников на удаленных рабочих участках была разработана модель диагностики состояния оператора, основывающаяся

на информации, собираемой с помощью носимых устройства, аккумулирующего общую информацию о состоянии организма носителя по так называемым «биомаркерам».

Целью данной научно-исследовательской работы является анализ результатов применения разработанной модели диагностики состояния с целью выявления факторов, негативно сказывающихся на результатах работы модели. Задачами научно-исследовательской работы являются обработка результатов эксперимента, проведение их анализа и выявление возможных проблем.

Предпосылками к разработке модели диагностики состояния оператора киберфизической системы являются необходимость обеспечивать и поддерживать высокий уровень безопасности операторов систем на удаленных предприятиях, например расположенных в условиях Крайнего Севера. При этом модель должна не только оценивать текущие физиологические процессы в организме оператора, но и уметь прогнозировать и выявлять заболевания на основе получаемых данных, выявлять негативные факторы, связанные с окружающей средой и оценивать деятельность оператора системы.

В ходе выполнения научно-исследовательской работы была разработана модель оценки состояния оператора. В качестве параметров использовались значения пульса, температуры, давления и сатурации в момент времени. Результат её работы оценивался на основании метрики «достоверность» и логарифмической функции потерь. Итоговая достоверность модели составила 0,73, значение функции потерь составило 0,3.

Были проанализированы недостатки разработанной модели. К основным факторам, влияющим на итоговый результат были отнесены: необходимость до настройки модели под особенности функционирования каждого конкретного пользователя, использование не инвазивных методов снятия информации об организме оператора, сложность обработки данных в режиме реального времени. Была проведена оценка влияния выявленных факторов на работу модели. При дополнительной настройке модели с их учетом значение достоверности модели повысилось до 0,87, значение функции потерь составило 0,19, однако при этом значительно повысилось время обучение. В дальнейших исследованиях данные факторы будут учитываться, а разработанная модель дорабатываться.

Выводы. В ходе выполнения данной научно-исследовательской работы была разработана и протестирована модель диагностики состояния оператора. Полученные результаты тестирования были проанализированы с целью выявления недостатков действующей системы. Был обнаружен ряд факторов, негативно влияющих на результаты работы модели, они будут учтены в дальнейших исследованиях.

---

*Пенин А.С.*

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО», г. Санкт-Петербург

## **РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ОПЕРАТОРА КИБЕРФИЗИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ**

В ходе данной научной работы была разработана и протестирована модель диагностики состояния оператора киберфизической системы.

Введение. При работе в тяжелых условиях, например в условиях Крайнего Севера, жизни сотрудников предприятия подвергаются дополнительной опасности. В целях обеспечения безопасности сотрудников на удаленных рабочих участках, а также улучшения возможности контроля над их деятельностью, была разработана модель диагностики состояния оператора, основывающаяся на информации, собираемой с помощью носимых устройства, собирающего информацию о состоянии организма носителя по «биомаркерам».

Целью данной научно-исследовательской работы является разработка и тестирование модели диагностики состояния оператора. Задачами научно-исследовательской работы являются разработка модели, проведение эксперимента и анализ результатов.

Предпосылками к разработке модели диагностики состояния оператора киберфизической системы являются необходимость обеспечивать и поддерживать высокий уровень безопасности операторов систем на удаленных предприятиях, например расположенных в условиях Крайнего Севера. При

этом модель должна не только оценивать текущие физиологические процессы в организме оператора, но и уметь прогнозировать и выявлять заболевания на основе получаемых данных, выявлять негативные факторы, связанные с окружающей средой и оценивать деятельность оператора системы.

В ходе выполнения научно-исследовательской работы была разработана двухкомпонентная модель оценки состояния оператора. Она состоит из двух компонентов: системы распознавания деятельности и системы оценки тяжести деятельности. Результат работы модели оценивался на основании метрики «достоверность» и логарифмической функции потерь.

Было проведено экспериментальное тестирование разработанной модели. В качестве экспериментальных данных использовались данные снятые с помощью носимого устройства с сотрудников на производстве во время рабочей деятельности. Достоверность полученных результатов составила 0,73, значение функции потерь составило 0,3. При этом достоверность отдельных элементов модели составила 0,88, а значение функции потерь 0,13. В дальнейшем полученная модель будет дорабатываться.

Выводы. В ходе выполнения данной научно-исследовательской работы была разработана и протестирована модель диагностики состояния оператора. Полученные результаты тестирования были проанализированы, в дальнейшем они будут использованы для доработки и улучшения разработанной модели.

---

***Первак М.Б., Усов В.Ю., Атаманова Л.В., Герасименко В.В.***

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **ПНЕВМОТОРАКС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОВИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ**

Цель исследования. Изучить особенности пневмоторакса как осложнения поражения легких у больных COVID – 19.

Материал и методы. Проанализированы результаты компьютерной томографии и рентгенографии органов грудной полости у 58 больных с пневмотораксом, находившихся на лечении в торакальных отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения: 4 – в период с сентября 2020 года по сентябрь 2021 года (1 группа), 54 – с октября 2021 года по октябрь 2022 года (2 группа). У всех пациентов был лабораторно подтвержден диагноз COVID-19. Всем больным проводилась медикаментозная терапия согласно «Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID – 19)» Министерства здравоохранения Российской Федерации, версия 9 от 26.10.2020 г. В исследуемые группы не были включены пациенты, которым проводилась инвазивная искусственная вентиляция легких.

Результаты и обсуждение. Анализ данных лучевых исследований показал, что у всех больных с пневмотораксом были выраженные характерные для COVID-19 инфильтративные изменения легких двухсторонней локализации и рентгенпризнаки формирования ложных внутрилегочных кист. Развитие пневмоторакса у всех больных диагностировано не ранее 3-й недели от начала заболевания, чаще на 5-7-й неделе. В 3 случаях пневмоторакс имел перемежающийся характер. В 9 случаях отмечена двусторонняя локализация пневмоторакса (только во второй группе), в 49 случаях – односторонняя (4 чел. - в первой группе и 45 – во второй). У 32 больных (2 чел. – в первой группе и 30 – во второй) отмечалось коллабирование легкого на ½ объема, у 11 – полное коллабирование легкого (только во второй группе), у 15 – пневмоторакс был расположен апикально (2 чел. – в первой группе и 13 – во второй). У 13 больных частично коллабированное легкое было фиксировано спайками к грудной клетке. У 29 больных второй группы внутрилегочные кисты были заполнены жидкостью, которая при пункции в 11 случаях была геморрагической. В 14 случаях второй группы был выявлен пневмогидроторакс, в том числе у 5 больных гемоторакс, у 5 – эмпиема плевры (нагноение гемоторакса). В 19 случаях (только во второй группе) пневмоторакс сочетался с пневмомедиастинумом и/или подкожной и межмышечной эмфиземой.

Выводы. Пневмоторакс диагностирован только у больных с выраженным двусторонним ковидным поражением легких и внутрилегочными кистами, чаще заполненными жидкостью, не ранее 3-й недели от начала заболевания. Значительное увеличение количества случаев выявления пневмоторакса во второй группе обусловлено, на наш взгляд, преобладанием в период с осени 2021 г. до весны 2022 г. пациентов с ковид-пневмонией, возбудителем которой был дельта-штамм SARS-CoV-2, обладающий более выраженным повреждающим действием на альвеолярную мембрану вследствие поражения пневмоцитов I и II типа. Это могло быть одним из механизмов разрыва альвеол и способствовало образованию ложных внутрилегочных кист и в последующем – пневмоторакса. Более тяжелое течение заболевания и соответственно – более длительная гормональная терапия, на наш взгляд, также способствовали развитию пневмоторакса. Только во второй группе больных отмечено полное коллапирование легкого, пневмогидроторакс (в том числе гемоторакс), эмпиема плевры.

---

*Передрий М.С.*

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

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА В ПОРАЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТОЙ**

Цель исследования. Проанализировать способы восстановления магистрального кровотока у больных с перемежающейся хромотой и сравнить их результаты в долгосрочном периоде.

Материалы и методы. Анализ зарубежной и отечественной литературы за 2016-2022 годы.

Результаты исследования. Перемежающаяся хромота (ПХ) является основным синдромом атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей (НК) и составляет около 20% от всех сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время основными методами лечения ПХ являются модификация факторов риска атеросклероза, тренировочная ходьба, медикаментозная терапия и оперативные методы: открытая, эндоваскулярная и гибридная хирургия.

Согласно классификации Фонтейна-Покровского ПХ по тяжести проявлений разделяется на 4 стадии. При I и IIa стадиях в приоритете находятся консервативные методы лечения, при IIb, III и IV помимо консервативных активно применяются оперативные вмешательства.

В зависимости от пораженного атеросклерозом артериального сегмента (аорто-подвздошного или бедренно-подколенного) в связи с различными результатами хирургического лечения (результаты для аорто-подвздошного сегмента лучше аналогичных результатов для бедренно-подколенного сегмента) оправдано использование эндоваскулярных методов даже при IIa стадии, а при поражении бедренно-подколенного сегмента оперативное вмешательство рекомендуется только при неэффективном консервативном лечении.

Наиболее часто для восстановления магистрального артериального кровотока используют шунтирующие и протезирующие хирургические вмешательства. В качестве имплантата в аорто-бедренной позиции используют синтетические материалы, а в бедренно-подколенной позиции используют большую подкожную вену. Нередко в виде самостоятельного метода лечения или в сочетании с другими видами хирургической реконструкции применяют различные виды прямой и непрямой эндартерэктомии. В последние годы широкое развитие получили эндоваскулярные методы восстановления кровотока – чрескожная эндоваскулярная баллонная ангиопластика (как самостоятельное вмешательство или в сочетании со стентированием артерий). Эти методы отличаются малой травматичностью и высокой эффективностью. Одним из перспективных направлений являются гибридные оперативные вмешательства – сочетание открытой сосудистой реконструкции и эндоваскулярных техник. Они являются методом выбора при многоуровневых поражениях артериального русла НК.

При сравнении консервативного лечения, прямых (открытых) и непрямых (эндоваскулярных) методов восстановления магистрального кровотока по критериям изменения лодыжечно-плечевого индекса, кожной температуры и сатурации в пораженном сегменте было установлено, что наилучшие результаты получены в группе пациентов после прямых реваскуляризаций НК, худшие результаты



– в группе консервативного лечения. Результаты непрямых методов восстановления магистрального кровотока занимали промежуточное положение.

Выводы. Развитие эндоваскулярной хирургии позволило значительно улучшить результаты лечения пациентов с заболеваниями артерий НК, особенно у больных с поражением артерий аорто-подвздошного сегмента. Одним из перспективных направлений являются гибридные оперативные вмешательства, позволяющие снизить травматичность, уменьшить продолжительность хирургического этапа при многоуровневых поражениях артериального русла НК.

По отдаленным результатам исследования очевидно, что операции непрямой реваскуляризации обладают значительно более выраженным эффектом по сравнению с консервативным лечением, хотя не достигают аналогичных показателей, полученных после открытых операций по восстановлению магистрального кровотока.

---

*Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Хомочкин В.В.*

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ**

**ВВЕДЕНИЕ** Синдром обструктивной дефекации (СОД) – затрудненная неполная эвакуация содержимого из прямой кишки, в результате физической блокировки кишечного потока во время попыток дефекации. В настоящее время этот синдром хорошо изучен, у 60% женщин с хроническим запором наблюдается симптоматика обструктивной дефекации. Чаще всего причиной СОД является ректоцеле, это пролапс задней стенки влагалища, связанный с грыжей передней стенки прямой кишки. Также причиной СОД являются дисфункция и диссенергия мышц тазового дна, возможно сочетание этих проблем с ректоцеле. В связи с этим возникает проблема выбора метода лечения СОД.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ** Улучшение результатов лечения СОД.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 480 женщин колопроктологического приема, которым был поставлен диагноз СОД. Диагноз был поставлен на основании комплекса обследований, включающего общеклинические и специальные методы исследования, такие как проктография. Выделено 3 группы больных. В первой группе (220 женщин), причиной развития СОД явилось нарушение координации мышц тазового дна (дисфункция и диссенергия) в результате хронического патологического гипертонуса мышц. Вторую группу составили женщины (150 чел.) с пролапсом задней стенки влагалища, связанным с грыжей передней стенки прямой кишки – ректоцеле различной степени. Третью группу – представляли женщины (110 чел.) с сочетанием хронического патологического гипертонуса внутритазовой мускулатуры и наличием ректоцеле.

**РЕЗУЛЬТАТЫ** В первой группе наиболее эффективным методом терапии являлось медикаментозное лечение хронического гипертонуса мышц тазового дна с использованием методов физиотерапии и лечебной физкультуры. У 75% пациентов самостоятельная дефекация восстанавливалась после 3 месячного курса лечения. При этом глубина динамического наблюдения составила 5 лет. Эффективность самостоятельной дефекации постепенно снижалась и к концу 6 года без поддерживающей терапии составляла 25%.

Во второй группе применялись консервативные и оперативные методы лечения СОД. При ректоцеле первой степени использовали общеизвестные методики лечебной физкультуры по укреплению мышц тазового дна. После четырех месяцев ежедневных упражнений у 50% больных появлялась самостоятельная дефекация. В случае возрастного прогрессирования недостаточности мышц тазового дна и при ректоцеле II-III степени, был использован оперативный метод высокой леваторопластики с сужением мышечного кольца через влагалище. За период наблюдения в раннем и позднем (длительность наблюдения 5 лет) послеоперационном периоде СОД ликвидировался в 100% наблюдений. В третьей группе наблюдений сначала применялась консервативная терапия направленная на ликвидацию СОД, в течении 2 месяцев, затем выполнялось оперативное вмешательство по ликвидации тазового пролапса. Заключительным этапом была консервативная терапия по нормализации мышечного тонуса внутритазовой мускулатуры (2-4 месяца). Результаты восстановления самостоятельного ре-

гулярного акта дефекации в первые 6-12 месяцев – отличные – 100%. При восстановлении патологического спазма внутритазовой мускулатуры, результаты ухудшались у 15-20% больных (глубина наблюдений – 6 лет).

**ВЫВОДЫ** Наиболее эффективные результаты восстановления акта дефекации после операции по коррекции недостаточности мышц тазового дна при отсутствии патологического гипертонуса внутритазовой мускулатуры. Больные с СОД и патологическим гипертонусом внутритазовой мускулатуры требуют консервативной терапии.

---

*Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Хомочкин В.В.*

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНТЕРОЦЕЛЕ**

**ВВЕДЕНИЕ** По данным ряда авторов, распространенность нарушения акта дефекации у женщин в 50% связано с пролапсом тазовых органов (ПТО). ПТО это сложный, многофакторный процесс, в котором основную роль играет образование дефектов во взаимосвязанной мышечной и фасциальной поддерживающей системе. Так, как эти опущения связаны с дефектами в соединительнотканых структурах, они могут рассматриваться, как тазовая грыжа. Ректоцеле и энтероцеле исторически используемые термины. В литературе чаще всего энтероцеле определяется, как тазовая грыжа, которая содержит сальник, тонкую или сигмовидную кишку, располагается в ректовагинальном или ретроуринальном пространстве. Учитывая, что дифференцировать грыжу при физикальном осмотре трудно, в литературе чаще всего все грыжи, кроме ректоцеле, рассматриваются под единым названием энтероцеле. Исследования последних лет показали, что результаты хирургической коррекции не стабильны, а частота рецидивов остается на высоком уровне. Учитывая это, следует заключить, что проблема улучшения результатов лечения больных с энтероцеле актуальна и требует углубленного изучения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ** Повышение эффективности оперативного лечения энтероцеле за счет разработки оригинального способа оперативного лечения

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ** Проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 64 пациенток с энтероцеле. Средний возраст пациенток составил 62,4 года. Диагноз был поставлен на основании комплекса обследований, включающего клинические, лабораторные и инструментальные (ректороманоскопия, ирригоскопия) исследования, включал проведение эндоректального УЗИ, УЗИ органов малого таза, сфинктерометрии. Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. У 30 пациенток использован метод задней кольпоперинеорафии с леваторопластикой, у 34 – оперативный метод с использованием П-образного шва, сшивающего крестцово-маточные связки, транспонируя его позади шейки матки и приподнимая тем самым шейку матки выше утягивающего шва в таз, с последующим ушиванием мышц, поднимающих задний проход (Патент РФ №2603290). Полученный клинический опыт позволил разработанный нами способ для лечения ректоцеле применить в операциях на энтероцеле. Способ апробирован в хирургическом отделении клиники ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда. Длительность наблюдения за пациентами после операции составила не менее 2 лет, с обязательным контрольным осмотром каждые 1-2 месяца после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ** У пациенток, которым была выполнена традиционная задняя кольпоперинеорафия и леваторопластика с целью устранения энтероцеле 4(20%) рецидива заболевания в сроки от 6 месяцев. При отсутствии рецидива у 1(5%) женщины сохранялись умеренные проявления затрудненной дефекации. После ликвидации энтероцеле ранее разработанным способом рецидивов заболевания и интраоперационных осложнений не отмечено. Как правило, средняя продолжительность оперативного вмешательства предложенным способом превышала длительность традиционных операций не более чем на 30 минут. Послеоперационный период велся по общепринятым схемам. Осложнений не отмечено. Срок послеоперационного пребывания в стационаре составил от 9 до 12 суток.

**ВЫВОДЫ** Наиболее эффективные результаты коррекции недостаточности мышц тазового дна были у женщин, у которых был выбран оптимальный способ хирургического лечения энтероцеле. Выбор следует осуществлять с учетом индивидуальных критериев, таких как размеры энтероцеле, выраженности дисфункции тазового дна и расстройств дефекации. Полученные данные позволяют заключить, что применение разработанный способ оперативного лечения для ректоцеле, может применяться и при энтероцеле.

*Перфильева М.Ю.*

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

### **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННОЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ**

Диффузные заболевания печени (ДЗП) различной этиологии, характеризующиеся печеночно-клеточным некрозом, воспалением и фиброзом портальных трактов, нередко трансформируются в цирроз печени. При декомпенсированных заболеваниях печени клиническая картина очень разнообразна, может быть поражение практически всех органов и систем. Иногда мы видим, что выходят на первый план симптомы, которые поражают другие органы, что затрудняет клиническую диагностику. На ранних этапах заболевания печени лабораторные методы исследования оказывают неоценимую помощь в правильной постановке диагноза. За последние десятилетия число больных рецидивирующим герпесом (РГ) неуклонно нарастает, а эффективность их лечения остается достаточно низкой. Данная патология весьма негативно влияет, а в патогенетическом плане способствует формированию вторичных иммунодефицитных состояний (ВИДС). К началу лечения больные ДЗП, сочетанные с РГ на фоне ВИДС, предъявляли жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, неустойчивость настроения, усталость, эмоциональную лабильность, бессонницу, раздражительность, головную боль, иногда субфебрильную температуру тела; при обострении хронического патологического процесса – жалобы на тошноту, горечь во рту, чувство тяжести или боль в правом подреберье, нередко – зуд и жжение кожи в местах герпетических высыпаний по ходу нервных окончаний. Согласно данным биохимического исследования, которые характеризуют функциональное состояние печени у обследованных больных, отмечается умеренное увеличение содержания общего уровня билирубина в сыворотке крови, увеличение количества реакций прямого (связанного) билирубина, активность сывороточных аминотрансфераз – АлАт и АсАт, показателей тимоловой пробы, активности экскреторных ферментов, уровня холестерина и бета – липопротеидов в сыворотке крови. Это свидетельствует о наличии у обследованных пациентов к началу лечения синдромов цитологического и внутripеченочного холестаза. Больные ДЗП, сочетанным с РГ на фоне ВИДС получили общепринятую терапию: эссенциальные фосфолипиды в виде эссенциале Н, дезинтоксикационные препараты, средства растительного происхождения (расторопша пятнистая – силибор или карсил и др.). Больные основной группы дополнительно получали современный гепатопротектор глутаргин си противовирусный, противовоспалительный и иммунокорректирующий препарат галавит. Таким образом, в основной группе больных ДЗП, сочетанным с РГ на фоне ВИДС, которые получали комбинацию препаратов глутаргина и галавит, достоверно отмечена более быстрая ликвидация симптомов заболевания и достижения устойчивой клинической ремиссии, а у пациентов из группы сравнения также отмечена положительная динамика симптомов заболевания, однако данные признаки уменьшались значительно медленнее.

*Петизина О.Н.*

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

## **КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИТАМИНОВ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Актуальность проблемы острых респираторных заболеваний занимает лидирующую позицию среди инфекционной патологии в связи с повсеместным распространением, формированием нестойкого типоспецифического иммунитета, встречаемостью среди всех возрастных групп населения. По данным многочисленных исследований острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) часто возникают на фоне хронической патологии, особенно патологии гепатобилиарной системы. Болезни билиарной системы являются одними из наиболее часто встречающихся и тяжелых заболеваний органов пищеварения. Это связано как с их распространенностью, так и с социальной значимостью болезни.

Целью работы было изучение концентрации витаминов с антиоксидантными свойствами в крови больных ОРВИ на фоне хронического некалькулезного холецистита (ХНХ).

Под наблюдением находились 45 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Все больные получали общепринятую терапию. Наряду с общепринятым клинико-лабораторным обследованием, всем больным определяли содержание в плазме витаминов с антиоксидантными свойствами – аскорбиновой кислоты, токоферола и ретинола общепринятыми методами. В результате проведенных исследований установлено, что у больных ОРВИ на фоне ХНХ, до начала лечения имело место снижение в крови концентрации витаминов с антиоксидантными свойствами. Так концентрация аскорбиновой кислоты в крови обследованных больных была ниже нормы – в среднем в 3,61 раза меньше нормы ( $15,4 \pm 0,6$  мкмоль/л;  $P < 0,01$ ); концентрация ретинола – в 1,82 раза ( $11,4 \pm 0,8$  мкг/мл;  $P < 0,05$ ). Аналогичные изменения отмечались и относительно содержания токоферола, а именно: у больных ОРВИ на фоне ХНХ этот показатель составил  $8,1 \pm 0,3$  нмоль/л, что было в 2,3 раза меньше относительно нормы ( $P < 0,01$ ).

По нашему мнению, выявленный дефицит витаминов с антиоксидантными свойствами у больных ОРВИ на фоне ХНХ, можно было связать как с увеличением их потребления во время нейтрализации свободных радикалов, которые образуются вследствие активации перекисного окисления липидов, та и их исходным низким уровнем.

При повторном обследовании данных показателей после окончания лечения отмечалась некоторая положительная динамика содержания витаминов с антиоксидантными свойствами в сыворотке крови. У больных ОРВИ на фоне ХНХ после проведенного лечения содержание ретинола оставался сниженным относительно нормы в 1,4 раза ( $14,3 \pm 0,8$  мкг/мл;  $P < 0,05$ ), аскорбиновой кислоты – в 2,2 раза ( $25,5 \pm 0,6$  мкмоль/л;  $P < 0,01$ ), токоферола – в 1,9 раза ( $9,9 \pm 0,3$  нмоль/л;  $P < 0,01$ ).

После проведенного лечения содержание витаминов с антиоксидантными свойствами у пациентов с ОРВИ на фоне ХНХ достоверно отличался от показателей нормы.

Таким образом, проведение только общепринятого лечения у больных ОРВИ на фоне ХНХ, несмотря на положительное влияние на изученные показатели, не вызывает полную нормализацию концентрации витаминов с антиоксидантными свойствами в сыворотке крови обследованных больных.

---

*Петраевский А.В., Гндоян И.А.,*

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

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДРЕСНОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КРОВЕНОСНОЕ РУСЛО ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА ПРИ ИРИДОЦИКЛИТАХ**

Актуальность. Адресная доставка лекарственных веществ обеспечивает высокую терапевтическую концентрацию препаратов, что является одним из условий успешного лечения офтальмопатоло-

логии (Басинский С. Н., 2004; Куроедов А.В. и соавт., 2019). Транспорт лекарственных средств через в артериальную систему кровоснабжения глаза – самый быстрый и прямой путь доставки к пораженной структуре или зоне (Краснов М.М. и соавт., 1995). Магистральными артериями для переднего сегмента глаза (ПСГ) являются передние цилиарные артерии (ПЦА) (Hayreh S. S., Scott W. E., 1978; Петраевский А.В., 2004).

Цель: оценить эффективность способа лечения иридоциклитов с использованием адресного принципа доставки лекарственных препаратов в ПЦА, кровоснабжающих радужку и цилиарное тело.

Материал и методы: пролечено 37 пациентов (37 глаз) в возрасте 23-55 лет (24 женщин, 13 мужчин) с иридоциклитами различной этиологии. Больные в активной фазе воспаления (29 человек) были разделены на группу сравнения (13 человек) и группу наблюдения I (16 человек). В группу наблюдения II вошли 5 пациентов с остаточными признаками воспалительной реакции в виде умеренной иритации глазного яблока, задних синехий и фибринозных мембран на передней поверхности хрусталика, что приводило к частичному нарушению диафрагмальной функции радужки и снижению зрения на 0,1-0,3 от исходного уровня, имевшегося до начала заболевания. От лазерной корепраксии они отказались ввиду риска повреждения хрусталика, но дали согласие на электрофоретическое лечение по предложенному способу с воздействием на эписклеральное депо мидриатиков и коллализина. Все больные получали этиотропную и противовоспалительную терапию, мидриатики в инстилляциях и кроме того – электрофоретическое лечение. В группе сравнения в первую неделю проводился электрофорез по стандартной методике с мидриатической смесью (3-5 процедур), затем в течение второй недели – ванночковый электрофорез с коллализином (3-5 процедур). В группах наблюдения I и II проводились электрофоретические процедуры по предложенному нами способу лечения передних увеитов (Петраевский А. В., Гндоян И.А., 2009). Суть метода заключается в следующем: вблизи верхней ПЦА под конъюнктиву вводили смесь мидриатиков (в первую неделю лечения) или коллализина (во вторую неделю) с небольшой дозой флюоресцеина. Далее проводили локальный электрофорез в зоне созданного эписклерального депо лекарственных препаратов при помощи аппарата для ионофореза под контролем щелевой лампы с установленными светофильтрами для флюоресцентной ангиографии. Критерием направленного поступления вводимого препарата в сосуды ПСГ была поддерживающаяся во время всего электрофореза флюоресценция ПЦА и радужки. Оценка динамики процесса велась биомикроскопически с использованием балльной классификации (Бойко Э.В. и соавт., 2005).

Результаты. Стихание воспалительного процесса шло быстрее у пациентов, получавших процедуры электрофореза по предложенному способу при равной выраженности воспалительных признаков до начала лечения. Нулевой уровень воспалительной активности радужки в группе наблюдения I был отмечен на 11 сутки, в группе сравнения – на 16 сутки. Купирование симптомов воспалительной реакции в передней камере (исчезновение феномена Тиндаля, резорбции комплексов фибрина и зрачковой фибринозной мембраны) проходило также быстрее в группе наблюдения I по сравнению с контролем на 0,5-1,5 суток.

Выводы. Предложенный способ лечения позволяет достичь достаточно высокой концентрации необходимого препарата в радужке и цилиарном теле, что способствует укорочению сроков лечения пациентов и улучшению функциональных результатов. Точная адресность доставки лекарственных веществ была подтверждена флюоресцеин-ангиографическим контролем.

---

*Петренко С.А., Чурилов А.В., Мацынин А.Н.*

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

## **К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА**

Актуальность. Вынужденное хирургическое выключение функции яичников приводит к возникновению острогормонального дефицита. Для купирования данных осложнений необходима заместительная гормональная терапия. Использование препаратов, содержащих преимущественно эстрогены повышает риск развития гиперпластических процессов эндометрия.

Цель исследования: изучить эффективность комбинированного низкодозированного эстроген-гестагенного гормонального препарат в лечении хирургической менопаузы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 173 пациентки. В I группу вошли 49 пациенток после хирургического удаления яичников, принимавших для купирования посткастрационного синдрома низкодозированный комбинированный препарат, содержащий 17β-эстрадиол 1 мг и дидрогестерон 10 мг. В группу II – 32 пациентки после хирургического удаления яичников, получавшие симптоматическое лечение. Контрольная группа включала 92 пациентки без оперативного лечения. По всем параметрам группы были репрезентативны. Всем пациенткам проведены комплексные клиничко-физиологические исследования, включая ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез, оценка гормонального (фоликулостимулирующий, лютеонизирующий, пролактин, эстрадиол) баланса, а также функционального состояния вегетативной нервной системы и эмоциональной-личностной сферы по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Результаты и обсуждение. Анализ наблюдений в течение последующих 12 месяцев показал, что наиболее частыми и ранними были нейровегетативные проявления: частые приливы с обильным потоотделением (84,6%), головная боль (32,8%). У 76,8% пациенток эмоциональные нарушения сочетались с мотивированными расстройствами, нарушением аппетита, бессонницей, снижением интеллектуальной продуктивности, быстрая утомляемость. С 14 дня после операции содержание лютеонизирующего и фоликулостимулирующего гормонов увеличилось в 3,9 раза, а концентрация эстрадиола снизилась в 3,7 раза в сравнении с их уровнем у группы контроля. Оценка клинической эффективности заместительной низкодозированной гормональной терапии показала, что данный препарат хорошо купирует нейровегетативные проявления уже со второго месяца лечения, которые к четвертому месяцу лечения уменьшились почти в 2,5 раза, психоэмоциональные почти в 4 раза, в то время, как во II группе эффективность проводимой терапии наступала через 6-8 месяцев, а снижение нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений достигала не более 12-15%. Уровни лютеонизирующего и фоликулостимулирующего гормонов снизились практически до уровня группы контроля, а уровень эстрадиола соответствовал его уровню группы контроля,  $p > 0,05$ . Во II группе концентрация изучаемых гормонов через 4 месяца после операции оставались практически на прежнем уровне статистически отличаясь от уровней гормонов в I и контрольной группе,  $p < 0,05$ . Через 12 месяцев отмечалась некоторая тенденция к повышению уровня лютеонизирующего и фоликулостимулирующего гормонов.

Выводы. Заместительная гормональная терапия низкодозированным эстроген-гестагенным препаратом быстро нормализует гормональный баланс, что улучшает процессы послеоперационной адаптации, купирует нейровегетативных и психоэмоциональных нарушения.

---

**Петров А.Г.**

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

## **БЕСПЛОДИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ: ВАРИАНТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**

Эндометриоз – хроническое гинекологическое заболевание, определяемое как имплантация и периодический рост эндометриальных желез и стромы вне полости матки, вызывающее хроническую тазовую боль, тяжелую дисменорею и бесплодие у 10% женщин репродуктивного возраста, среди которых частота бесплодия составляет примерно 30-50%. В частности, эндометриоз яичников является одним из наиболее частых подтипов, который встречается у 17-44% женщин с диагнозом эндометриоз.

В настоящее время в мире не существует единой стратегии выбора и назначения гормональной терапии у больных эндометриозом. Современные подходы к комбинированному лечению эндометриоза предполагают использование агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) в качестве эффективного медикаментозного лечения. Однако применение такой терапии сопровождается выра-

женными побочными эффектами, обусловленными гипоестрогенемией, что снижает приверженность данному виду лечения и делает продолжение лечения невозможным без дополнительного назначения add-back терапии.

Общепризнано, что иммунная система участвует в патогенезе эндометриоза. В ходе исследований было доказано, что перитонеальная жидкость женщин с эндометриозом содержит повышенное количество иммунных клеток, и они скорее способствуют развитию эндометриоза, а не тормозят его. Таким образом, использование иммуномодуляторов рассматривается как новая стратегия, потенциально полезная при лечении эндометриоза.

Цель этого проспективного рандомизированного сравнительного исследования – провести сравнительную оценку эффективности и комплаентности комбинированного лечения бесплодия у женщин с эндометриозом яичников с применением гормональной и иммуномодулирующей терапии.

Материал и методы

В Донецком центре охраны материнства и детства было проведено проспективное рандомизированное сравнительное исследование, в которое были включены 147 инфертильных пациенток в репродуктивном возрасте, с гистологически верифицированным диагнозом эндометриоз яичников и бесплодием, поступивших в плановом порядке на хирургическое лечение.

Выводы

1. Использование индивидуализированного подхода при лечении бесплодия у женщин на фоне эндометриоза яичников показало статистически достоверное снижения количества макрофагов в перитонеальной жидкости, повышение процентного соотношения лимфоцитов. Наблюдалось сокращение содержания в сыворотке крови противовоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-6, ФНО- $\alpha$  в 1,6 раза.

2. Установлена зависимость между частотой наступления беременности и снижением уровня маркеров ангиогенеза, более выраженная в группе с иммуномодулирующим лечением.

3. Персонифицированный комбинированный подход при лечении бесплодия у женщин с эндометриозом позволяет повысить фертильность и, как следствие, вероятность зачатия в 1,6 раза. Кроме того, высока вероятность эффективного лечения болевого синдрома и продолжительности безрецидивного периода.

---

*Петрова В.Н., Шустикова Н.М.*

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

## **ЗНАЧЕНИЕ РЕФЛЕКСИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ОПЫТА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ**

Актуальность. Значение рефлексии в процессе концептуализации образовательного опыта новая дидактическая проблема для теории и практики профессионального обучения. Связывая образовательный опыт с концептуализацией, мы оказываемся «лицом к лицу» с ролью рефлексии. Строго говоря, процессы концептуализации, т.е. обобщения опыта, базируются на анализе, выявлении причинно-следственных связей, интерпретации конкретного педагогического факта, то есть на рефлексии. Приписывать опыту образовательной деятельности постоянное осознание было бы, на наш взгляд, заблуждением. С нашей точки зрения, это присуще и рефлексии образовательного опыта. Отметим, что неявные знания не так легко вербализуются, чаще они подразумеваются, в этом кроется, на наш взгляд, нежелание рефлексировать субъектом обучения не только процесс и результат учения, но и реалии его бытия.

Материалы и методы. Целью исследования явилась оценка роли рефлексии образовательного опыта в процессе обучения в медицинском вузе. Нами проведено когортное проспективное исследование, в котором приняли участие 648 клинических ординаторов, обучавшихся по дисциплине «Педагогика» в 2019 -2020 учебном году. Общая выборка была разделена на две группы: контрольную и экспериментальную, основным критерием деления служило посещение занятий в процессе освоения программы дисциплины. Экспериментальная группа была представлена 326 ординаторами, регулярно посещавшими занятия по дисциплине и потому, имевшие возможность взаимодействовать с пре-

подавателем и обучаться приемам педагогической деятельности и рефлексии в процессе подготовки дидактических материалов. В контрольную группу вошли 322 ординатора, из числа тех, кто не посещал занятия и выполнял задания на основе методических рекомендаций представленный на Едином Образовательном Портале (ЕОП) Сеченовского Университета и имеющегося представления о педагогической деятельности.

Результаты и выводы. Согласно соотношению самооценки ординатора выполненного задания с оценкой этой работы преподавателем, выявило, что из 100 опрошенных 28,4% ординаторов завысили свою самооценкой, а 12% продемонстрировали заниженную самооценку. Именно среди этой группы обучающихся были выявлены самые высокие показатели в успешности выполнения заданий. Установлено, что адекватная оценка характерна для 59,7% опрошенных, т.е. их самооценка совпадала с оценкой, выставленной преподавателем. Были установлены статистически значимые различия (при  $p < 0,005$ ) в оценке эмоциональной окраски деятельности ординаторов. Так эмоциональный окрас при изучении педагогики в экспериментальной группе существенно изменился: 56% и 1% (красный цвет) – агрессию к будущей учебно-познавательной работе, 10% и 4% (фиолетовый цвет) – нежелание заниматься педагогикой, 24% и 6% (желтый) – растерянность, 36% и 22% (синий) – проявили интерес к новому образовательному опыту

- 18% и 42% (голубой) – гордость за подготовленные задания; 12% и 28% (зеленый) – радость открытия нового знания, нового опыта. Эмоции выступают «индикатором» деятельности, то целесообразно преподавателю проводить мониторинг эмоционального отношения обучающихся на разных этапах учебного занятия, и роль рефлексии образовательного опыта несомненна. Более половины (58%) обучающихся попытались представить рефлексию процесса и результата подготовки ими эссе и кейса-решение ситуационных задач. Из них, 44% респондентов сочли данную форму анализа самостоятельной работы эффективной; 12% отметили, что продолжают изучать природу рефлексии в процессе самообразования. Так, например, нами было выявлено, что доминирование внутренней мотивации у 76% ординаторов, повышение интереса к педагогической информации – у 65%, нежелание копировать чужую работу и критически относиться к готовому тексту у 88%, создание авторского текста (98%), открытие для себя нового знания (62%), открытие для себя новых стилей учения (82%).

---

*Петручик О.В., Черникова И.В.*

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

## **ВЕСТИБУЛЯРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНЕВРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ПОЗИЦИОННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ**

Актуальность исследования и научная новизна:

Нарушения вестибулярной системы самая частая причина обращения пациентов к врачам различных специальностей, после жалобы на головную боль. Данные нарушения включают в себя жалобы на неустойчивость, приступы вращения, проблемы со зрением или неуверенность при ходьбе. Синдромология головокружения полиэтиологична: патология внутреннего уха, нервной системы, эндокринной или сердечно-сосудистой системы, а также ряд психических расстройств. Особенно распространены вестибулярные расстройства у пациентов трудоспособного возраста, приводя к необоснованной госпитализации в отделения острых нарушений мозгового кровообращения, частичной двигательной дезадаптации, временной нетрудоспособности, а также привлечение внимания родственников для ухода за пациентом с головокружением [1]. Оптимизация рациональной фармакотерапии, является одним из наиболее сложных направлений в проблеме головокружения. Рациональная фармакотерапия является сложным направлением, и для лечения используется большое число лекарственных препаратов различных фармакологических групп, однако лишь блокатор Н3-гистаминовых рецепторов и стимулятор Н1-гистаминовых рецепторов (бетагистина дигидрохлорид) обладают до-



казанным в исследованиях вертиголитическим эффектом [4,5]. Вестибулярная реабилитация является основным этапом лечения нарушений равновесия после симптоматического купирования острого головокружения и сопутствующих вегетативных реакций. Компоненты вестибулярной реабилитации включают разъяснение причин, приводящих к десенситизации вестибулярной системы, обучение координировать движения глаз и головы, улучшение устойчивости и навыков ходьбы, а также приобретение знаний о своем состоянии, как с этим справиться или стать более активным [3]. Лидером по частоте причин периферического головокружения является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение [2]. При правильной диагностике сторонности и вида поражения полукружного канала по характерным нистагмным реакциям можно выбрать наиболее эффективную методику репозиционного маневра или двигательных упражнений и добиться полной реконвалесценции, что в свою очередь позволяет избегать назначения необъективных методов обследования (МРТ головного мозга, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и т.д.), снижает риск непрофильных госпитализаций, риск падений, травматизации и формирования персистирующего постурально-перцептивного головокружения. Поэтому комплексное исследование отоневрологического статуса является актуальным для поиска эффективной стратегии лечения у пациентов с вестибулярными нарушениями.

Научная гипотеза: вестибулярная компенсация у пациентов с вестибулярным нарушением равновесия зависит от уровня поражения, правильной диагностики и выбора стратегии медикаментозного и немедикаментозного (двигательная реабилитация) лечения, сроков начала и продолжительности данного лечения, механизмов центральной компенсации. Алгоритм диагностики поражения вида и сторонности полукружного канала при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, точного выбора репозиционного маневра коррелируют с эффективностью вестибулярной компенсации и сроками восстановления вестибулярной функции.

Цель исследования: разработать и внедрить наиболее эффективную схему диагностических и лечебных репозиционных маневров у пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением.

Материалы и методы: для анализа использовались медицинские данные

полученные при обследовании 1347 пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. Среди них: мужчин – 787; женщин – 560. Средний возраст пациентов составил 53 года, в том числе, у мужчин – 50, у женщин – 53. Контрольная группа составляла 248 человек. Пациенты были ознакомлены с целями и основными положениями исследования, после чего подписали согласие на участие. Верификация диагнозов обеспечивалась комплексом мероприятий, включающих применение приборных методов диагностики (очки Френзеля, компьютерная видеоокулография и другие) и двигательных тестов (Dix-Hallpike, Roll-тест, ДНН). Порядок и выбор выполнения двигательных диагностических проб (манёвров) при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении проводился согласно разработанной карте-схеме проведения лечебно-диагностических манёвров по итогам пилотного исследования [<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.30845.69605/1>] и соответствовал международному опыту. Контрольная группа пациентов выполняла упражнения самостоятельно в домашних условиях, пользуясь данными из информационной сети Internet. Пациенты основной и контрольной групп в соответствии со стандартом лечения получали вертиголитики (бетагистин дигидрохлорид). Оценка выраженности и длительности головокружения оценивали по данным диагностических тестов, шкале DHI (Dizziness Handicap Inventory). Оценка двигательной активности производилась по шкале Тиннети, оценка качества жизни – по шкалам SF-36, EEQ-5D

Результаты: у пациентов в основной группе с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением после проведения репозиционных маневров достигнута полная реконвалесценция в 92, 3% случаев, вне зависимости от пола, остальным 7.7% пациентам потребовался повторный репозиционный маневр. Пациенты контрольной группы в 11, 1% достигли полной ремиссии при помощи домашней гимнастики за 7-10 дней, у 88,9% сохранялось доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение при проведении диагностических проб, а также сформировались нарушения равновесия при ходьбе, эмоциональные нарушения по типу тревожности, бытовой дезадаптации, ограничение двигательного режима. Такие пациенты были взяты на курс реабилитации.

Выводы: вестибулярная реабилитация является главным этапом лечения пациентов с головокружением и нарушением равновесия, особенно пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. Полученные данные свидетельствуют о значительном вкладе разработки схем-карт (алгоритмов) осмотра врачом любой специальности (без навыков отоневрологического осмотра) пациента с головокружением, высокой эффективности их применения в отличие от попыток самостоятельной реабилитации, а значит указывают на перспективность продолжения данного исследования.

Список литературы:

Zamergrad M.V., Zamergrad M.V. Вестибулярная реабилитация. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009;1(2):19-22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2009-33>

Gupta SK, Mundra RK. Electronystagmography a Very Useful Diagnostic Tool in Cases of Vertigo. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Dec; 67 (4):370-4. doi:10.1007/s12070-015-0859-y. Epub 2015 May 17.

McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD005397. DOI: 10.1002/14651858.CD005397.pub4

Berisavac II, Pavlovic AM, Trajkovic JJ, Sternic NM, Bumbasirevic LG, Drug treatment of vertigo in neurological disorders. Neurol India. 2015 Nov-Dec;63(6):933-9.

Strupp M., Thurtell M.J., Shaikh A.G., Pharmacotherapy of vestibular and ocular motor disorders, including nystagmus. J Neurol 2011; 258(7):1207-22.

Bhattacharyya N. et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update) // Otolaryngol. Neck Surg. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, 2017.

Vol. 156, No 3\suppl. P. S1--S47

---

***Пименова Е.В., Елхова А.В., Мачнева А.Ю., Молчанова Е.В., Фролов Д.М.,  
Замарина Т.В., Яковлев А.Т.***

ФКУЗ Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора, г. Волгоград

## **ПОЛУЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ФЛУОРЕСЦИРУЮЩЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИГЕНА ВИРУСА ЗАПАДНОГО НИЛА**

Согласно классификации патогенных для человека микроорганизмов, принятой в Российской Федерации, вирус Западного Нила (ВЗН) относится ко II группе патогенности. С момента обнаружения и до 1994 года лихорадку Западного Нила (ЛЗН) считали эндемичной для тропических и субтропических стран. На сегодняшний день ареал распространения ВЗН в РФ охватывает территории юга европейской части страны, а также регионы Сибири и Дальнего Востока. Стремительное распространение арбовирусной инфекции в неэндемичные регионы и формирование новых природных очагов определило разработку иммунодиагностических экспресс-методов для обнаружения антигена ВЗН в полевом материале.

Целью данной работы было получение экспериментального флуоресцирующего диагностического препарата на основе моноклональных антител (МКА) и оценка его диагностической способности выявления антигена ВЗН в мазках-отпечатках, сделанных из органов экспериментальных животных.

Источником получения МКА к ВЗН являлась клеточная линия гибридомы-продуцента С2 из коллекции ФКУЗ Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора. Выделение иммуноглобулиновой фракции из асцитической жидкости осуществляли методом трёхкратного высаливания насыщенным раствором сульфата аммония. После выделения и очистки концентрацию иммуноглобулинов довели до 25 мг/мл. Конъюгирование иммуноглобулинов выполняли по общепринятой схеме с использованием флуоресцеин-5-изотиоцианата (ФИТЦ) в концентрации 25 мг на 1 мг белка. Конъюгацию проводили не менее 18 ч в условиях холодильника при

постоянном перемешивании на магнитной мешалке. Удаление ФИТЦ, химически не связавшегося с белком, осуществляли с помощью гель-фильтрации на колонке с сефадексом G-50.

Для оценки диагностической способности полученного экспериментального препарата использовали мазки-отпечатки, сделанные из органов беспородных мышей, предварительно инфицированных штаммом вируса Западного Нила с различной вирусной нагрузкой (от 101 до 105 БОЕ). Исследование проводили на мазках-отпечатках следующих органов: печень, селезенка, лимфатические узлы, кровь, легкие.

Уровень специфической активности изготовленного экспериментального иммуноглобулинового препарата определяли в прямом методе флуоресцирующих антител. Степень яркости свечения оценивали по общепринятой 4-крестовой системе.

В ходе исследования было выявлено специфическое свечение вирусных частиц как внутри клетки, так и в межклеточном пространстве.

Таким образом, в результате проведенных нами исследований получен экспериментальный флуоресцирующий диагностический препарат на основе МКА, предназначенный для выявления ВЗН в мазках-отпечатках лабораторных животных методом МФА, который позволил обнаружить свечение вирионов в клетках исследуемых органов. Однако, для полной характеристики сконструированного препарата необходимо дальнейшее изучение специфичности и чувствительности на широком спектре биоматериалов.

---

*Плахотников И.А., Олейник Т.В., Михальченко Е.А.*

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

## **ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВ РОГОВИЦЫ**

Аннотация. Гнойные язвы роговицы занимают первое место по клинической тяжести, способны привести к перфорации, эндофтальмиту, панофтальмиту. Анатомические особенности роговицы препятствуют полноценному проникновению лекарственных веществ, что замедляет ее эпителизацию и может приводить к формированию грубых помутнений роговицы. Проблема поиска новых методов лечения язв роговицы остается актуальной.

Ключевые слова: плазма, обогащенная тромбоцитами, язвы роговицы, интрастромальное введение антибактериального препарата.

Цель исследования: оценить эффективность применения обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении язв роговицы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 129 пациентов с язвой роговой оболочки (по 43 пациента в трех группах). Первая группа получала консервативное лечение, второй группе к традиционному лечению добавлено введение антибактериального препарата в роговицу. Третья группа – на фоне традиционного лечения получала сочетание интрастромального введения антибактериального препарата в слои роговицы с инстилляцией ОТП. Эффективность лечения оценивали по срокам завершения эпителизации, исчезновению гнойного отделяемого, уменьшением воспалительной реакции, повышению остроты зрения, степени помутнения роговицы, возникновению осложнений.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1-й группы очищение язвы роговицы происходило на 7-й день лечения в 32,6±7,1% случаев – 14 глаз, у пациентов 2-й группы – у 58,1±7,5% – 25 глаз, тогда как у пациентов 3-й группы – у 67,4±7,1% – 29 глаз. (p<0,05 по отношению к пациентам 1-й группы). Воспалительная реакция в 1-й группе уменьшалась до 10-го дня у 41,9±7,5% пациентов, у пациентов 2-й группы – у 62,8±7,4%, а у пациентов 3-й группы у 76,7±6,4% (p<0,05 по отношению к пациентам 1-й группы).

Сроки эпителизации язвы в первой группе ускорились до 14-го дня лечения у 44,2±7,6% пациентов, во второй группе – у 51,2±7,6%, а у пациентов 3-й группы наблюдалось начало эпителизации

уже на 5-й день лечения, а к 14-му дню в  $62,8 \pm 7,4\%$  ( $p < 0,05$  по отношению к пациентам 1-й группы) наступала практически полная эпителизация язвенного дефекта.

При поступлении у всех пациентов статистически значимой разницы в остроте зрения выявлено не было. После лечения острота зрения у пациентов 1-й группы составляла  $0,01-0,09$  у  $41,5 \pm 7,7\%$ ,  $0,1-0,2$  – у  $43,9 \pm 7,7\%$ , выше  $0,2$  – у  $14,6 \pm 5,5\%$ . После лечения острота зрения у пациентов 2-й группы составляла  $0,01-0,09$  у  $34,9 \pm 7,3\%$ ,  $0,1-0,2$  – у  $41,9 \pm 7,5\%$ , выше  $0,2$  – у  $23,2 \pm 6,4\%$ . После лечения острота зрения у пациентов 3-й группы составляла  $0,01-0,09$  у  $16,3 \pm 5,6\%$ ,  $0,1-0,2$  – у  $34,9 \pm 7,3\%$ , выше  $0,2$  – у  $48,8 \pm 7,6\%$  ( $p < 0,05$  по отношению к пациентам 1-й группы).

Формирование грубых помутнений было выявлено только у пациентов первой группы – в  $26,8 \pm 6,9\%$  случаев (11 глаз). Нежные помутнения при выписке и в отдаленные сроки наблюдения встречаются меньше всего так же у пациентов первой группы ( $22,0 \pm 6,5\%$  случаев (9 глаз) на протяжении всего времени), у пациентов второй группы – в  $30,2 \pm 7,0\%$  случаев (13 глаз). Только у пациентов 3-й группы при выписке биомикроскопически наблюдалась прозрачная роговица без каких-либо помутнений (в  $48,8 \pm 7,6\%$  случаев (21 глаз)). А в отдаленный период (1 и 6 месяцев) наблюдения такие показатели выросли до  $58,1 \pm 7,5\%$  случаев (25 глаз) и  $76,7 \pm 6,4\%$  случаев (33 глаза) соответственно.

Следует отметить, что в первой группе в процессе лечения у 15-ти человек развилась кератопатия, у двух – панфталмит и перфорация роговицы в связи с чем была выполнена в ургентном порядке энуклеация.

Выводы. Применение плазмы, обогащенной тромбоцитами, в сочетании с интрастромальным введением антибиотика позволяет повысить эффективность лечения язв роговой оболочки путем ускорения сроков эпителизации на  $18,6\%$ , снизить проявления признаков воспаления на 10-й день лечения на  $34,8\%$ , снижает риск формирования грубых помутнений и помутнений средней интенсивности, увеличивает количество пациентов с прозрачной роговицей при выписке в  $48,8 \pm 7,6\%$  случаев ( $p < 0,05$ ), а в отдаленный период – в  $76,7 \pm 6,4\%$  случаев ( $p < 0,05$ ).

**Победенная Г.П., Скиба Т.А.**

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

## **ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Введение. Ментальность пациентов и большинства врачей при установлении диагноза бронхиальной астмы (БА) чаще всего ориентирована на вопросы, связанные с медико-социальной экспертизой трудоспособности. На деле же, все усилия сообщества «врач-пациент» должны быть направлены на медико-социальную реабилитацию больного, для того чтобы вернуть обществу трудоспособного человека. С учетом такого предиктора как наследственность, пациента с БА врач взрослой практики чаще всего получает из детства – от педиатра. Большинство больных с БА – в возрасте 20-40 лет, т.е. в трудоспособном возрасте. На сегодняшний день в ЛНР ежегодно диагноз БА устанавливается, в среднем, 180 взрослым пациентам, большинству – трудоспособного возраста. Тяжелая астма, которая зачастую приводит к инвалидности человека, – в среднем, у 5% из них. Это, в среднем, 9 человек. Значит, остальных 172 человека – должны быть полноценными членами нашего общества с минимальными затратами государства на них.

Цель исследования – оценить клиническую и экономическую эффективность метода медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой «астма-школы».

Материал и методы исследования. В исследование были включены 276 больных БА, которые в 2003-2006 гг. были слушателями «астма-школы». За результатами знаний и состояния пациентов наблюдали с помощью самостоятельно разработанной анкеты, охватывающей информацию по представлениям о заболевании, пользовании доставочными устройствами и средствами для самоконтроля, приверженности к базисным препаратам, доверии к лечащему врачу.

Результаты. Исходное анкетирование больных показало, что подавляющее количество исследованных лиц – 252 (91,3%) не получали должной информации о клинических проявлениях и особен-

ностях течения БА, не имели понятия о возможности контролировать состояние функции внешнего дыхания с помощью пикфлоуметра, медикаментозное лечение считали недостаточно эффективным, выражали беспокойство длительными курсами терапии, 195 (70,6%) негативно относились к назначению терапии базисными препаратами и не доверяли лечению ними. По окончании курса обучения, включавшего 6 занятий, было установлено, что 231 (83,7%) слушателей «астма-школы» существенно расширили свои знания о сущности БА, необходимости длительной базисной терапии заболевания, ее преимуществах и возможности самоконтроля за течением заболевания и эффективностью лечения. На итоговых практических занятиях 258 (93,5%) лиц, обучавшихся в «астма-школе», продемонстрировали правильное пользование ингаляционной техникой и пикфлоуметром. Через 1 год после обучения в «астма-школе» количество обострений у больных, которые ее посещали, уменьшилось в 1,8 раза, экстренных госпитализаций – в 2,4 раза, вызовов «скорой» – в 1,7 раза, количество дней нетрудоспособности – в 1,6 раза. При оценке спектра лекарственных препаратов, которые применялись для лечения астмы, было выявлено в 2 раза увеличение количества лиц, получавших базисную терапию в соответствии со степенью тяжести болезни. Посетителей «астма-школы» перестали беспокоить явления стероидофобии. Анализ дневника измерения показателей пикфлоуметрии позволил зарегистрировать тенденцию к их повышению у слушателей «астма-школы» уже в первые 2 месяца после начала обучения. У пациентов улучшились показатели функции внешнего дыхания: РЕФ выросла на  $(14,8 \pm 4,2)\%$ , FEV<sub>1</sub> – на  $(12,3 \pm 3,8)\%$ , FVC – на  $(9,7 \pm 3,6)\%$ .

Таким образом, проведение «астма-школы» доказало ее значительную эффективность как способа медико-социальной реабилитации пациентов и рекомендовано к использованию в клинической практике.

---

*Победенный А.А., Лещинский П.Т., Брикман Е.Ю., Малько Н.Л.*

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

## **КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Заболевания, с которыми женщина вступает в беременность, негативно влияют на течение беременности, родов и организм плода. Одним из таких заболеваний, действие которого в настоящее время активно обсуждается, является ожирение. Женщины с избыточным весом и ожирением до беременности превышают нормы прироста массы тела во время беременности и имеют большой риск осложнений беременности и родов.

Целью исследования было выявить клинические и параклинические особенности течения беременности у женщин с ожирением и предпосылки их формирования.

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 167 беременных женщин в 3-м триместре беременности, в т.ч.: I группа – 107 беременных женщин с нормальной массой тела в возрасте  $(29,3 \pm 2,7)$  лет, II группа – 63 беременные женщины с ожирением I-II степени (ИМТ 30-35 кг/м<sup>2</sup>) в возрасте  $(28,6 \pm 2,4)$  лет. Наряду с рутинными лабораторными клиническими и биохимическими методами, у всех беременных были использованы инструментальные методы: ультразвуковое исследование, включающее фетометрию, доплерометрию кровотока в основных артериях функциональной системы мать-плацента-плод, бульбарную биомикроскопию конъюнктивы матери, агрегометрию. Для статистической обработки полученных данных были использованы статистические методы, принятые в медицинских исследованиях.

Результаты. У 7 беременных (14,3%) II группы и у 1 беременной (3,1%) из I группы до беременности наблюдалась артериальная гипертензия. Эти пациентки были в возрастной категории старше 30 лет.

При исследовании липидного спектра во II группе была выявлена дислипидемия с повышением уровня общего холестерина в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), ХС ЛПНП – в 1,2 раза, ХС ЛПОНП – в 1,6 раза ( $p < 0,01$ ) и триглицеридов – в 1,4 раза ( $p < 0,01$ ) по сравнению с беременными I группы. У пациенток с ожирением отмечалось повышение уровня глюкозы и индекса НОМА в 1,6 раза ( $p < 0,01$ ) по срав-

нению с беременными без ожирения. При ультразвуковом исследовании маловодие было выявлено у 36% беременных II группы или в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ) чаще, чем у беременных в I группе (27%), гипоплазия плаценты диагностирована во II группе в 1,4 раза чаще, чем в I группе, дегенеративные изменения плаценты – в 1,2 раза чаще по сравнению с I группой, синдром задержки роста плода – в 1,6 раза чаще, чем в I группе. При доплерометрии у пациенток с ожирением отмечены снижение кровотока в центральной части плаценты по сравнению с беременными с нормальной массой тела, асимметрия систоло-диастолического отношения (нарушения маточного кровотока в правой и левой маточных артериях), нарушения плодово-плацентарного кровотока.

При анализе показателей анализа крови у пациенток II группы было выявлено достоверное увеличение MCV, а также увеличение объема тромбоцитов и числа больших тромбоцитов в целом пуле тромбоцитарной массы, что, наряду с дисбалансом агрегационной способности тромбоцитов, может создавать предпосылки к гиперагрегационному состоянию у беременных с ожирением. В исходах родов у беременных с ожирением кесарево сечение и гипотрофия плода были отмечены во II группе в 2 раза чаще, чем в I группе, обвитие плода пуповиной – в 1,5 раза чаще ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, при беременности с ожирением выявлена дислипидемия, инсулинорезистентность, ПН с дисрегуляцией маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока на фоне структурно-функциональных нарушений эритроцитов и тромбоцитов с дисрегуляцией их спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации, что сопровождалось осложнениями со стороны родов и плода.

**Победенный А.А., Лецинский П.Т., Жмурко Т.П.**

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

## **ПРЕДПОСЫЛКИ ГИПЕРАГРЕГАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Гемостатические нарушения играют важную роль в развитии гестационных и акушерских осложнений. Дополнительными негативными факторами служат ожирение беременных и нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ).

Цель работы – проанализировать структурно-функциональное состояние тромбоцитов у беременных с ожирением и субклиническим гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 54 беременных женщин с ожирением на фоне субклинического гипотиреоза (основная группа). Группу сравнения составили 32 беременных без признаков ожирения и гипотиреоза. Все беременные находились в I-II триместрах беременности. Наличие ожирения оценивали по параметрам индекса массы тела при постановке на учет в сроке 6-8 нед. Субклинический гипотиреоз выявили по показателям функции ЩЖ и сравнению с результатами беременных без ожирения и практически здоровых небеременных женщин (контрольная группа 34 женщины). Анализ количества и структуры тромбоцитов проводили на аппарате K-1000 («Sysmex», Япония), спонтанную и АДФ-индуцированную агрегационную способность тромбоцитов (АСТр) оценивали на лазерном агрегометре НПФ «Биола» 230-LA (РФ). Количественные и структурные характеристики тромбоцитов включали определение содержания тромбоцитов в периферической крови, тромбоцитарных индексов: MPV (mean platelet volume), PDW (platelet size distribution width) и P-LCR (platelet large cell ratio).

Основная часть. Все беременные находились в I-II триместрах беременности. Разницы в количестве тромбоцитов периферической крови у всех исследуемых отмечено не было. В структуре тромбоцитов у беременных основной группы отмечены следующие изменения: показатель MPV на 10,7% ( $p < 0,05$ ) превысил условную норму, значение PDW было выше показателя здоровых лиц в 1,14 раза. Начальный показатель P-LCR у пациенток основной группы был в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ) выше условной нормы. Изучение показателей спонтанной и АДФ-индуцированной АСТр выявило их дисрегуляцию: часть показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов превышали норму: средний радиус агрегатов спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации СРАсп и СРАадф, показатель спонтанной агрегации СПсп, и средний радиус дезагрегации СРДА были повы-

шенными, а средние радиусы максимального наклона спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации СРМНсп, СРМНадф, СПМНсп – существенно не изменились в период наблюдения. У беременных пациенток без ожирения и субклинического гипотиреоза в единичных случаях отмечались незначительные отклонения указанных показателей от таковых в контрольной группе, не влияющие на общее значение. К предродовому периоду в основной группе было выявлено нарастание тромбоцитарных индексов и повышение основных показателей АСТр.

Выводы. Выявленные изменения у беременных основной группы характеризуют склонность крови к гиперагрегационному состоянию, что потенциально может негативно влиять на состояние фетоплацентарного комплекса и осложнить течение беременности и родов.

---

*Победенный А.Л.*

ГУ ЛНР «Луганская республиканская клиническая больница», г. Луганск

## **ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ**

В формировании расстройств и осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) средней тяжести – ушиба головного мозга важное место принадлежит иммунной системе, влияние которой осуществляется при помощи различных цитокинов. Цитокинам, по современным данным, принадлежит существенная роль в формировании тяжести течения послеоперационного периода, и обсуждается их значение как маркеров тяжести и прогноза состояния больных. Целью работы было определение содержания про- и противовоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов (Ig) A, M, G у больных с ЧМТ средней тяжести – ушибом головного мозга, осложненной гематомой различной локализации в ранний послеоперационный период, через 3 дня, затем через 2 недели после операции.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 19 больных с черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга, осложненным гематомой различной локализации и величины. У всех больных в сыворотке крови после оперативного вмешательства определялось содержание провоспалительных цитокинов – интерлейкина (IL)1 $\beta$ ,  $\gamma$ -интерферона (IFN) и противовоспалительного IL-4 с помощью иммуноферментного анализа через 1 сутки, 3 суток и 2 недели после проведенного оперативного вмешательства. Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек. У всех исследованных через день после оперативного вмешательства значения IL-1 $\beta$  превышали референтную норму, в среднем, в 5 раз ( $p < 0,05$ ), наибольшие показатели отмечались в трехдневный срок после операции, и затем наблюдалось его медленное снижение, однако, перед выпиской из стационара контрольные значения IL-1 $\beta$  в сыворотке крови достигнуты не были. Концентрации IL-4 была несколько выше, чем контрольные значения, достигала максимума на 3-5 день после операции и затем также снижалась, но не достигала контрольных значений. Содержание  $\gamma$ -IFN не отличалось от референтной нормы, повышалось на 3-и сутки после операции и затем удерживалось на повышенном уровне. Существенных изменений содержания IgA, IgM, IgG в сыворотке крови исследованных больных в первые сутки после оперативного вмешательства не происходило, затем наблюдалось повышение IgM и IgG.

Таким образом, у больных с ЧМТ – ушибом головного мозга, осложненным гематомой разной локализации и величины, в первые сутки после операции происходило увеличение содержания IL-1 $\beta$ , как „стартового”, и, очевидно, наиболее чувствительного. В ответ на повышение IL-1 $\beta$  включались компенсаторные механизмы с повышением содержания IL - 4 и  $\gamma$ -IFN. Динамика цитокинов в сыворотке крови требует тщательного изучения показателей клеточного иммунитета для рациональной коррекции в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

*Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Томачинская Л.П., Томаш Л.А.*

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

## **ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЭУФИЛЛИНА И МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Широкое распространение остеохондроза позвоночника требует внедрения методик физиотерапевтического лечения заболевания. При данной патологии результатом смещения позвоночных дисков является защемление нервов и нарушение кровообращения. Головной мозг не получает достаточное количество кислорода, человека может беспокоить головная боль и головокружение, сонливость, быстрая утомляемость. Развивается синдром позвоночной артерии. Патогенетической терапией можно считать в данном случае сосудистую терапию и физиотерапевтические факторы с вазоактивным действием. Возможно использование магнитотерапии, гальванического тока (особенно, электрофореза). Целью данного исследования явилось изучение эффективности электрофореза эуфиллина как самостоятельного метода и в сочетании с магнитотерапией при остеохондрозе шейного отдела позвоночника с синдромом позвоночной артерии. Выбор препарата для электрофореза объясняется его действием на сосудистое сопротивление со снижением тонуса сосудов мозга, торможением агрегации тромбоцитов с улучшением церебрального кровообращения.

Исследовали 44 пациента в возрасте от 25 до 45 лет с протрузиями дисков по данным магнитно-резонансной томографии. В зависимости от проводимого лечения все пациенты были разделены на 3 группы больных. В первой группе на фоне традиционного медикаментозного лечения пациентам проводили магнитотерапию от аппарата Полимаг-02 М с расположением электродов на голове и воротниковой зоне, режим непрерывный, тип магнитного поля – правовращение, индукцией 6-10 мТл, частотой 2 Гц, длительностью 20 минут. Затем отпускали электрофорез эуфиллина от аппарата Радиус-01 ФТ с использованием гальванического тока с плотностью тока 0,1 мА/см<sup>2</sup>, длительностью 20 минут на шейный отдел позвоночника по продольной методике. Во второй группе проводили только магнитотерапию. А пациенты третьей группы получали только электрофорез эуфиллина. Исследовали общее самочувствие, выраженность болевого синдрома, онемения конечностей, вестибулярные нарушения, динамику показателей артериального давления и др.

Результаты исследования показали, что интенсивность болевого синдрома уменьшалась быстрее в первой группе на 3-4 дня в сравнении с пациентами, получавшими только магнитотерапию или электрофорез. Снижение выраженности проявлений вестибулярных нарушений у пациентов первой группы наступало в 80,0% случаев, что было существенно выше, чем во второй (64,3%) и третьей группе (73,3%) соответственно. Проведенный курс комплексной физиотерапии приводил к снижению показателей артериального давления. Максимальные изменения динамики артериального давления наблюдали у больных, получавших электрофорез эуфиллина после 6-7 сеанса, когда уровень артериального давления был ниже в 1,2-1,3 раза в сравнении с исходными данными. Так в этой подгруппе достоверное снижение артериального давления отмечено в 75,0% случаев. Снижалось как систолическое, так и диастолическое давление. У больных, получавших магнитотерапию и комплексное лечение (магнит и электрофорез) положительные изменения наблюдались в 64,3% и 73,3% случаев соответственно. Более выраженным изменениям были подвержены показатели систолического давления. Частота сердечных сокращений существенно не изменилась.

Таким образом, максимальная эффективность лечения наблюдалась при сочетанном использовании магнитотерапии и электрофореза эуфиллина, когда воздействовали на различные уровни патологических процессов, и физиотерапевтические процедуры усиливали действия друг друга.



*Подоліна О.В., Шокотько Л.Е.*

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

## **К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОСИСТЕМЫ**

Формирование русской медицинской терминологии происходило с древнейших времен на базе греческого и латинского языков и продолжается до сих пор. Вопросам медицинской терминологии посвящено большое количество научных исследований, однако многие проблемы на сегодняшний день остаются дискуссионными и окончательно не решенными. Объясняется это тем, что терминология описываемого подъязыка относится к наиболее интенсивно развивающимся терминосистемам, что обусловлено, прежде всего, стремительным развитием медицинской науки.

Как показывают наблюдения исследователей, современная медицинская терминология пополняется за счет создания новых терминов на основе номинативных средств русского языка и терминологизации общелитературных слов. Значительная часть таких терминов представлена составными наименованиями, содержащими в себе два и более компонентов: обвитие пуповины, пазухи твёрдой мозговой оболочки, хронический диффузный обструктивный бронхит. Строятся такие словосочетания путем распространения и сложения двух и более трех отдельных компонентов: позвоночная вена – передняя позвоночная вена, наружная вена – небная наружная вена, поперечный отросток – верхний (нижний) суставной отросток и т.д. Главное слово может быть как простым, общелитературным (медиальная поверхность), так и состоящим из греческих элементов (застойная ксантохромия спинномозговой жидкости). Таким образом, термин-словосочетание, как правило, создается на базе односоставного термина, выражающего исходное понятие. Он мотивирован исходным формально и на содержательном уровне. Это позволяет исследователям рассматривать процесс образования нового бинарного или многокомпонентного термина как деривационный, аналогичный словообразовательному. При этом деривационные отношения, то есть отношения между производящей и производной единицей, могут рассматриваться как разновидность парадигматических. Подтверждением этого является вхождение неоднословных терминов в терминообразовательное гнездо.

Таким образом, мы приходим к выводу, что современная русская медицинская терминология – результат исторического развития общества. В процессе эволюции терминосистемы изменялись способы номинации специальных понятий: от лексико-семантического способа образования терминологических единиц, продуктивных на ранних этапах, до образования составных терминов на последующих и современном этапах развития. Медицинская терминология обогащается не только в результате заимствования лексики из других языков, но и за счет использования собственных внутренних ресурсов языка.

Лексический состав медицинской терминологии разнообразен: заимствованные термины из латинского и греческого языка, прошедшие ассимиляцию по разным направлениям, ставшие центром терминообразовательного гнезда, единицы общеупотребительной лексики русского языка, подвергшиеся семантическим изменениям в результате терминологизации, терминологические единицы, представляющие собой терминологизованный лексико-семантический вариант общеупотребительного слова, бинарные и многокомпонентные терминологические единицы.

Исследование различных терминосистем медицинской науки в диахроническом аспекте позволит решить вопросы, связанные с оптимизацией учебного процесса. Учет системных отношений, формирующих терминологию, поможет не только лучше ориентироваться в системе научных понятий данной области знаний, но и приведет к пониманию общеязыковых связей и отношений. Решению названной методической задачи поможет учебный словарь по специальности, основополагающим принципом которого является принцип учебно-методической целесообразности и сочетаемости языковых единиц.

*Подольская Ю.А*

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

## **ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА**

Более трети населения планеты страдают аллергическими заболеваниями. Наиболее заметный рост алергопатологии наблюдается в развивающихся странах. В последние годы стали появляться доказательства возможной роли аллергической патологии в развитии остеопороза (ОП).

Цель работы – проанализировать зарубежные и отечественные научные публикации, посвященные изучению ассоциаций между аллергическими заболеваниями и остеопорозом, определению роли аллергического процесса в развитии патологии костной системы.

Материалы и методы. При подготовке работы использовались научные публикации, вышедшие в период за 2005-2022 гг., представленные в электронных базах eLIBRARY, PubMed, PubMedCentral, GoogleScholar на английском и русском языках.

Результаты и обсуждение. По результатам анализа научной литературы выявлены немногочисленные исследования, которые выполнены с целью изучения ассоциации между аллергией и ОП. Выводы ряда из них подтверждают такую связь.

Наиболее часто встречающиеся ассоциации с патологией костной системы имеет бронхиальная астма (БА). S.T. Holgate и соавт. в своей работе привели результаты обследования 3160 больных бронхиальной астмой и показали, что наличие заболевания легких увеличивает риск развития ОП в 1,74 раза (95% ДИ 1,55-1,94;  $p < 0,001$ ). Важно отметить, что больные БА чаще болеют ОП вне зависимости от проводимого лечения. Остеопороз с повышенной частотой имеют как пациенты с хорошо контролируемой БА (ОШ = 1,43; 95% ДИ 1,10-1,86;  $p = 0,008$ ), так и больные, не получавшие лечение легочного заболевания (ОШ = 1,96; 95% ДИ 1,66-2,31;  $p < 0,001$ ).

Кроме того, несмотря на наличие данных о роли БА в развитии остеопороза, в последние годы появились свидетельства о влиянии на костную ткань пищевой аллергии. В 2015 году группой израильских ученых было проведено исследование по изучению связи остеопении и пищевой аллергии на молочные протеины. Исследователи изучили состояние костной ткани 33 пациентов в возрастной группе 16-24 лет. Установлено, что исключение молочных продуктов из-за непереносимости молочного белка в 27% случаев приводит к развитию остеопении ( $p < 0,05$ ).

Атопический дерматит – это еще одна распространенная патология, которая относится к актуальным аллергическим заболеваниям. По данным исследования, проведенного в Тайване, у больных с атопическим дерматитом значительно возрастает частота возникновения остеопороза. У 360 (1,02%) пациентов с атопическим дерматитом и у 127 (0,36%) пациентов без атопического дерматита за период наблюдения развился остеопороз.

Выводы. К настоящему времени есть доказательства, подтверждающие наличие ассоциаций между аллергией и остеопорозом. Однако результаты проведенных исследований неоднозначны и не могут полностью раскрыть проблему взаимосвязи этих двух широко распространенных патологий. Поэтому связь аллергии с остеопорозом нуждается в дальнейшем изучении.

---

*Подолька В.Л., Зяблицев Д.В., Бублик Я.В., Подолька Д.В., Штокалова С.В.*

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

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» В ПРОГРАММЕ ОРДИНАТОРОВ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.**

Изучая тему общественного здоровья и здравоохранения с ординаторами всех специальностей на кафедре организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО отмечено недостаточное понимание важности общественного здоровья и его влияние на основные показатели качества жизни в обществе. Часто возникает обоб-

шение показателя заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни у населения, как недостаточный уровень в организации системы здравоохранения, без учета социологических, экономических, управленческих проблем в конкретной исторической обстановке.

Термин «общественное здоровье и здравоохранение» в разные периоды имело название: социальная гигиена и организация здоровья, социальная медицина.

В процессе занятий с ординаторами важно обозначить отличие от клинических дисциплин предмета общественного здоровья, который изучает состояние здоровья населения и общества в целом. Уровень жизни, экономическое состояние государства, производственные отношения, являются определяющими для состояния здоровья людей. Научно-технический прогресс приносит обществу блага, но может оказать негативное воздействие на состояние здоровья человеческих коллективов. Особенно важно оценить состояние общественного здоровья в нашем регионе с учетом военных действий.

При проведении занятий с ординаторами по теме общественное здоровье и здравоохранение использовалось начальное тестирование для определения понимания этого предмета в практической работе врача. Затем в ходе обсуждения были включены вопросы состояния общественного здоровья в нашем регионе и влияние экономического, социального, политического организационного уровня на демографические показатели. Анкетирование в конце цикла убедительно показало интерес и хорошие знания для успешной деятельности в любой специальности практического врача.

Общественное здоровье и здравоохранение как предмет преподавания в медицинском университете занимает ведущее место в системе здравоохранения и в подготовке будущего врача. Основное назначение общественного здоровья и здравоохранения, как науки и учебной дисциплины — оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

Основная цель преподавания предмета общественное здоровье и здравоохранение – подготовка высококвалифицированных специалистов, глубокознающих вопросы организации медицинской помощи, планирования, экономики и прогнозирования развития системы здравоохранения.

---

*Позднякова Н.В., Денисова А.Г.*

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза  
ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 59» ФМБА России, г. Пенза

## **ПОСТКОВИДНЫЙ ТАХИКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в сочетании с воздействием вируса SARS-CoV-2 ухудшают прогноз, повышая риск сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном периоде. Тахикардию рассматривают как интегральный фенотип нарушений деятельности автономной нервной системы, лежащий в основе большинства проявлений постковидного синдрома.

Цель: на основании комплексного анализа клинических и функциональных показателей оценить эффективность ритм-урежающей терапии при постковидном синдроме.

Материал и методы: 72 больных /32 мужчины и 40 женщины/ после перенесенной коронавирусной инфекции давностью с начала заболевания  $68 \pm 8,4$  сут, средний возраст –  $54,3 \pm 5,4$  лет. Пациенты методом случайной выборки разделены на две группы. В группе I (n=38) назначен ивабрадин (препарат «кораксан», средняя доза – 7,5 мг), в группе II (n=34) – кардиоселективный БАБ с вазодилатирующими свойствами (небиволол, средняя доза – 6,25 мг). Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия, оценка вариабельности ритма сердца (BPC).

Результаты: В группах на фоне терапии кораксаном и небивололом отмечено достоверное снижение ЧСС, соответственно, на  $17,4 \pm 3,5$  уд/мин и на  $19,2 \pm 4,3$  уд/мин, при увеличении толерантности к физической нагрузке (ФН), улучшении диастолической функции левого желудочка (увеличение  $E'/A'$ , соответственно, на 24% и на 32%) и диастолической функции правого желудочка (увеличение  $E'/A'$ , соответственно, на 16,4% и на 21%),  $p < 0,05$ ; изменение TAPSE амплитуды смещения трику-

спидального фиброзного кольца от  $15 \pm 0,18$  мм до  $23 \pm 0,46$  мм. Влияние If-ингибитора ивабрадина на систолическую функцию левого желудочка при курсовой терапии проявлялось в достоверном снижении КСО на 14% и увеличении фракции выброса (ФВ) на 9,6%, в группе II прирост ФВ на 3,5%. Ослабление симпатического влияния на синусовый ритм более выражено в группе с небивололом: увеличение SDNN от  $24,8 \pm 2,5$  мс до  $47,3 \pm 2,8$  мс, на фоне кораксана отмечен прирост SDNN от  $25,3 \pm 2,6$  мс до  $35,3 \pm 2,9$  мс, при явной тенденции к увеличению rMSSD. Через 10 недель курсовой терапии отмечено достоверное снижение среднего балла по Миннесотскому опроснику (MLHFQ) в группе I от  $48,9 \pm 3,5$  до  $19,5 \pm 1,5$  баллов, в группе II от  $54,6 \pm 3,9$  до  $21,2 \pm 1,4$  баллов.

Таким образом, терапия кораксаном и небивололом при достоверном снижении ЧСС улучшает качество жизни, повышает толерантность к физической нагрузке, оказывает положительное влияние на показатели систолической и диастолической функции сердца, улучшению гемодинамических показателей. Способность ивабрадина и небиволола улучшать функциональное состояние миокарда с возможностью коррекции вегетативной регуляции сердечного ритма

является одним из определяющих факторов в выборе терапии на длительный срок при наличии коморбидной патологии в восстановительном периоде после перенесенной коронавирусной инфекции

*Попандоупо А.Г., Акоюн Г.В., Денисов А.В., Турчин В.В., Кавелина А.С., Солопов М.В.*

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

## **МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ**

Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами (Platelets Rich Plasma или PRP) в последнее время все более широко используется в различных областях медицины с целью улучшения регенеративных процессов. Метод основан на представлениях о том, что в тромбоцитах содержится ряд веществ – факторов тканевого роста, которые после высвобождения из активированного тромбоцита попадают в зону терапевтического интереса. Схематично PRP получается путем центрифугирования, иногда неоднократного, цельной крови пациента в присутствии антикоагулянта с последующей активацией тромбоцитов веществом-триггером, в качестве которого используются препараты кальция или тромбина. Несмотря на кажущуюся простоту, клиническая эффективность метода напрямую зависит от технологических параметров получения субстрата, которые значительно отличаются у разных авторов. К таким параметрам относят способ забора крови, величину ускорения, кратность центрифугирования, время процедуры, температурный режим, используемый антикоагулянт, принцип фракционирования крови. Стандартного протокола процедуры не существует.

Нами проанализированы современные взгляды на состояние проблемы.

Известно, что ряд фирм выпускает специальные пробирки для получения PRP. Первая группа – пробирки, которые содержат только антикоагулянт. Вторая группа – это пробирки с разделительным гелем. Наличие тиксотропного геля в таких пробирках гарантирует полное разделение фракций крови и простоту выделения PRP. Третий вариант пробирок имеет специфическую форму, облегчающую отбор PRP после центрифугирования. Сравнение эффективности использования пробирок показало самое низкое содержание тромбоцитов в среде с разделительным гелем, что может быть обусловлено адсорбцией клеток самим гелем, являющимся полимером с высокой вязкостью. Другие типы показали примерно одинаковую эффективность – количество тромбоцитов в плазме после центрифугирования было в 4-5 раз выше, чем в цельной крови.

Известно, что при ускорении центрифугирования 400 G спонтанная активация тромбоцитов составляет 5%. С увеличением ускорения существенно увеличивается вероятность спонтанной активации, что предопределяет раннюю дегрануляцию факторов роста. Кроме того, есть указания на то, что очень высокая концентрация тромбоцитов также может приводить к их спонтанной активации и парадоксальному эффекту угнетения регенерации тканей. Однако на данный момент нет данных о величине оптимальной концентрации тромбоцитов и соотношении целых и разрушенных клеток в плазме, полученной при разных режимах центрифугирования.

Согласно современной концепции, плазму богатую тромбоцитами классифицируют на несколько типов, в зависимости от количества в ней тромбоцитов и лейкоцитов – чистая р-PRP и содержащая лейкоциты PRP (LPRP). Клиническая значимость влияния концентрации различных клеточных элементов полученной плазмы на ее свойства также не изучена.

Таким образом, очевидно, что процесс получения PRP имеет ряд нерешенных позиций, что может стать предметом дальнейших фундаментальных исследований.

---

*Попандоупо А.Г., Солопов М.В., Турчин В.В., Акоюн Г.В.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КЛЕТОК НА ПОВРЕЖДЕННЫЙ МИОКАРД**

Исследование механизмов действия терапевтических клеток на повреждённую сердечную ткань важно для разработки и совершенствования методов терапии. Существует два основных подхода в клеточной терапии сердца: замещение клеток повреждённого миокарда (ремускуляризация) и паракринная сигнализация процессов эндогенного восстановления, таких как ангиогенез, воспаление и фиброз.

На сегодняшний день наиболее значимым источником кардиомиоцитов для ремускуляризации сердца являются плюрипотентные клетки (ЭСК и ИПСК). Ремускуляризация предполагает приживание трансплантированных клеток в миокарде реципиента, их пролиферацию и дифференцировку с последующим электромеханическим связыванием с резидентными кардиомиоцитами и увеличением сократительной функции сердца. Использование плюрипотентных клеток в медицинской практике пока ограничено из-за недостаточной изученности, проблем безопасности и законодательных ограничений.

В начале 2000-х перспективным типом клеток для заместительной терапии миокарда были c-kit+ ПКС. Первые доклинические исследования по трансплантации и мобилизации c-kit+ ПКС из ниш продемонстрировали высокую эффективность восстановления сердца после инфаркта. Повторные исследования выявили, что значимой дифференцировки c-kit+ ПКС в кардиомиоциты не происходит. Однако эти клетки участвуют в обновлении миокарда путём запуска у зрелых кардиомиоцитов повторного входа в клеточный цикл. Из c-kit+ ПКС высвобождаются нановезикулы с набором регуляторных микроРНК, которые инициируют дедифференцировку резидентных кардиомиоцитов, которые затем пролиферируют и редифференцируются.

Преобладающим механизмом клеточной терапии сердца считают паракринную передачу сигналов. Факторы, выделяемые трансплантированными клетками, инициируют регенеративные процессы. Усиление неоваскуляризации на 20% наблюдали после введения клеток кардиосфер, которые выделяют факторы VEGF, HGF и IGF-1. ММСК из костного мозга и жировой ткани стимулируют неоангиогенез посредством активации сигнальных путей GATA-4 и AKT/ERK. ГСК и ЭПК после введения способны интегрироваться в формирующуюся сосудистую сеть и секретировать SDF-1 $\alpha$ , bFGF, VEGF, IGF-1 и HGF. ММСК способны влиять на воспалительные процессы после инфаркта и при сердечной недостаточности за счёт своих иммуномодулирующих свойств. Эти клетки могут индуцировать апоптоз, подавлять пролиферацию и активацию Т-лимфоцитов путём высвобождения растворимых факторов, таких как IDO, оксид азота, HGF, TGF- $\beta$ , HLA-G5 и PD-1. За счёт секреции TGF- $\beta$  и IL-10 ММСК стимулируют выработку регуляторных Т-лимфоцитов, которые способствуют переходу от начальной фазы воспаления к фазе разрешения, тем самым содействуя лучшему заживлению. Введение ММСК в сердечную ткань способствует увеличению числа c-kit+ ПКС, стимулирует пролиферацию кардиомиоцитов и эндотелиальных клеток.

Высвобождаемые клетками факторы могут ограничивать ремоделирование сердца – процесса изменения структуры и функции сердца, нарушения организации кардиомиоцитов и состава внеклеточного матрикса. c-kit+ ПКС способствуют снижению отложений коллагена в перинфарктной зоне, увеличению толщины стенки левого желудочка и ослаблению гипертрофии. Секретом ММСК содер-

жит растворимый рецептор sTNF-RI, который посредством подавления активации сигнального пути NFκBp65 снижает отложения коллагена на 50%.

Несмотря на то, что ремускуляризация – предпочтительная цель для терапии миокарда, не стоит упускать внимание от пользы постнатальных терапевтических клеток, паракринные факторы которых способны инициировать регенеративные процессы и тормозить ремоделирование сердца.

---

**Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Коняшин А.А.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ**

**Введение:** по литературным данным гибридные операции – это рациональное сочетание двух подходов для коррекции критических нарушений кровообращения в одном или нескольких жизненно важных органах с использованием традиционных открытых хирургических и рентгенхирургических технологий. ( J . Marzelle 2009., M . Jacobs ., A . Branchereau . 2010., Desgranges P ., Allaire E ., Luzy F ., 2010).

Методика гибридных операций значительно снижает объём операционной травмы, что значительно уменьшает периоперационный риск, что даёт возможность выполнить реконструкцию у больных на фоне тяжёлой кардиальной, легочной патологией. Следовательно значительно снижается число неоперабельных больных. Для выполнения данных операций требуется слаженная работа сосудистых, рентгенэндоваскулярных хирургов и анестезиолога.

**Цель исследования:** на основе имеющегося клинического материала оценить возможности гибридных операций при острой ишемии конечностей.

**Материалы и методы:** нами проанализирован опыт 19 гибридных операций при ОИК, выполненных в Донецком сосудистом центре за 2014 – 2022 г. Прооперировано 16 мужчин и 3 женщины. Средний возраст пациентов 71,5 год. По степени ишемии: I степень – 8 пациентов, IIА степень – 9 пациентов, IIВ степень – 2 пациента. (классификация И.И. Затевахиной). Сопутствующие заболевания: фибрилляция предсердий на фоне атеросклеротического кардиосклероза – 7 пациентов; постинфарктный кардиосклероз – 3; Сахарный диабет – 12; артериальная гипертензия у всех больных.

Выполнены следующие операции: эмболтромбэктомия из общей и поверхностной бедренных артерий + эндоваскулярная ангиопластика берцовых артерий – 8 пациентов; тромбэктомия из поверхностной бедренной, подколенной артерий + эндоваскулярная ангиопластика берцовых артерий – 9 пациентов; стентирование обеих подвздошных артерий + бедренно-глубокобедренное протезирование справа протезом + пластика левой общей бедренной артерии синтетической заплатой – 1 больной; эндартерэктомия из общей бедренной артерии, тромбэктомия из поверхностной бедренной артерии + стентирование подколенной артерии 1 пациент. В послеоперационном периоде всем больным назначен гепарин + клопидогрель 75 мг 1р/д 3 дня, в последующем всем назначен клопидогрель 75 мг 1р/д длительно. Больным с фибрилляцией предсердий, помимо клопидогреля, назначено ксарелто 10 мг 1р/д.

**Результаты:** у 18 больных регрессировала ишемия. В одном случае за время ишемии развились необратимые изменения мышц левой голени, в связи с чем больному выполнена ампутация левой ноги на уровне с/3 бедра. В одном случае возникла гематома в области бедренного доступа, последняя была эвакуирована, выполнен гемостаз. Отдаленные результаты прослежены у 10 больных, которые наблюдаются на протяжении более трёх лет. У 7 больных сохраняется магистральный кровоток без рецидива ишемии. 3 больным в течении года потребовалось повторное эндоваскулярное вмешательство, в настоящее время у данных больных имеется окклюзия берцового сегмента с ишемией IIА – B степени (классификация А.В. Покровского).

**Обсуждение:** гибридные операции в практике сосудистого хирурга позволяющих добиться следующих важных преимуществ:

- 1) Малотравматичность в сочетании с радикальностью,

- 2) Возможность избежать дополнительных операций,
- 3) Высокая степень надёжности выполняемого вмешательства,
- 4) Возможность хирургической помощи у пациентов крайне высокого риска,
- 5) Сокращение сроков лечения и реабилитации.

Выводы:

– гибридные операции являются качественной альтернативой многоэтажным реконструкциям у больных с острым тромбозом бедренных и берцовых артерий, позволяющей снизить количество ампутаций и улучшить исходы лечения у пациентов с острой ишемией конечностей.

---

**Попович В.В.**

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

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Цель исследования состояла в анализе особенностей и закономерностей распространенности заболеваний органа зрения у детей экотоксического региона в условиях последствий стресс-индуцированных состояний, выявлении групп риска развития различных нозологий от действия тяжелых металлов (ТМ) для обоснования прогноза.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация ТМ в почве, являющейся наименее мигрирующим объектом. При сравнительной гигиенической оценке (ранжировании) районов г. Донецка учитывалась концентрация 12 ТМ и металлоидов, рассчитывалась кратность превышения ПДК (в случае отсутствия таковой – кратность превышения фоновых показателей).

Выполнен анализ заболеваемости болезнями глаз и придаточного аппарата среди детского населения (с учетом возрастных и гендерных различий) по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с загрязненными районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, и со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного I (2010-2013 гг.), переходного II – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного III (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы (форма №12), данные о среднегодовой численности различных групп детей, которые обслуживались учреждениями здравоохранения по районам. Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat.

Результаты и их обсуждение. Максимальные уровни заболеваемости патологии зрения, во всех трех периодах достоверно отмечались в районе П. Следует отметить тенденцию к росту показателей в районе Б., с началом боевых действий и в районе В., в III периоде (достоверно больше районов Б и К). Среднегородские и уровни района В., в военном стабильном периоде значительно превышали таковые в I-II периодах. Подобные зависимости наблюдались в отношении конъюнктивита: отличия заключались в отсутствии межрайонных различий во II периоде и значимом снижении показателей района П., в военные периоды. Выявлена слабая связь уровней заболеваемости патологии зрения в целом и конъюнктивита с максимальной кратностью превышения концентрации ртути в I и III периодах, а также бария (болезни глаз), марганца, стронция (конъюнктивит) – во II.

Достоверные различия отмечены с районом Б в 1-м периоде, с районом К во 2-м периоде, с обоими районами в 3-м периоде. Следует отметить резкий рост уровней заболеваемости в контрольном районе В., в военном стабильном периоде. Показатели миопии среди школьников все 3 периода как правило достоверно были больше, чем у дошкольников, постоянно преобладали уровни у девочек. Динамика изменений уровней миопии и косоглазия у детей была аналогичной: в довоенный период межрайонные различия не определялись, в оба военных периода максимальные показатели отмечались в районе Б. (у дошкольников значительно выше, чем в остальных районах), и к минимальным – в

районе П. (достоверное уменьшение в военные периоды по сравнению с довоенным). Установлена слабая связь заболеваемости обеих нозологий с концентрацией цинка и стронция в II-III периодах. Случаи катаракты выявлялись только у детей района Б., только в довоенном периоде заболеваемости, причем уровни заболеваемости превышали среднегородские во всех возрастных группах. Выявлена средней силы связь распространенности нозологии с содержанием в почве меди и стронция во все периоды

**Попович В.В., Ластков Д.О.**

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

## **ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА**

Цель работы состояла в оценке влияния тяжелых металлов на заболеваемость и распространенность болезней глаз и придаточного аппарата у детей в техногенном регионе, в т.ч. в условиях последствий военного и эпидемического дистресса при локальном военном конфликте.

Материалы и методы. 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 болезней глаз среди детского населения с учетом гендерных и возрастных 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.

Результаты и обсуждение. Для межрайонных различий в уровнях как заболеваемости, так и распространенности болезней глаз у детей характерны следующие закономерности: в I и IV периоды максимальные показатели во всех возрастных и гендерных группах отмечаются в районах П., В. и К., а минимальные (ниже среднегородских) – в районе Б.; во II-III периодах наибольшие показатели – в районах П. и В., наименьшие – в районе К. Различия с минимальными районными уровнями значимы. Из особенностей следует отметить наименьшие в III-IV периодах уровни распространенности болезней в группе школьников (7-14 лет.) района П. Гендерные различия недостоверны. Уровни распространенности в течение всех анализируемых периодов у школьников были выше, чем у дошкольников (0-6 лет): значимо по городу (I-III), району Б. (I, III-IV), району К. (I, III) за исключением района П. (обратная достоверная зависимость в III-IV). Уровни заболеваемости, напротив, как правило, были выше у дошкольников: значимо в районах П. (I-III) и В. (III-IV). Необходимо отметить, что выявленные возрастные закономерности определяются по распространенности уровнями миопии, по заболеваемости – конъюнктивита. Значимых различий в уровнях заболеваемости между анализируемыми периодами в связи с выраженной вариабельностью по годам не выявлено ни в одной группе каждого района. Показатели же распространенности болезней глаз в III-IV периодах, как правило, достоверно превышали таковые в I-II периодах: по городу в группах всех детей, девочек и дошкольников, а в группах мальчиков и школьников уровень IV периода был значимо больше, чем во II; по району Б. показатели III-IV периодов во всех группах – довоенного показателя; по району К. уровень периода пандемии превысил уровень I у школьников, уровень II – у всех детей и дошкольников, уровень I-III периодов – у девочек; по району В. уровень III периода пандемии превысил уровень II; по району П. уровень IV периода превысил уровень I-III у дошкольников.

В довоенный период отмечалась слабая связь распространенности болезней глаз в группе «0-14» и заболеваемости среди мальчиков с максимальной кратностью превышения концентрации ртути в почве. В период активных боевых действий определялись корреляции уровней заболеваемости с со-



держанием в почве бария (достоверно в группе школьников,  $R=0,800$ ,  $p < 0,001$ ). В период пандемии наблюдалась слабая связь распространенности болезней среди всех детей с ртутью.

Таким образом, в условиях экокризисного региона последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие ТМ на уровни распространенности и заболеваемости детей болезнями глаз.

зависят от степени загрязнения, Возрастные различия по распространенности и заболеваемости принципиально различаются.

Также, наблюдается тенденция к превалированию распространенности среди девочек, среднего-родские показатели заболеваемости в разные периоды определяют противоположные тенденции, что обусловлено межрайонными отличиями: если в районах Б. (I-IV) и К. (II-IV) преобладает заболеваемость девочек, то в районах В. и П. (I-II у обоих) чаще болеют мальчики.

---

*Поройский С.В., Артюхина А.И.*

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

## **ФЕДЕРАЛЬНАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА В СОЗДАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

Ориентация на персонализированное обучение становится в XXI веке ведущим трендом высшего профессионального образования. В высшей медицинской школе персонализацию обучения рассматривают как вовлечение студентов в непрерывное образование в течение всей жизни и как подготовку к деятельности в условиях персонализированной медицины. Преподавателю, реализующему образовательный процесс в медицинском вузе, чтобы подготовить студентов к будущей профессиональной жизни, выстраиванию траектории личностно-профессионального развития, необходимо постоянное обновление собственных компетенций, совершенствование мастерства, педагогическое развитие. Цель работы заключалась в обобщении опыта деятельности федеральной инновационной площадки Волгоградского государственного медицинского университета (ВолГМУ) по реализации инновационного образовательного проекта «Система непрерывного педагогического развития преподавателей медицинского вуза (школа педагогического мастерства)». Отправной точкой для создания условий построения индивидуальной траектории профессионально-педагогического развития преподавателя выступает предоставление возможностей выбора и самореализации в педагогическом творчестве. Формальное обучение проходит на курсах педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования с применением компетентностного, деятельностного, андрагогического подходов. Профессиональную педагогическую переподготовку и повышение педагогической квалификации в течение 2021-2022 учебного года на курсе прошли 1020 преподавателей по 15 направлениям подготовки. Широкий спектр постоянно обновляемых дополнительных профессиональных программ позволяет удовлетворить разные образовательные потребности преподавателей университета. Школа педагогического мастерства проводит апробацию инновационных методик по актуальным темам повышения педагогической квалификации научно-педагогических работников университета, в том числе в смешанном и дистанционном формате. Обучение преподавателей на курсах повышения квалификации организовано без отрыва от основной деятельности, то есть идёт параллельно с преподаванием студентам, что позволяет сразу использовать в образовательном процессе вновь полученные знания и умения. Неформальное образование реализуется Центром педагогических инноваций в виде методической поддержки на портале школы педагогического мастерства и в событийном формате. Участие в работе межрегиональных круглых столов, а их проведено семь, и в мастер-классах (проведено 4, в том числе два с международным участием) позволило преподавателям познакомиться с опытом коллег из других вузов и стран, рассказать о своих педагогических находках. Новым подходом стала организация выставок – презентаций, которые обобщили педагогические достижения преподавателей университета и мотивировали к будущим свершениям: «Педагогическое творчество в публикациях преподавателей ВолГМУ», «Лучшие образовательные практики

научно-педагогических школ ВолгГМУ». Впервые был проведен «Конкурс на лучшее учебное издание ВолгГМУ». Работа федеральной инновационной площадки вызвала интерес преподавателей, следствием чего стала реализация в ВолгГМУ в рамках проектного офиса уже четырёх новых проектов, способствующих педагогической творческой самореализации преподавателей. Школа педагогического мастерства, представляет систему непрерывного педагогического развития преподавателей медицинского вуза, осуществляет интеграцию формального и неформального педагогического образования и создаёт условия для построения индивидуальной траектории педагогического развития преподавателей

*Поройский С.В., Букатин М.В., Колобродова Н.А.*

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

## **АКТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ОПЫТ ФГБОУ ВО ВОЛГГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ**

Согласно действующим нормативным документам Российской Федерации (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ; Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ; федеральные государственные стандарты высшего образования; Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ; Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих), необходимость дополнительного профессионального образования работников определяет работодатель. При этом должны достигаться следующие задачи:

1. Обеспечение педагогической компетентности.
2. Повышение квалификации по профилю преподаваемых дисциплин, практик.
3. Владение информационно-коммуникационными технологиями.
4. Способность создания и поддержания безопасной среды для обучающихся.
5. Возможность реализации образовательного процесса у обучающихся из числа инвалидов и лиц с ОВЗ.

С учётом вышеизложенного и на основе накопленного опыта, в 2022 году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России принята комплексная модель непрерывной профессиональной подготовки преподавателей в системе высшего медицинского и фармацевтического образования:

Модуль 1. Педагогическая компетентность:

блок 1 – нацелен на формирование или совершенствование общепедагогических компетенций, универсальных для преподавателя высшей школы:

подблок 1.1. методика профессионального обучения, современные формы и методы обучения и воспитания, методы и способы использования образовательных технологий и пр.;

подблок 1.2. создание безопасных условий обучения;

подблок 1.3. инклюзивное обучение;

блок 2 – нацелен на формирование/совершенствование специальных педагогических компетенций в соответствии с профилем преподаваемых дисциплин, практик.

Модуль 2. Профессиональная компетентность: формирование или совершенствование профессиональных компетенций по профилю преподаваемых дисциплин, практик, в т.ч. для всех сотрудников из числа ППС, осуществляющих медицинскую деятельность в рамках практической подготовки обучающихся – повышение квалификации в системе НМО в объеме, необходимом для прохождения периодической аккредитации.

Модуль 3. Цифровая компетентность: основы работы на персональных компьютерах, иных электронно-цифровых устройствах; владение информационно-коммуникационными технологиями; работа с ЭИОС вуза; применение дистанционных образовательных технологий и электронного обучения; элементы разработки цифровых образовательных продуктов.

Модуль 4. Управленческая компетентность: для заведующих кафедрами, деканов факультетов/директоров институтов и кадрового резерва (повышение квалификации в области организации деятельности подразделения, определения стратегии развития, анализа рынка труда в профильной области и пр.).

Таким образом, представленная модель непрерывной подготовки преподавателей соответствует требованиям регламентирующих нормативных документов и обеспечивает возможность формирования необходимых компетенций педагога высшей школы.

---

*Поройский С.В., Гончаров Н.А., Морозов Е.А.*

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

### **ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ – НОВЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА-А (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).**

**Введение.** Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – клинический синдром, связанный с частым мочеиспусканием малыми порциями. При неэффективности медикаментозной, поведенческой или физиотерапевтического лечения пациентов с ГМП рекомендовано внутридетрузорное введение ботулотоксина А, проводящие к уменьшению частоты мочеиспускания и увеличению объема микции.

**Цель исследования.** Экспериментальное обоснование нового малоинвазивного способа введения ботулотоксина типа А.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 30 беспородных собаках мужского пола. Животных разделили на 2 группы. В 1 группе (контроль) ботулотоксин А вводился инъекционно в мышечную стенку мочевого пузыря во время лапаротомии. Во 2 группе животных вводили компонентную смесь аквакомплекса глицеросальвата титана и ботулотоксина типа А с помощью катетеризации. Животных обеих групп перед введением ботулотоксина типа А катетеризировали 2-х просветным катетером, для эвакуации мочи и измерения внутрипузырного давления в покое и давления «утечки» (давление, при котором происходило подтекание мочи из мочеиспускательного канала мимо катетера при максимальном наполнении мочевого пузыря) с помощью манометра Вальдмана. После измерений 1 группе собак выполнялась лапаротомия и вводился ботулотоксин А в стенку мочевого пузыря путем инъекции в расчете 5 ЕД/кг. 2 группе животных, вводился препарат в мочевой пузырь путем инстилляций 40% раствора тизола с ботулотоксином А в той же дозе, с последующей экспозицией в течение 60 мин. Для оценки воздействия ботулотоксина А на стенку мочевого пузыря выполнялось измерение внутрипузырного давления в обеих группах на 0, 7, 14, 21, 90 день эксперимента.

**Результаты.** У всех животных исходный уровень внутрипузырного давления –  $8,0 \pm 5,2$  см.вод.ст. Давление «утечки» (при наполнении мочевого пузыря) –  $51,0 \pm 6,4$  см.вод.ст. После моделирования инвазивной химической денервации детрузора мочевого пузыря ботулотоксином А в 1 группе, давление «утечки» на 7-е сутки –  $42,8 \pm 12,6$  см.вод.ст., 14 сутки –  $79,6 \pm 18,7$  см.вод.ст., 21 сутки –  $104,0 \pm 22,5$  см.вод.ст., 90 сутки –  $100,0 \pm 19,7$  см.вод.ст. Во 2 группе соответственно были получены следующие показатели давления «утечки»: на 7 сутки –  $57,0 \pm 7,6$  см.вод.ст., 14 сутки –  $89,6 \pm 13,4$  см.вод.ст., 21 сутки –  $86,0 \pm 11,8$  см.вод.ст., 90 сутки –  $116 \pm 16,4$  см.вод.ст.

Средняя емкость мочевого у животных до начала проведения эксперимента составляла  $345 \pm 89$  мл. Объем мочевого пузыря контрольной группы собак составил  $550 \pm 111$  мл, экспериментальной группы  $480 \pm 97$  мл.

**Заключение.** Полученные данные показывают, тенденцию повышения давления «утечки» и емкости мочевого пузыря с 7 – 90 сутки, как в стандартной группе, инъекционной денервацией мочевого пузыря ботулотоксином А, так и в опытной группе с малоинвазивным введением компонентной глицеросальвата титана и ботулотоксина А.

*Поройский С.В., Морозов Е.А.*

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

## **ЛОКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ – СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).**

**Введение.** Несостоятельность кишечных анастомозов является одним из грозных осложнений хирургии желудочно-кишечного, и частота составляет около 10%. Несмотря на изучение факторов, влияющих на несостоятельность кишечных анастомозов и изобретение защитных материалов, идеальное средство для предотвращения несостоятельности дигестивного анастомоза еще предстоит определить. Обогащенная тромбоцитами плазма (PRP) широко используется в медицине с весьма хорошими эффектами с точки зрения улучшения заживления ран и регенерации тканей.

**Цель работы.** Выполнить оценку состояния зоны дигестивного анастомоза при местном применении обогащенной тромбоцитами аутоплазмы.

**Материалы и методы.** Все этапы эксперимента одобрены ЛЭК ВолгГМУ. Исследование выполнено на 10 кроликах, половозрелые самцы породы «Советская шиншилла», массой  $2,0 \pm 0,5$  кг. Всем животным под внутривенным наркозом, выполнена срединная лапаротомия, выведение тонкого кишечника в рану, выполнялась энтеротомия с последующим наложением двух дигестивных тонкокишечных анастомозов» конец в конец»: контрольный – на расстоянии 15 см от илеоцекального угла и опытный – отступив на 30 см от наложенного анастомоза. Затем в один из пересеченных участков тонкой кишки вводилась аутоплазма обогащенная тромбоцитами. На 3 сутки под наркозом выполнялась релапаротомия, ревизия брюшной полости, выделение участков с наложенными анастомозами с последующей сравнительной оценкой состояния микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), используя лазерный анализатор ЛАКК-02 в режиме двухканальной записи в течение 1 минут. Определялись следующие значения: величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации (среднеарифметическое значение показателя микроциркуляции) – М (пф. ед), среднее колебание перфузии относительно значения М –  $\sigma$  (пф. ед.), коэффициент вариации –  $K_v$  (%). После измерения ЛДФ выполнялось взятие фрагментов ткани из зоны анастомозов для гистологической оценки препарата с окраской гематоксилином-эозином и Ван Гизон. Статистическая обработка данных выполнена в программе Microsoft Office Excel 2016, достоверности различий – U-критерий Манна-Уитни.

**Полученные результаты.** Все животные после проведенного оперативного вмешательства выжили. Получены следующие показатели микроциркуляции (М) в области контрольного анастомоза –  $4,28 \pm 1,21$  пф. ед., опытного –  $10,06 \pm 3,17$  пф. ед. ( $p < 0,001$ ),  $\sigma$  составил –  $0,49 \pm 0,42$  пф. ед. и  $1,01 \pm 0,81$  пф. ед. ( $p < 0,01$ ) соответственно. Коэффициент вариации –  $7,82 \pm 1,61\%$ , опытного –  $9,19 \pm 2,38\%$  ( $p < 0,01$ ) соответственно. При гистологическом исследовании морфологическая картина всех анастомозов на 3 сутки была практически одинаковой, наблюдались очаговые некрозы слизистой, которые были менее выражены в экспериментальной группе с применением PRP, обилие воспалительной инфильтрации, представленной преимущественно нейтрофильными лейкоцитами, особенно вокруг шовного материала. Проведя анализ значение показателей ЛДФ отмечалось значительное увеличение базального кровотока в 2,4 раза в области анастомоза с применением. «Флак» на 3 сутки исследования в области контрольного анастомоза был ниже, чем в группе анастомозов с применением PRP, а коэффициент вариации меньше по сравнению с группой сравнения.

**Выводы.** Полученные данные при применении PRP в области кишечного анастомоза, отражают функциональное улучшение состояния микроциркуляции в области дигестивного анастомоза с применением PRP.

*Постнова М.В., Кавалерова Д.А.*

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

## **ИССЛЕДОВАНИЕ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ**

В современном цивилизованном мире бесспорным является факт повсеместного увеличения частоты и расширения спектра зависимых (аддиктивных) состояний. Отчетливо проявляется и другая тенденция: среди таких состояний все чаще встречаются аддикции, не связанные с воздействием привычных химических факторов – психоактивных веществ, (ПАВ), то есть возрастает частота так называемых нехимических аддикций. С физиологической точки зрения аддиктивное состояние можно представить как комплексную, условно обратимую, перестройку жизнедеятельности организма, прежде всего – центральной регуляции метаболизма и поведенческих реакций, в результате которой продолжение воздействия этиологического фактора становится жизненно важным для организма, а отказ от контакта с таким воздействием – причиняет организму вред. В настоящее время для хорошо изученных аддиктивных состояний установлено наличие генетической детерминированности, созданы чистые линии экспериментальных животных, склонных к формированию алкогольной или наркотической зависимости, разработаны методы выявления таких животных в популяции, а для изучения нехимических аддакций отсутствуют биологические модели. На молекулярно-генетическом и биохимическом уровне хорошо изучены многие аспекты формирования аддикций, что позволяет изучать механизмы формирования зависимого поведения.

С целью решения концептуального вопроса о природе нехимических аддикций проведено исследование по подбору и моделированию нехимических аддиктивных состояний у белых крыс.

Исследование и моделирование физиологических механизмов аддиктивных состояний проводилось в аспекте генетической и конституциональной детерминированности нейрогенных механизмов связанных с этим феноменом в гипоталамусе, стриопаллидуме, лимбической и фронтальной коре и ряда других структур мозга у белых крыс. Далее сопоставлялись изменения, которые происходили в головном мозге в процессе формирования зависимости от ПАВ и нехимической. Такое исследование имело разногрупповой дизайн, и предусматривает использование чистых линий (которые в нашем случае для нехимических аддикций не существует), выбор животных основывался на крайней склонности к зависимым состояниям из большой выборки на основании известных предиктов зависимых состояний.

В результате такого моделирования разработаны аспекты молекулярно-генетических и биохимических особенностей мозга, связанных с нехимической аддикцией, а также раскрыты ключевые сходства и различия молекулярных механизмов этого состояния с классической зависимостью от ПАВ. При этом, разработан неинвазивный способ выявления в популяции лабораторных животных особей, склонных к формированию нехимической аддикции. Данный способ позволяет, не повреждая тканей и органов животных, и не вызывая у них зависимости, получать материал для тонкого изучения предиктов аддиктивных состояний. Данные разработки, по нашим данным, имеют мировой приоритет.

---

*Потапов А.А., Ищенко В.Д., Косевич М.А., Нижельская Е.Я., Кесарь А.А.*

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

## **ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

В настоящее время всё чаще появляется информация о том, что ухудшение здоровья обусловлено, в первую очередь, неправильным образом жизни и нездоровыми привычками. Одним из важных факторов сохранения здоровья является питьевой режим. Однако в различных информационных материалах этой теме уделяется недостаточно внимания. В большинстве опубликованных результатов

исследований проблема организации питьевого режима рассматривается как элемент организации питания, то есть, упоминается вскользь. Как следствие, здоровьесберегающая роль фактора употребления воды как напитка, зачастую, недооценивается.

Данное обстоятельство стало причиной того, что большинством наших современников вода, как средство утоления жажды, вообще не рассматривается, и, тем более, не воспринимается как фактор оздоровления. При работе с учащимися старших классов было отмечено незнание правил употребления воды. Кроме того при организации питьевого режима приоритетными компонентами являются сладкие газированные напитки, чай, кофе, а также напитки-энергетики. Крайне редко употребляются натуральные соки. То есть, вместо воды молодёжь широко использует вредные для здоровья напитки.

Естественно, что вчерашние школьники, став студентами, как правило не меняют своих привычек и предпочтений. При этом, интересно, что студенты-медики на занятиях, раскрывая вопросы организации питьевого режима как профилактического гигиенического мероприятия, упоминают именно о воде. То есть, наличие начальной информационной базы способствует процессу переосмысления определённых взглядов и мнений. Однако, это практически никак не отражается на оптимизации питьевого режима.

В ходе реализации мероприятий проекта «Твой новый старт» в 2019 году при опросе шестидесяти обучающихся на разных курсах в Донецком национальном медицинском университете было установлено, что 33% выпивают в день меньше 1 литра воды. В то же время, 81% ежедневно употребляет напитки, содержащие кофеин. Причем 33% выпивают две порции в день, и еще 33% выпивают три и более порций в день.

При изучении организации питьевого режима в 2021-2022 учебном году было проанкетировано 415 студентов 2-5 курсов. При анализе полученных результатов были установлены следующие факты.

Менее половины студентов – 46,9% соблюдают гигиенические рекомендации по употреблению жидкости, а именно, выпивают более 1,5 л воды в сутки. Также отмечено, что студенты употребляют мало воды в учебное время. В частности, объём менее 0,5 л оказался достаточным для 58,2% респондентов.

Естественно, что причина неудовлетворительного питьевого режима в специфике организации учебного дня. При этом студенты активно приобретают кофейно-чайные напитки в буфетах и автоматах, установленных в учебных корпусах. Почти половина (47,3%) проанкетированных употребляют кофе и чай в количестве 3 и более порций в день. То есть, исследования, проведённые с интервалом в несколько лет, показали увеличение потребления кофеинсодержащих напитков при снижении объёма воды.

Таким образом, есть основания утверждать, что питьевой режим, как важный фрагмент режима дня всё более становится составной частью режима питания, теряя свою значимость как элемент здорового образа жизни. Причиной сформировавшейся ситуации, продемонстрированной проанкетированными студентами-медиками, безусловно, является отсутствие информации по данной проблеме. Сложившаяся тенденция определяет неблагоприятные перспективы для здоровья, как докторов, так и пациентов. Поэтому, с целью формирования правильных представлений у будущих врачей об этом и других компонентах здорового образа жизни необходимо системное обучение студентов-медиков основам здорового образа жизни.

---

*Потатурко А.В., Широков В.А., Терехов Н.Л.*

ФБУН «Екатеринбургский медицинский – научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих пром-предприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Мытищи

## **К ПРОБЛЕМЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ**

Наряду с асептико-воспалительным, компрессионным, дисфиксационным механизмами, в развитии спондилогенных болевых синдромов поясничного отдела позвоночника, выделяют также дис-

циркуляторный механизм, связанный с нарушением микроциркуляции и затруднением венозного оттока в системе эпидуральных вен. Поэтому терапевтической коррекции требует не только болевой синдром, возникающий при данной патологии, но и нарушение периферического кровообращения.

Для изучения эффективности лечения спондилогенных поясничных болевых синдромов с признаками венозной недостаточности проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование 254 пациентов, которые были распределены на семь групп, отличающихся при назначении лечения использованием периферического вазодилатора (пентоксифиллина), флеботропных препаратов (препарат сухого экстракта красных листьев винограда и комбинированный препарат диосмина и гесперидина), противоотечного препарата (эсцина лизината), а также их комбинациями. Все пациенты получали стандартную терапию (НПВП, локальную инъекционную терапию, габапентиноиды по показаниям, витамины группы В).

Эффективность оценивалась с помощью опросников (ВАШ, опросник Мак-Гилла, Освестровский опросник), неврологического осмотра (пятибалльная шкала вертеброневрологический симптоматики, шкалы нарушения венозного кровообращения и др.), стимуляционной электронейромиографии нижних конечностей, регистрации соматосенсорных вызванных потенциалов нижних конечностей, ультразвуковой доплерографии периферических вен нижних конечностей. Исследования проводились до лечения и через 10 дней, 2 и 6 месяцев после начала лечения (4 визита).

По результатам опросников, неврологического осмотра положительная динамика в конце стационарного лечения (2 визит) была отмечена во всех семи группах. Наиболее длительный и выраженный терапевтический эффект, на протяжении шести месяцев, с достоверными ( $p < 0,05$ ) результатами наблюдался в группах с комбинированным использованием периферического вазодилатора пентоксифиллина и флеботропных препаратов (препарат сухого экстракта красных листьев винограда и комбинированный препарат диосмина и гесперидина), а также в группе с использованием эсцина лизината. В группах без использования препаратов, влияющих на периферическое кровообращение и с использованием монотерапии флеботропными препаратами в дальнейшем на 3 (2 месяца) и 4 (6 месяцев) визитах отмечалось нарастание неврологической симптоматики и возвращение болевых ощущений.

По результатам инструментальных методов исследования лучшие тенденции также были отмечены в группах с комбинированным использованием периферического вазодилатора пентоксифиллина и флеботропных препаратов (препарат сухого экстракта красных листьев винограда и комбинированный препарат диосмина и гесперидина), а также в группе с использованием эсцина лизината. При этом следует отметить, что изменения чаще всего носили недостоверный ( $p > 0,05$ ).

---

*Пошехонова Ю.В., Москалюк О.Н.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ВЕГЕТАТИВНЫЕ И ГУМОРАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

Цель исследования: изучить состояние психологического типа личности, исходного вегетативного тонуса (ИВТ), исследовать уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови у детей с функциональной диспепсией (ФД), имеющих фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы: обследовано 88 детей с ФД в возрасте от 5 до 15 лет и 30 здоровых детей-сверстников, составивших контрольную группу. Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями IV. Всем детям проведено определение наличия стигм ДСТ (Клинические рекомендации РНМОТ, 2017). Оценка психологического типа личности проводилась путем опроса по шкалам Айзенка Х.Д. (интроверсия-экстраверсия, эмоциональная устойчивость) и Спилбергера Ч.Д. (степень тревожности). Оценка ИВТ в период «относительного покоя» проводилась на основании клиничко-анамнестических данных по таблице А.М. Вейна (1981), адаптированных к детскому воз-

расту Н.А. Белоконь (1987) и вычисления индекса Кердо (1966). Содержание гистамина и серотонина в одной пробе крови детей определялось методом Л.Я. Прошиной (1981).

Результаты и обсуждение. Наличие ДСТ было выявлено у  $87,5 \pm 2,3\%$  детей с ФД: до 5 стигм имели  $52,3 \pm 3,6\%$  больных, 6 и более стигм –  $35,2 \pm 3,1\%$  пациентов, в том числе 10 и более стигм было отмечено у  $5,7 \pm 1,2\%$  детей. Среднее количество стигм ДСТ у одного ребенка с ФД составило  $5,2 \pm 0,4$ . Психологический статус детей с ФД характеризовался интроверсией ( $33,6 \pm 4,1\%$ ,  $p \leq 0,01$ ), низкой эмоциональной устойчивостью ( $47,0 \pm 4,3\%$ ,  $p \leq 0,01$ ) на фоне повышенной тревожности ( $43,3 \pm 4,3\%$ ,  $p \leq 0,01$ ). Наличие ДСТ у детей с ФД сочеталось с более выраженными изменениями психологического статуса в виде возрастания частоты интроверсии ( $50,0 \pm 7,4\%$ ,  $p \leq 0,02$ ) и высокого уровня тревожности ( $62,5 \pm 7,6\%$ ,  $p \leq 0,01$ ). Проявления вегетативной дисфункции имели место у всех детей с ФД: среднее количество признаков симпатикотонии у больных ФД было  $9,6 \pm 0,5$  (здоровые –  $6,3 \pm 0,2$ ,  $p \leq 0,05$ ), баллов –  $27,1 \pm 1,5$  (здоровые –  $17,1 \pm 0,9$ ,  $p \leq 0,05$ ); среднее количество симптомов и баллов ваготонии у детей с ФД составило соответственно  $10,2 \pm 0,6$  и  $30,5 \pm 1,8$  (здоровые соответственно,  $4,8 \pm 0,2$ ,  $p \leq 0,02$  и  $12,3 \pm 0,6$ ,  $p \leq 0,02$ ). При этом у детей с ФД ваготония превосходила симпатикотонию, поскольку средний показатель соотношения симпатикотония/ваготония при ФД был ниже ( $0,94 \pm 0,18$ ), чем у здоровых детей ( $1,31 \pm 0,15$ ,  $p \leq 0,05$ ), как и индекс Кердо, который у детей с ФД был снижен ( $23,6 \pm 1,4$ , здоровые –  $28,0 \pm 2,0$ ,  $p \leq 0,05$ ). У детей с ФД, имевших множественные стигмы ДСТ, отмечалось достоверное возрастание ваготонии (соотношение симпатикотония/ваготония –  $0,75 \pm 0,14$ ,  $p \leq 0,02$ ). У детей с ФД выявлены гипергистаминемия ( $100,2 \pm 8,4$  нг/мл, здоровые дети –  $79,3 \pm 6,1$  нг/мл,  $p \leq 0,05$ ) и гиперсеротонинемия ( $88,8 \pm 7,8$  нг/мл, здоровые дети –  $70,8 \pm 5,6$  нг/мл,  $p \leq 0,05$ ) при сохраненном соотношении между этими нейротрансмиттерами ( $1,13 \pm 0,11$ , здоровые дети –  $1,12 \pm 0,14$ ). Наличие ДСТ при ФД характеризовалось нарастанием уровней гистамина и серотонина с постепенным нарушением равновесия между ними:  $99,7 \pm 7,2$  нг/мл и  $86,1 \pm 7,8$  нг/мл (соотношение –  $1,16 \pm 0,10$ ) при наличии до 5 стигм;  $106,4 \pm 10,4$  нг/мл и  $99,0 \pm 9,7$  нг/мл (соотношение –  $1,07 \pm 0,09$ ) при наличии 6 и более стигм;  $113,5 \pm 11,0$  нг/мл и  $81,5 \pm 9,3$  нг/мл (соотношение –  $1,39 \pm 0,21$ ) при наличии 10 и более стигм.

Выводы. Таким образом, наличие ДСТ у детей с ФД сочеталось с высокой частотой интроверсии и повышенной тревожности, значительным преобладанием ваготонии, постепенным нарастанием уровней нейротрансмиттеров в крови и увеличением дисбаланса в их содержании вследствие повышения степени гипергистаминемии. Выявленные изменения могут обуславливать более тяжелое течение ФД с высоким риском трансформации в органическую патологию гастродуоденальной зоны.

*Приколота А.В., Могилевская К.Э., Приколота О.А., Михайличенко Е.С., Годовиченко Е.Э., Суровцева Н.Л., Бутко А.М., Ткаченко И.С.*

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

## ВЕДЕНИЕ ПОСТ-COVID-19 ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕГЛИКЕМИЕЙ

Пандемия COVID-19, распространившись на все континенты Земного шара, продолжается уже почти 3 года. Многочисленные исследования определили диабет как один из основных прогностических факторов, связанных с тяжелыми формами COVID-19.

Высокая гипергликемия обычно наблюдалась при SARS-CoV-2 у пациентов без сахарного диабета (СД) и без использования глюкокортикоидов и являлась независимым фактором смертности. Формирование гипергликемии и СД (1 или 2 типа) de novo при COVID-19 сопровождается ухудшением прогноза (с повышением риска неблагоприятного исхода в 1,8-2,4 раза).

Цель. Оценить влияние различных сахароснижающих препаратов на риск развития СД у постковидных больных.

Материал и методы исследования. Авторы располагают собственными данными анализа частоты гипергликемии и СД у лиц с инфекцией COVID-19 разной степени тяжести. В течение 21 месяца оценивались состояние углеводного обмена у 621 пациента (287 мужчин и 334 женщин), перенесших пневмонию COVID-19, средний возраст 57,4 (6,5) лет.



Среди больных с тяжелым течением этой инфекции, госпитализированных в реанимационные отделения и требовавших респираторной поддержки, доля лиц с гипергликемией составила 37,4%, при этом у 27,6% имел место ранее диагностированный СД. Частота как гипергликемии в целом (11,2%), так и диабета (5,8%) оказалась значительно ниже в группе лиц со среднетяжелым течением COVID-19, находившихся на лечении в палатах интенсивной терапии терапевтических отделений.

Нами было выделено 78 пациентов с гипергликемией в течение острого периода COVID-19, уровни которой не позволяли диагностировать СД (гликемия натощак не более 11,1 ммоль/л при уровнях гликированного гемоглобина (HbA1c) не выше 6,4%). Всем пациентам был назначен метформин в стартовой дозе 500 мг в сутки с последующим титрованием до 2000 мг при необходимости. Через месяц, при сохраняющейся гипергликемии натощак у 61 пациента ( $\geq 8,0$  ммоль/л) к лечению был добавлен в 1-й группе (32 человека) дапаглифлозин 10 мг/сут, во 2-й группе (29 человек) – препарат сульфонилмочевины (стартовые дозы: глимепирид 1 мг/сут или гликлазид 30 мг/сут). Статистическую обработку выполняли с использованием лицензионного пакета Statistica for Windows release 4,3 (StatSoft, Inc.1993), с применением модуля «Basic statistics and tables».

Результаты. Через 3 месяца в 1 группе – гипергликемия натощак ( $\geq 5,9$  ммоль/л) сохранялась у 9 (28,1%), в группе 2 – у 16 (55,2%) пациентов, ( $p < 0,05$ ). Через 6 месяцев у пациентов обеих групп определяли уровень HbA1c, диагноз СД 2 типа выставлялся при уровнях HbA1c выше 6,4%. В 1-й группе – СД 2 типа был выставлен у 5 (15,6%), во второй у 11 (37,9%) пациентов, ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Применение метформина в сочетании с дапаглифлозином у постковидных пациентов способствует снижению риска развития клинически значимой гипергликемии и СД. Эти данные имеют ряд ограничений и требуют дальнейшего изучения.

*Приколота А.В., Приколота О.А., Багрий О.Н., Михайличенко Е.С.,  
Котова К.А., Голодников И.А.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Частота развития фибрилляции предсердий (ФП) при сахарном диабете (СД) 2 типа примерно на треть выше, чем у лиц без диабета. Место ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2 у пациентов с СД 2 типа в сочетании с ФП требует уточнения.

Цель: Оценить влияние дапаглифлозина в сравнении с другими сахароснижающими препаратами на частоту эпизодов ФП, размеры левого предсердия (ЛП) и клинко-лабораторные параметры у пациентов с СД 2 типа и пароксизмальной ФП в рандомизированном проспективном открытом исследовании.

Материал и методы исследования. Наблюдались 75 пациентов с СД 2 типа и пароксизмальной ФП. У всех для лечения ФП была избрана стратегия контроля ритма, подходы к кардиоверсии и последующему лечению соответствовали действующим отечественным и международным рекомендациям. После рандомизации выделены группа А (36 человек), у которых в основе сахароснижающей терапии была комбинация метформина и дапаглифлозина (10 мг/сут) и группа Б (39 человек), где метформин сочетался с препаратами сульфонилмочевины. Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1C) составлял  $< 7\%$  для 62 больных и был 7-8% для 13 больных (имевших несколько перенесенных инфарктов миокарда и низкую фракцию выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ)). Продолжительность наблюдения составила 11,5 (6,1) месяцев. Статистическую обработку выполняли с использованием лицензионного пакета Statistica for Windows release 4,3 (StatSoft, Inc.1993), с применением модуля «Basic statistics and tables».

Результаты. У всех больных лечение способствовало эффективному достижению целевых уровней гликемии и удовлетворительно переносилось. Рецидивы пароксизмов ФП в ходе наблюдения имели место у 8 (22,2%) больных группы А и у 19 (48,7%) – группы Б,  $p < 0,05$ . На фоне лечения в обеих группах отмечено достоверное снижение индекса объема ЛП, индекса массы тела (ИМТ),

функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН), уровней микроальбуминурии (МАУ), НбА1С и артериального давления (АД), а также увеличение ФВ ЛЖ, эти благоприятные изменения были более выражены в группе А, в сравнении с группой Б,  $p < 0,01$ . При проведении анализа с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона, не было отмечено статистически значимой связи между риском рецидивов ФП на фоне лечения в группе А и такими исходными параметрами, как ИМТ, наличие ХСН и ее функциональный класс (ФК), ФВ ЛЖ и НбА1С, все  $p > 0,05$

Выводы. Дапаглифлозин у больных с СД 2 типа и пароксизмальной ФП удовлетворительно переносился. Его применение ассоциировалось с уменьшением размера ЛП и снижением частоты рецидивов аритмии, способствовало улучшению контроля гликемии и клинической картины ХСН, снижению АД, ИМТ и МАУ, увеличению ФВ ЛЖ. Эти эффекты не зависели от исходных уровней НбА1С, ФВ ЛЖ, ИМТ, наличия ХСН и ее ФК.

---

*Прилуцкая Я.Ю., Коноваленко Ю.Н.*

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

## **ЛОКАЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТКИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Цель работы: проанализировать динамику частоты неопластических образований матки на фоне хронических сопутствующих заболеваний на материале клиники.

Материалы и методы. В работе использованы данные ретроспективного анализа историй болезней пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Учебно-научно-лечебного комплекса (университетская клиника), г. Донецк за период с 2020 по 2022 гг. Генеральная совокупность исследования составила 200 пациентов, разделенных на две группы: 100 человек – за период 2020 – 2021, 100 человек – 2021 – 2022. Все пациенты генеральной совокупности перенесли оперативное лечение на базе университетской клиники за период исследования в связи с гинекологической патологией. Анализу подверглась структура заболеваемости в данных группах за указанный период. Также оценивалась связь динамики отдельных нозологических форм с частотой сопутствующих заболеваний в исследуемой выборке.

Результаты и обсуждение. В результате анализа выявлено: уменьшение доли злокачественных новообразований матки с 32% до 18% в генеральной совокупности пациентов, перенесших оперативное лечение в условиях университетской клиники за период исследования. Отмечен рост числа пациентов с доброкачественными неопластическими образованиями с 44% до 62%, который, в т.ч. может иметь вторичный характер в виду роста в общем потоке доли пациенток в возрасте до 35 лет (с 30% до 64%). Также отмечен рост числа пациенток с сопутствующими хроническими заболеваниями, особенно с такими, как сахарный диабет второго типа и алиментарное ожирение. В этой группе больных по частоте преобладают доброкачественные новообразования матки (88%), однако возраст начала заболевания значительно ниже ( $30 \pm 2$  лет) и риск неблагоприятного развития выше, чем среди пациенток с другими хроническими заболеваниями.

Выводы: в результате анализа динамики частоты неопластических образований матки на фоне хронических сопутствующих заболеваний на материале университетской клиники за период 2020 – 2022 гг. выявлен рост удельного веса доброкачественных новообразований матки, сопряженный с снижением возраста начала заболевания. Особое внимание обращает на себя группа пациенток с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и алиментарным ожирением: более ранняя заболеваемость и более высокий риск развития неблагоприятного течения. Данная особенность локальной динамики частоты неопластических образований матки, в т.ч. вероятно может быть связана как с последствиями пандемии COVID-19, так и с проявлениями хронического стресса. Результаты проведенного анализа выявили тенденцию к прогрессированию описанного тренда в структуре заболеваемости, что требует дальнейшего изучения и коррекции диагностических и лечебных программ.

*Прилуцкая Я.Ю., Коноваленко Ю.Н.*

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

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19**

Цель работы: выявить особенности течения общей анестезии у больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 для коррекции анестезиологической тактики и уменьшения риска неблагоприятных исходов общей анестезии.

Материалы и методы. В работе использованы данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Учебно-научно-лечебного комплекса (университетская клиника), г. Донецк за период с 2015 по 2022 гг. Генеральная совокупность исследования составила 100 пациентов, разделенных на две группы: пациенты не переносившие новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (50 человек) и пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (50 человек) в средне-тяжелой и тяжелой формах не позднее 2 лет до исследования. Все пациенты генеральной совокупности перенесли оперативное лечение в условиях общей анестезии с использованием ИВЛ на базе университетской клиники за период исследования. Анализу подвергся уровень оксигенации крови на этапе вводного наркоза, а также на этапе после экстубации и ближайших часов после нее. Оценивалась динамика сатурации крови с применением традиционной аппаратуры, а также оценивалась необходимость и длительность кислородной поддержки в сравниваемых группах. Группы пациентов были однородны и сравнимы по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям, степени тяжести и характеру перенесенных оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение. В результате анализа выявлены различия в сравниваемых группах в динамике сатурации во время вводного наркоза и после экстубации, а также в потребности в применении вспомогательной оксигенации с использованием источников газифицированного кислорода. В группе больных, не переносивших ранее новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или имеющих сомнительный анамнез (в том числе легкие формы COVID-19) наблюдалась типичная для допандемийного периода динамика сатурации на этапе преоксигенации и после экстубации): 2-3 минут преоксигенации кислородом 100% было достаточно для достижения устойчивого уровня сатурации SpO<sub>2</sub> – 99%; после экстубации, уровень сатурации оставался стабильным, дополнительная оксигенация не требовалась. Напротив, в группе больных, перенесших COVID-19 в среднетяжелой и тяжелой формах, для достижения устойчивых уровней сатурации требовалась оксигенация не менее 5-7 минут, в 7% случаев добиться SpO<sub>2</sub> – 99% не удавалось спустя даже 7 минут, в 85% случаев в данной группе больных после экстубации требовалась дополнительная кислородная поддержка с использованием лицевой маски в течение до 1,5 – 3 часов для сохранения и поддержания высокого устойчивого уровня SpO<sub>2</sub>. У 15% больных, перенесших COVID-19 в среднетяжелой и тяжелой формах, наблюдался дрейф уровня SpO<sub>2</sub> в пределах 11%±2% в течение первых суток, несмотря на продолжающуюся кислородную поддержку.

Выводы: больные, перенесшие новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в среднетяжелой и тяжелой форме, даже спустя 2 года после выздоровления, в условиях общей анестезии нуждаются в продленной преоксигенации и кислородной поддержке в течение суток после экстубации. Данная группа больных характеризуется высокой неустойчивостью уровня сатурации крови в первые сутки после выполнения оперативного вмешательства в условиях общей анестезии. Преимущество следует отдавать использованию увлажненного газифицированного кислорода, т.к. эффект использования кислородных концентраторов, особенно у перенесших COVID-19, выраженно ниже.

*Прилуцкая Я.Ю., Прилуцкий В.В., Богослав Ю.П.*

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

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУФОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЛАКТАЦИОННЫМ МАСТИТОМ**

Частота нелактационного мастита (НМ) в структуре гнойно-воспалительных заболеваний молочных желез (МЖ) колеблется в пределах 6-50% и не имеет тенденции к снижению. Нерациональное лечение мастита приводит к хронизации процесса и рецидивирующему его течению и усложнению последующей реабилитации пациенток.

Целью исследования: повышение эффективности комплексного лечения нелактационных маститов в послеоперационном периоде с применением процедуры аутоотрансфузия ультрафиолетом облученной крови (АУФОК).

Материал и методы: Нами обследовано 20 женщин с НМ, находившихся на лечении в хирургических отделениях РКТБ и УНЛК г. Донецка за последние 5 лет. Все пациентки прошли комплексное клиничко-лабораторное обследование и получали лечение согласно протоколу: хирургическое и антибактериальное. У всех пациенток с абсцедирующей формой НМ с объёмом очага повреждения в пределах одного квадранта молочной железы, выполнялась вскрытие и дренирование абсцесса молочной железы. После вскрытия и дренирования обработки раны проводилась растворами антисептиков. Полость дренировалась с помощью пассивных дренажей. Антибактериальные препараты вводили с 1 дня лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

С целью повышения эффективности лечения нами был разработан комплексный метод лечения НМ, включавший 7-10 сеансов АУФОК с применением аппарата «Юлия», начиная с 1 дня послеоперационного периода. Женщины основной группы 14 пациенток (70%) получали АУФОК в послеоперационном периоде; а женщины группы сравнения – 6 пациенток (30%), получили лечение по традиционной схеме.

Результаты и их обсуждение: в результате проведённых бактериологических исследований нами выяснено, что основным возбудителем заболевания НМ является золотистый стафилококк в монокультуре или в ассоциации с другими патогенными микроорганизмами (кишечной палочкой, стрептококками, протеем и др.). Комплексная терапия с включением АУФОКа, способствовала значительному снижению уровня эндогенной интоксикации. Включение в общепринятую схему АУФОКа позволило улучшить не только лабораторные показатели, но и оптимизировать исходы гнойно-воспалительных осложнений (уменьшение отека ткани, болевого синдрома, ускорение репаративных процессов).

На фоне комплексного лечения женщин с НМ отмечается снижение эндотоксикоза в группе с применением АУФОКа, о чем свидетельствуют снижение уровня лейкоцитарного индекса интоксикации на 54,4% и уровня молекул средней массы на 12,2%.

Применение у больных с НМ АУФОКа ускоряет репаративные процессы в ране, подавляется вирулентность микроорганизмов и повышает чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

Разработанный нами комплекс лечения женщин с НМ позволяет более полно и полноценно влиять на патогенетические звенья процесса, обуславливая существенный положительный клинический эффект.

**Выводы.**

Включение АУФОК в комплекс лечебных мероприятий при НМ повышает эффективность лечения НМ, способствует нормализации гомеостаза, приводит к сокращению пребывания больных в стационаре в среднем на 6 дней по сравнению с традиционным лечением

*Прилуцкий А.С.*

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

## **УНИВЕРСАЛЬНАЯ ДИЕТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ**

В настоящее время частота и тяжесть пищевой аллергии, как и всех аллергических заболеваний, возрастает. В литературе описаны различные подходы для обеспечения профилактики и лечения аллергической патологии, вызванной пищевыми продуктами и пищевыми добавками. Следует упомянуть об использовании в этих целях различных лекарственных средств, в том числе и биологических. При этом необходимо указать, что перечень их в последнее время, в связи с неуклонно возрастающей актуальностью проблемы пищевой аллергии, существенно возрастает. Следует отметить, что из этиологических подходов при обеспечении профилактических и лечебных мероприятий в отношении пищевой аллергии можно выделить элиминационные и разрабатываемые в последнее время интервенционные диеты. Вместе с тем использование их основано на определении перечня

продуктов и/или их компонентов при употреблении которых пациент имеет аллергические реакции.

Нами впервые в мире для профилактики и лечения пищевой аллергии разработана разрешительно-элиминационная диета (РЭД). Основой для разработки её послужило переосмысление вопроса, что является основным для оптимального обеспечения здоровья наших больных. Практика показала, что ведущим является прежде ответ на вопрос какие продукты может безопасно употреблять обратившийся к врачу пациент. Следует отметить, что к разработке принципиально нового подхода нас подтолкнули сами больные и/или их родители. Ведь основным для них при посещении врача является определение прежде всего перечня пищевых продуктов и/или их компонентов, если продукты имеют сложный состав (борщ, супы, торты, пиццы и др.), которые может безопасно употреблять пациент и др. Следует отметить, что РЭД, помимо определения наиболее широкого, безопасного для употребления пациентом перечня пищевых продуктов, имеет своей целью решение и других задач. В том числе одной из них, исходя из конкретных обстоятельств, является определение какие продукты стоит начинать принимать в первую очередь (как с целью профилактики так и с целью лечения заболевания), когда и по каким схемам и др.

Изучение и классификация используемых диетических подходов показало, что существуют различные типы диет. Прежде всего они делятся на эмпирические и целевые. В каждом типе можно выделить элиминационные, интервенционные и описанную нами разрешительно-элиминационную диету. Следует подчеркнуть, что различные типы классифицированных нами диет могут сочетаться с введением различных препаратов. Разработанная, впервые в мире, РЭД сочетается и органически включает в себя как элиминационные диетические меры так и интервенционную диетотерапию. Так во многих случаях в разрешительно-элиминационной диете нами используется комбинация как эмпирической так и целевой элиминационной диетотерапии исходя как из перечня определенных продуктов, которые вызывают реакции у пациентов, так и из перечней продуктов, обладающих различным потенциалом индукции аллергических реакций, сенсибилизации. Очень часто в комбинации с вышеперечисленными данными анамнеза и анализа аллергенной способности пищевых продуктов нами используются лабораторные исследования как концентрации общего так и специфических IgE. В комплексе лечебно-профилактических мер совместно с РЭД применяются различные лекарственные препараты и др. Специфическая интервенционная терапия используется, в зависимости от условий, используя различные иммунотерапевтические схемы.

Таким образом предложенная разрешительно-элиминационная диета является универсальной диетой, сочетающей и включающей в себя преимущества всех существующих в настоящее время диет и ориентирована на определение безопасного для больного перечня пищевых продуктов.

*Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А., Ткаченко К.Е.*

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

## **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ОТСРОЧЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ К ЛИМОНУ**

Аллергические реакции при употреблении в пищу лимона могут проявляться обширным спектром симптомов, в том числе и различными нарушениями функций пищеварительной системы. В научной литературе на текущий момент имеются лишь немногочисленные данные о реакциях на лимон и его компоненты со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Нами впервые описан клинический случай гастроинтестинальной аллергии на употребление в пищу лимона с сочетанными проявлениями в виде немедленной и отсроченной реакции у женщины 31 года с полисенсibilизацией к различным пищевым, бытовым и пыльцевым аллергенам. Срок наблюдения, включая врачебные осмотры и лабораторные исследования, составил 3 года. При опросе пациентки выявлено 3 основных причинных фактора аллергии: пищевой (цитрусовые – лимон, апельсин, мандарин, грейпфрут); бытовой (домашняя пыль); пыльцевой (сорные травы – амброзия, лебеда). В ходе исследования специфических IgE участие данных причинных факторов в проявлении клинических симптомов подтверждено лабораторно, также установлена сенсibilизация к ряду грибковых аллергенов.

Аллергические реакции на лимон у пациентки впервые появились в возрасте 16 лет и включали в себя проявления орального аллергического синдрома (ОАС) – зуд и незначительное жжение слизистой полости рта и языка через 3-5 минут после приема в пищу 1-2 ломтиков лимона с сахаром (данные симптомы исчезали через 25-30 минут). Также больная отмечала тошноту, боли в животе, метеоризм, послабление стула через 1-2 часа. Похожие симптомы со стороны ЖКТ наблюдались и при употреблении блюд, содержащих в составе лимонный сок или цедру. Перечисленные проявления в виде тошноты, болей в животе, метеоризма, послабления стула в большинстве случаев регрессировали через день. При употреблении большого количества лимона (до 1/2 плода) они, как правило, сохранялись в течение 3-5 дней.

Кожные тесты по методике прик+прик-теста позволили установить наличие аллергической реакции к свежей мякоти плода лимона. Следует подчеркнуть, что указанная реакция в виде папулы сохранялась и даже становилась более выраженной с увеличением гиперемии через 24 часа после проведения теста. При этом термическая обработка (при 65°C в течение 60 мин и при 95°C в течение 30 минут) частей плода лимона полностью прекращала возникновение реакций.

Больной назначено следующее лечение: индивидуальная разрешительно-элиминационная диета на основе имеющихся в анамнезе аллергических реакций и выявленной нами сенсibilизации, гипоаллергенный режим с проведением в квартире мер по снижению аллергенной нагрузки к бытовым аллергенам. На фоне проводимого противоаллергического лечения и соблюдения разрешительно-элиминационной диеты и гипоаллергенного режима состояние больной улучшилось. В настоящее время наблюдение за пациенткой продолжается.

Таким образом, нами установлено наличие в мякоти лимона одного или нескольких термолабильных антигенов, вызывающих немедленные и отсроченные симптомы аллергии, а также способность термолабильных аллергенов и/или отдельных антигенных детерминант вызывать отсроченные аллергические реакции, несмотря на воздействие протеолитических ферментов желудочно-кишечного тракта и соляной кислоты. В комплекс исследований, характеризующих особенности эпитопов аллергенов, вызывающих аллергические реакции, необходимо включать также дополнительные исследования с установлением чувствительности молекул аллергенов к ферментам ЖКТ и соляной кислоте, т. к. наличие термолабильности не всегда коррелирует со сниженной устойчивостью к вышеуказанным факторам.

*Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А.*

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

## **УРОВНИ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**

В настоящее время одним из самых распространенных эндокринных заболеваний, встречаемых у женщин репродуктивного возраста является аутоиммунный тиреоидит. Следует отметить, что щитовидная железа обеспечивает важнейшие функции организма. Поддержание температуры тела, нормальное функционирование сердечно-сосудистой системы, многих внутренних органов, репродуктивной системы зависит от функции щитовидной железы. Установлено, что на распространенность данного заболевания влияют различные факторы, такие как генетические мутации, стрессовые факторы, обеспечение йодом и селеном, а также другими микроэлементами.

Официальными диагностическими критериями хронического аутоиммунного тиреоидита являются наличие клинико-лабораторных признаков гипотиреоза, характерные ультразвуковые признаки, проявляющиеся прежде всего в виде мозаичности структуры щитовидной железы при данном инструментальном исследовании, а также выявление в крови пациента органоспецифических антител к тиреопероксидазе (ТПО) и к тиреоглобулину (ТГ). Наиболее значимым в диагностике традиционно считается выработка антител к ТПО, тем не менее, возможна вариативность выявления антител к ТПО, ТГ совместно или изолированно у различных пациентов. Также наличие органоспецифических антител расценивается как преддиктор развития клинического гипотиреоза и его прогрессирования, что обуславливает важность их раннего выявления. В настоящее время, в условиях нарастающей эмоциональной напряженности имеется тенденция к все большему возрастанию манифестации данной формы аутоиммунной патологии.

В связи с вышеперечисленным нами были обследованы 46 женщин репродуктивного возраста от 19 до 46 лет. У данных женщин диагностировались уровни аутоантител к тиреопероксидазе. Концентрация аутоантител к тиреопероксидазе определялась с помощью иммуноферментного метода тест системами для количественного определения уровня антител к ТПО (ORGENTEC Diagnostika). Результаты учитывались с использованием автоматического иммуноферментного анализатора СЕМ WELL.

Согласно полученным результатам исследования в группе обследуемых с аутоиммунным тиреоидитом наиболее высокие концентрации антител к тиреопероксидазе регистрировались у 22 женщин, возрастом от 22 до 36 лет. Остальные обследованные имели средние и низкие уровни аутоантител к вышеуказанному ферменту щитовидной железы. Средний уровень антител к ТПО в общей группе обследуемых женщин с аутоиммунным тиреоидитом составил  $135 \pm 15,6$  МЕ/мл, по сравнению с контрольной группой практически здоровых лиц сопоставимого возраста составил  $25 \pm 4,4$  МЕ/мл ( $p < 0,001$ ) соответственно.

Выводы: Выявлено достоверное повышение АТ к ТРО в группе с ХАИТ по сравнению с контрольной группой. Зарегистрирована высокая вариабельность вышеуказанного показателя в сравнении с контрольной группой здоровых женщин. Следует отметить то, что более высокий уровень АТ к ТРО был также ассоциирован с более высокими уровнями ТТГ. Вместе с тем, у ряда лиц уровни АТ к ТРО были умеренно повышенными или низкими. Следовательно, при обследовании женщин репродуктивного возраста с подозрением на ХАИТ необходимо определение АТ к ТГ наряду с АТ к ТРО.

Полученные данные целесообразно использовать как в дальнейших научных исследованиях, касающихся данной патологии, так и для персонализации подхода к ведению пациентов указанной группы.

*Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Лыгина Ю.А.*

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

## **СПЕЦИФИЧЕСКАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА СОРТА ДЖОНАТАН У ДЕТЕЙ**

Распространенность аллергических заболеваний стремительно возрастает во всем мире, и уже сейчас есть все основания говорить об аллергии, как о пандемии XXI века. Развитие множества аллергических реакций, провоцируемых пищевыми аллергенами, как более легких, таких как оральный аллергический синдром, аллергический дерматит и крапивница, так и тяжелых системных анафилактических, существенно снижает качество и может представлять угрозу жизни таких пациентов. Следует указать, что аллергии алиментарного генеза подвержены абсолютно все возрастные категории и социальные слои населения. Тем не менее, наиболее уязвимой группой в плане развития пищевых аллергических реакций является дети. Чаще всего пищевая аллергия проявляется в виде кожных реакций – крапивницы, атопического дерматита. Безусловно, важно исследовать структуру специфической сенсibilизации к отдельным пищевым аллергенам у таких пациентов. Яблоко в свою очередь является одним из наиболее часто употребляемых фруктов, в том числе и больными с пищевой аллергией.

Целью данного исследования явилось изучение частоты специфической сенсibilизации к антигенам яблока сорта Джонатан у детей, страдающих пищевой аллергией.

Материал и методы. Нами отобраны и исследованы сыворотки 146 детей, в возрасте от 5-ми месяцев до 17-ти лет, имеющих отягощенный аллергический анамнез, предъявляющих жалобы на частое развитие кожных аллергических реакций, преимущественно в виде атопического дерматита и крапивницы, связанных с пищей. Определение уровней специфических IgE-антител в сыворотке крови к антигенам яблока сорта Джонатан производилось с помощью иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк).

Результаты. В ходе проведенного исследования было установлено, что частота специфической сенсibilизации к антигенам яблока сорта Джонатан среди обследованных нами лиц составила  $24,0 \pm 3,5\%$ . Такие данные подтверждают необходимость тщательного контроля допустимости употребления в пищу яблок сортов со смешанным красным окрасом, в том числе сорта Джонатан, лицами, скомпрометированными со стороны кожных аллергических реакций алиментарного генеза.

Выводы. Установлено, что частота специфической сенсibilизации к антигенам яблока сорта Джонатан достаточно высокая и составляет  $24,0 \pm 3,5\%$  среди лиц с отягощенным аллергическим анамнезом. Результаты исследования демонстрируют целесообразность и перспективность использования для диагностики специфической сенсibilизации к антигенам отдельных сортов яблока.

---

*Присяжнюк М.В.*

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

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДАГРИЧЕСКОГО И ТИРОИДНОГО СИНДРОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ И ГИПОТИРЕОЗА**

В последние годы гипотиреоз у больных подагрой рассматривается с позиции одного из компонентов патогенетической общности метаболического процесса.

Цель исследования: оценить гендерные особенности клинического течения подагрического и тиреоидного синдромов у больных подагрой с гипотиреозом.

В исследование включено 130 (109 мужчин и 21 женщина) больных подагрой с гипотиреозом в возрасте  $48,9 \pm 0,56$  лет. Контрольную группу здоровых составили 25 здоровых мужчин и 5 женщин



аналогичного возраста. Группа больных и здоровых не различались по возрасту ( $t=1,2$ ,  $p=0,56$ ) и полу ( $\chi^2=0,3$ ,  $p=0,74$ ), т.е. были сопоставимыми.

Состояние пуринового обмена у больных и здоровых оценивали по уровню мочевой кислоты и оксипуринола крови, а также по величине их клиренсовых значений.

Исследование тиреотропного гормона и тироидных гормонов – трийодтиронина и тироксина (Т3 и Т4) проводили радиоиммунным методом.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы для статистического анализа «Statistica 6.0».

При мужской подагре с гипотиреозом течение подагры характеризовалось более ранним дебютным возрастом ( $43,5\pm 0,15$  против  $47,7\pm 0,24$  лет у женщин), отягощенной наследственностью (у  $33,9\%$  против  $9,5\%$  у женщин), связью дебюта либо обострения болезни с предшествующим приемом алкоголя ( $22,0\%$  против  $4,8\%$  у женщин) или гиперпуриновых продуктов ( $60,6\%$  против  $9,5\%$  у женщин), моноартритом 1-го плюснефалангового сустава ( $40,4\%$  против  $4,8\%$  у женщин), наличием периферических (тканевых) тофусов ( $53,2\%$  против  $9,5\%$  у женщин), поражением почек (у  $35,8\%$  против  $4,8\%$  у женщин) и почечной недостаточностью ( $6,4\%$  против  $0\%$  у женщин).

Женский вариант синтропии характеризовался более старшим возрастом в дебюте заболевания, его связью с естественной или искусственной утратой функции гонад ( $57,1\%$  против  $16,5\%$  у мужчин), приемом диуретиков ( $19,0\%$  против  $8,3\%$  у мужчин), преимущественным поражением мелких суставов кистей ( $76,2\%$  против  $39,4\%$  у мужчин).

Гендерные особенности течения тироидной дисфункции при подагре характеризуются более интенсивным угнетением у женщин секреции Т3 ( $0,95\pm 0,02$  против  $1,08\pm 0,04$  нмоль/л у мужчин), Т4 ( $118,6\pm 3,0$  против  $121,0\pm 2,8$  нмоль/л у мужчин) и доминированием у них аутоиммунного синдрома (антител к тиреоглобулину  $8,3\pm 0,05$  против  $5,5\pm 0,08$  IU/ml у мужчин; антител к тиреопероксидазе  $12,9\pm 0,08$  против  $10,2\pm 0,07$  IU/ml у мужчин).

Таким образом, у мужчин течение подагры характеризовалось более ранним дебютным возрастом, отягощенной наследственностью, связью начала/обострения болезни с приемом алкоголя или гиперпуриновых продуктов, моноартритом 1-го плюснефалангового сустава, наличием периферических тофусов, поражением почек и почечной недостаточностью. Женский вариант подагры характеризовался более старшим возрастом в начале заболевания, его связью с естественной или искусственной утратой функцией гонад, приемом диуретиков, преимущественным поражением мелких суставов кистей. Гендерные особенности течения тироидной дисфункции характеризовались более интенсивным подавлением секреции тироидных гормонов у женщин и преобладанием у них синдрома аутоиммунных нарушений.

---

*Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Анохина В.А.*

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

## **О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНЕТОДЕРМИИ**

Анетодермия – редкое заболевание, своеобразная разновидность атрофии кожи с преимущественным поражением эластических волокон дермы.

Болеют чаще женщины 20-40 лет, реже дети и пожилые люди. Описана анетодермия у младенцев, родившихся преждевременно.

Локализация – туловище, верхние конечности, лицо, шея – редко, ладони, подошвы, волосистая часть головы не поражаются. В зарубежной литературе имеется единичное сообщение о редчайшей локализации, в том числе, ладони, подошвы, волосистая часть головы и мочка уха. Заболевание связано с нарушениями эндокринной, нервной системы, трофическими нарушениями, обменных и иммунологических. На сегодняшний день появились публикации о принадлежности анетодермии к коллагенозам.

Различают первичную и вторичную анетодермию при разрешении морфологических элементов сыпи (вторичный сифилис, саркоидоз, красная волчанка, вульгарные угри и др.).

Клинически различают: классическую, эритематозную – тип Ядассона, уртикарную – тип Пеллизари, опухолевидную – тип Швеннингера-Буцци.

При классическом типе Ядассона появляются множественные, редко единичные пятна овальной или округлой формы розового, желтовато-розового цвета на коже туловища, верхних конечностях, шеи, лице без субъективных ощущений (и реже папулы), затем в этих местах кожа становится бледной, морщинистой, напоминая смятую папиросную бумагу – симптом Пospelова; в последующем атрофия в виде мягких грыжеподобных выпячиваний, при надавливании пальцем создается впечатление пустоты. Течение хроническое. Обострение весной и осенью.

Патоморфология – в дерме периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, нейтрофилов и плазматических клеток, исчезновение эластических и дистрофические изменения коллагеновых волокон.

При анетодермии типа Швеннингера-Буцци – воспалительная стадия отсутствует, на неизменной коже внезапно возникают очаги диаметром 2-3 см значительно выступающие над окружающей кожей, плотноватой консистенции, на поверхности атрофии – грыжеподобные выпячивания, иногда телеангиэктазии.

При анетодермии типа Пеллизари анетодермия развивается на месте волдырей, через несколько дней развивается атрофия, грыжеподобные выпячивания, характерные для анетодермии.

Лечение может быть эффективным на ранней стадии. В лечении применяют пенициллин, общеукрепляющие средства, витамины А, Е, аминокaproновую кислоту, которые могут приостановить прогрессирование заболевания. Прогноз заболевания относительно выздоровления сомнителен. Заболевание не всегда своевременно распознается.

Приводим свое наблюдение. Больная П. 24 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже мочки уха. Анамнез заболевания: В возрасте 12 лет после прокола мочек уха, на правой мочке в результате предшествующего покраснения, затем появилось опухолевидное образование с незначительным уплотнением при пальпации. Установлен диагноз келлоидный рубец. До настоящего времени никакие лечебные мероприятия не производились. Локальный статус: Кожа мочки уха нормальной окраски, имеется опухолевидное образование величиной с горошину мягкой консистенции, при надавливании пальцем ощущается пустота. Учитывая анамнез, клинические проявления, установлен диагноз Анетодермии в сочетании двух типов (Ядассона и Швеннингера – Буцци) с редкой локализацией в области мочки уха.

Таким образом, в приведенном случае описано сочетание двух типов анетодермии и их редкой локализации. Этот случай представляет, на наш взгляд, клинический интерес для врачей-дерматовенерологов.

---

*Прокопенко Е.Б., Джоджуа А.Г., Антонова Л.Н., Масенко В.В.*

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

## **КОМПЛЕКС «ФЛУГА ЦИ ВИТЯ» В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ**

Тяжелым осложнением сахарного диабета является диабетическая полиневропатия (ДПН). ДПН формируется в результате влияния гипергликемии на метаболические процессы в нервных волокнах и вследствие ухудшения эндоневрального кровотока. Одна из главных целей лечения ДПН состоит в том, чтобы уменьшить нейропатическую боль, таким образом улучшить качество сна и качество жизни пациента, уменьшить негативное влияние хронического болевого синдрома на психо-эмоциональное состояние больного. Сложность патогенеза невропатических болевых синдромов объясняет многообразие препаратов, применяемых для их лечения, в частности, антиконвульсантов, антидепрессантов, нестероидных противовоспалительных препаратов, местных анестетиков и др. Нерациональное использование обезболивающих средств для купирования болевого синдрома не только не принесет пользу, но и может нанести существенный вред здоровью пациента. Для минимизации побочных эффектов от действия лекарств, для коррекции неврологических осложнений сахарного диабета, в частности ДПН, целесообразно использовать препараты с поливалентным метаболическим действием.

Блокатор кальциевых каналов габапентин обладает центральным анальгетическим эффектом и может уменьшать невропатическую боль. Применение габапентина увеличивает синтез гамма-аминомасляной кислоты в центральной нервной системе и повышает чувствительность к ней нейронов. Антидепрессанты активируют антиноцептивную систему и подавляют проведение боли. Синергичная комбинация витаминов группы В (В1 + В6 + В12), лидокаина усиливает действие главных антиноцептивных нейромедиаторов (серотонина и норадреналина) и помогает антидепрессантам уменьшать болевой синдром и соматогенно обусловленную депрессию. Доказано что витамины группы В способны восстанавливать функцию периферического нерва. Нейротропные витамины и антиоксиданты с метаболическим компонентом действия, обеспечивающие репаративные процессы в нервной ткани, составляют хорошую комбинацию с взаимопотенцирующим эффектом. Цитиколин – природное эндогенное соединение, которое принимает участие в формировании основных структурных компонентов клеточной мембраны (преимущественно фосфолипидов). Он способствует восстановлению поврежденных мембран клеток, ингибирует действие фосфолипаз, препятствует избыточному образованию свободных радикалов, предотвращает гибель клеток, воздействуя на механизмы апоптоза. Янтарная кислота является веществом природного происхождения, участвует в энергетическом обмене, различных метаболических процессах, необходимых для насыщения клеток кислородом, а также способствует выведению из организма эндогенных и экзогенных токсических веществ. Комбинация антидепрессантов, антиконвульсантов, цитиколина, нейротропных витаминов группы В и антиоксидантов позволяет уменьшить интенсивность болевого синдрома при лечении ДПН, значительно ограничить, или вообще отказаться, от нестероидных противовоспалительных препаратов, и сузить круг нежелательных лекарственных побочных эффектов, что особенно актуально при лечении пациентов сахарным диабетом с коморбидной патологией.

Коллектив сотрудников кафедры неврологии и медицинской генетики ГОО ВПО им.М.Горького ДНР применили комбинацию препаратов флуоксетина, габапентина, цитиколина, витаминов группы В и янтарной кислоты в комплексе лечения ДПН больных сахарным диабетом 2 типа. Это и послужило поводом использовать аббревиатуру «ФлуГа Ци ВитЯ», которая по первым буквам указывает на названия препаратов используемых в лечении ДПН с учетом патогенетических механизмов повреждения периферической нервной системы при гипергликемии. Указанный комплекс удобен в применении не только в условиях стационара, но и амбулаторно под наблюдением невролога и семейного врача.

---

*Прокофьева Т.И., Бугорков И.В., Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **НАШИ РЕАЛИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СЛУШАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Реалии таковы, что военные действия с чередующимися фазами активных боев и относительного затишья, смена учебно-методических параметров в связи с переходом на стандарты высшего образования России – всё это создаёт реальные трудности, а так же риски для качества последипломного образования

Цель: определение положительных сторон и недостатков дистанционного образования в области преподавания хирургических дисциплин на этапе последипломного образования, с учетом показателей личностного реагирования на условия военного конфликта.

Материалы и методы. Проанализированы собственные результаты использования дистанционной формы обучения 163 врачей – слушателей (м.-120, ж.-43) специальности стоматология хирургическая на кафедре стоматологии ФИПО. Для изучения психического реагирования на события использовалась методика оценки личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) Спилбергера-Ханина. Проведен анализ результата адаптации ( в терминах среднего балла успеваемости). Для определения уровня личностно-профессиональной компетенции использовали многопрофильный метод исследования личности (ММИЛ).

Результаты и обсуждение. Мы убедились, что к плюсам дистанционного образования действительно можно отнести: обучение в индивидуальном темпе, свобода и гибкость в выборе курса, доступность материалов, независимость от географического и временного положения обучающегося, эффективная реализация обратной связи между преподавателем и обучаемым, технологичность – использование в образовательном процессе новейших достижений информационных и телекоммуникационных технологий, социальное равноправие, творчество – комфортные условия для творческого самовыражения обучаемого.

Но мы увидели и подтверждение очевидных минусов: отсутствие очного общения между обучающимися и преподавателем, необходимость наличия целого ряда индивидуально-психологических условий, таких, как жесткая самодисциплина, необходимость постоянного доступа к источникам информации, хорошая техническая оснащенность, доступ к Интернету. Учитывая специфику клинической кафедры, где из 146 учебных часов (в среднем) предаттестационного цикла (ПАЦ), только 40 часов являются лекционными, а остальные – это семинарские и практические занятия, нетрудно предположить, что многие профессиональные тонкости, приобретаемые исключительно в процессе работы в условиях передовой клинической базы с её материальным оснащением, сложным контингентом больных, являются недоступными в силу отсутствия прямого контакта врач-больной, слушатель – преподаватель. Именно отсутствие нового клинического опыта заставляет обучающихся говорить о «неполноценности» и даже неприемлимости дистанционного обучения в медицине – об этом при анкетировании заявили 92% врачей – слушателей, проходивших обучение на нашей кафедре.

Проведенный анализ адаптации (в терминах среднего балла успеваемости) подтверждает, что по результатам итоговой аттестации, все слушатели, прошедшие обучение на хирургических циклах ДО, имеют баллы выше среднего (4.02, в среднем). Особенности психического реагирования на обучение в дистанционных условиях выражаются в повышении уровня ситуативной тревожности (от начальных 41.4 балла до 64,24 б при итоговом мониторинге), связанном, среди прочего, с периодом военного конфликта. Особенности психо-эмоционального статуса слушателей проявляются, прежде всего, в снижении показателей уровня профессионально-личностных компетенций, которые составили, в среднем 63-75 ед., против 70-88 ед., определяемых в начале обучения.

Выводы:

1. С учетом всех положительных сторон и недостатков, дистанционные образовательные технологии на клинической кафедре хирургического профиля могут быть использованы либо в комплексном обучении, либо исключительно в условиях форс-мажора, как это происходит в нашем конкретном случае, ввиду того, что оно не охватывает важнейшей части обучения – отработку практических навыков.

2. Дистанционное обучение в условиях военного конфликта осложняется еще и тем, что существенно увеличиваются реакции психического реагирования слушателей на события, снижается мотивация и уровень профессионально-личностных компетенций, что так же является неоспоримым отрицательным фактором, препятствующим овладению врачами-слушателями программы обучения в полном объеме.

---

*Прокофьева Т.И., Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н., Каплун А.И.*

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

## **ДОМИНИРУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВОЕННОЙ ПОЛИТРАВМЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ШОКОМ**

Наши реалии продолжающегося военного конфликта таковы, что необходимость постоянной готовности к оказанию помощи в экстремальных условиях 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 не-

стабильной 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 обоего 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 голова и шея (включая челюстно-лицевую область), а так же повреждения грудной и брюшной полостей, органов малого таза.

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 и головы и шеи – 110 и 42 наблюдения соответственно, в относительных величинах 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 нарастании 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.

1. Для выделения 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

2. Наибольшее количество СТ дают повреждения головы (включая челюстно-лицевую область) и шеи, грудной клетки, живота, тазовых органов; МТ – грудь, таз, голова и шея.

Мы считаем так же, что распространенный сочетанный характер повреждений, трудности диагностики, реанимационной и хирургической коррекции имеющихся нарушений требуют четкой преемственности на всех этапах оказания диагностики и лечения, что послужит профилактикой развития шоков, либо значительное снижение тяжести их течения.

**Просветов В.А., Суров Д.А., Гайворонский И.В., Нгуен В.Т.**

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

## **ЦИТОРЕДУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДИАФРАГМЫ И СМЕЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР**

Актуальность. На сегодняшний день циторедуктивная хирургия с интраоперационной гипертермической химиоперфузией является перспективным и эффективным методом лечения злокачественных

образований органов брюшной полости и малого таза с диссеминацией в виде перитонеального карциноматоза. Поражения диафрагмальной брюшины выявляются у 40-70% больных перитонеальным карциноматозом. Обнаруживаемое сочетанное поражение брюшины со смежными анатомическими структурами (капсула и паренхима печени, селезенка, пищевод, нижняя полая вена (НПВ), перикард, легкое) закономерно диктует выбор необходимой и оптимальной тактики хирургического лечения.

Цель: проанализировать возможности циторедуктивной хирургии в лечении пациентов с метастатическим поражением диафрагмальной брюшины и смежных анатомических структур.

Материалы и методы: Проведен анализ хирургического лечения 40 пациентов с диссеминированными формами злокачественных опухолей органов брюшной полости и малого таза, оперированных в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и на ее клинической базе в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в период с 2021 по 2022 г. Все больные прошли через циторедуктивную хирургию, каждому из которых была выполнена диафрагмальная перитонэктомия различного объема. В группу исследования вошли 30 женщин (75%) и 10 мужчин (25%). Средний возраст больных составил 50 лет (от 25 лет до 75 лет). Локализация первичной опухоли: толстая кишка – 15 (37,5%), яичник – 18 (45%), матка – 7 (17,5%). Средний индекс перитонеального канцероматоза (PCI) составил 11 (от 7 до 30).

Результаты. Анализ хирургического лечения выявил структуру оперативных вмешательств при выполнении диафрагмальной перитонэктомии: перитонэктомия (n=22), парциальная резекция диафрагмы (n=5), резекция мышечной части диафрагмы (n=8), резекция сухожильного центра и перикарда (n=5), из вмешательств по поводу сочетанных поражений – резекция капсулы и паренхимы печени (n=12). У всех больных была достигнута полная циторедукция – complete citoreduction (CC-0). Исходя из оценки опухолевого поражения диафрагмальной брюшины и смежных анатомических структур, выстраивается хирургическая тактика, применяемая для достижения полной циторедукции, значительного уменьшения объема метастатических масс, что позволит с высокой эффективностью проводить системную противоопухолевую терапию. Выполнение перитонэктомии имеет ряд отличий от других областей брюшной полости в силу анатомических особенностей. Парциальная резекция диафрагмы выполняется в случае, когда опухолевый узел прорастает менее половины толщины мышечного слоя. Резекция мышечного слоя выполняется при метастатическом поражении, вовлекающем более половины толщины диафрагмы. Наиболее трудными локализациями являются область ретропеченочного сегмента НПВ, сухожильный центр, диафрагмальная поверхность печени, которые требуют выполнения маневров, сопряженных с высокими рисками ятрогенных повреждений: ранения магистральных сосудов, перфорации диафрагмы, повреждения печени, повреждения пищевода.

Выводы. Диафрагмальная перитонэктомия, наряду с наличием широких возможностей достижения полной циторедукции, требует выполнения комбинированных резекций при поражении смежных анатомических структур.

---

*Протасевич Т.С., Сидорик А.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Введение. Новорожденные с судорожным синдромом в анамнезе больше предрасположены к развитию в последующем неврологических нарушений, задержки развития и когнитивных нарушений. Ранняя и точная диагностика является ключом к дальнейшему лечению, оценке прогноза и исхода.

Цель исследования. Анализ клинических особенностей судорожного синдрома у новорожденных г. Гродно и Гродненской области, а также результатов лабораторных и инструментальных диагностических методов исследования.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 75 историй болезни детей с диагнозом «судорожный синдром» (код по МКБ-10 – Р90) УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за период 2016-2021 годы. Статистическая обработка данных с использованием непараме-

трического метода – критерий Манна-Уитни. При сравнении относительных частот внутри одной или в двух группах использовался двусторонний критерий Фишера.

Результаты. Чаще эпизоды судорожного синдрома отмечались у доношенных новорожденных в 52 (69,3%) случаев, у недоношенных – в 23 (30,7%),  $p=0,0018$ . Срок гестации доношенных новорожденных составил 275,0 (273,0-280,0) дней, недоношенных – 245,0 (225,0-260,0),  $p<0,0001$ . Манифестация судорог у 81,3% новорожденных наблюдалась в ранний неонатальный период (в 61,3% случаев в 1-2 сутки), в возрасте после 7 дня жизни – в 18,7% случаев,  $p=0,00001$ . В клинической картине преобладали клонические сокращения у 30 (40%) детей, тонические – у 21 (28%) (в том числе запрокидывание головы назад 11), миоклонии – у 20 (26,7%). Судорожные сокращения диафрагмы диагностированы у 18 (24%) детей. Моторные автоматизмы – у 36 (48%), из них оральные автоматизмы – 17, стереотипные движения конечностей (педальное движение ногами, гребущие движения руками по типу пловца) – 12, глазные: горизонтальный нистагм – 7. Атипичные неонатальные судороги выявлены в 12 (16%) случаев: апноэ с десатурацией – 8, вегетативные – 4. Энцефалопатия новорожденного диагностирована у 64 (85,3%) детей, инфекция, специфичная для перинатального периода – у 52 (69,3%). Метаболические нарушения выявлены у 24 (32%) новорожденных: гипокальциемия (1,8 (1,5-1,9) ммоль/л) встречалась в 16 (21,3%) случаях. Гипонатриемия – при уровне натрия 128,4 (124,1-129,3) ммоль/л – у 6 (8%). Гипернатриемия 151,1 ммоль/л диагностирована у 1 (1,3%), гипогликемия (уровень глюкозы – 1,5 ммоль/л) – у 1 (1,3%). При выполнении нейросонографии отмечались вентрикулодилатация у 36 (48%) новорожденных, гипоксически-ишемические изменения головного мозга – у 17 (22,7%). По данным КТ или МРТ головного мозга выявлены внутричерепные кровоизлияния у 20 (26,7%) детей: внутримозговое – у 8 новорожденных, субарахноидальное – у 6, субдуральное – у 2, эпидуральное – у 2, внутримозговое – у 2. Кистозно-глиозная трансформация – у 6 (8%), лейкомаляция дистрофического (постишемического) характера – у 4 (5,3%).

Выводы. 1. Основными факторами развития судорожного синдрома у новорожденных установлены: гипоксически-ишемические поражения ЦНС (85,3%), инфекции, специфичные для перинатального периода (69,3%), метаболические нарушения (32%), внутричерепные кровоизлияния (26,7%). 2. Среди новорожденных с судорожным синдромом преобладали доношенные дети (69,3%),  $p=0,0018$ . 3. Манифестация судорожного синдрома чаще наблюдалась в раннем неонатальном периоде (81,3%),  $p=0,00001$ . В клинической картине в каждом втором случае доминировали моторные автоматизмы (48%) и клонические судорожные сокращения (40%).

*Проценко О.А., Горбенко А.С., Киосева Е.В.*

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

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

Цель – выявить особенности психопатологических нарушений у больных атопическим дерматитом (АтД) и определить их взаимосвязь со степенью тяжестью дерматоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 62 больных с АтД, в возрасте от 16 до 60 лет, в т.ч. с эритематозно-сквамозной формой – 17 (27,4%), эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией – 31 (50%), в форме диффузного нейродермита – 12 (19,4%), в форме эритродермии – 2 (3,2%). Обследование и лечение проводили в соответствии с унифицированным клиническим протоколом оказания медицинской помощи МЗ ДНР. Для определения психопатологической симптоматики использовали опросник SCL-90-R (Symptom check list – 90 – revised). Оценку и интерпретацию результатов осуществляли по 9 основным показателям, которые объединяли в группы симптомов: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности – компульсивности – Obsessive-Compulsive (OC), межличностной чувствительности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревоги – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревоги – Fobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY). В результате были получены 2

индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI), наличие симптоматического дистресса (PSDI), а также позитивного симптоматического индекса (Positive Symptom Index – PSI).

Результаты. В наших наблюдениях преобладали женщины – 33 (53,2%), мужчин было 29 (46,8%). При эритематозно-сквамозной форме было больше мужчин – 12 (41,4%), женщин 5 (15,2%), при эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией преобладали женщины – 18 (54,5%). АтД в форме диффузного нейродермита был больше у женщин – 9 (27,3%), чем у мужчин 3 (10,3%). При оценке степени тяжести по шкале SCORAD отмечено, что у 48 (77,4%) больных было тяжелое течение АтД; средне-тяжелое течение – у 14 (22,6%) больных.

Показатель SOM наиболее повышен был у больных с тяжелым течением АтД в 1,9 раз выше нормативных показателей –  $0,82 \pm 0,07$  балла и  $0,44 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ); показатель ОС – в 1,2 раза выше нормативных показателей  $0,82 \pm 0,06$  балла и  $0,75 \pm 0,04$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ; показатель INT был в 1,2 раза выше нормативного значения  $0,81 \pm 0,06$  балла и  $0,66 \pm 0,03$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ .

Повышенным был также показатель DEP, особенно у больных с тяжелым течением АтД. Так, у больных с тяжелым течением АтД он в 1,3 раза был выше нормативных показателей ( $0,77 \pm 0,11$  балла и  $0,62 \pm 0,04$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ), при средне-тяжелом течении – в 1,2 раза выше нормативных показателей ( $0,72 \pm 0,08$  балла и  $0,62 \pm 0,04$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Показатель ANX в 1,6 раза превышал нормативные показатели у больных с тяжелым течением АтД –  $0,77 \pm 0,08$  балла и  $0,47 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ), при средне-тяжелом течении – в 1,5 раза –  $0,74 \pm 0,08$  балла и  $0,47 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ), при легком течении – в 1,2 раза –  $0,57 \pm 0,13$  балла и  $0,47 \pm 0,03$  балла, соответственно ( $p < 0,05$ ).

Особый интерес представлял анализ показателя РНОВ, который у всех обследованных больных существенно превышал нормативный показатель, но наиболее выраженными эти изменения были при тяжелом течении АтД – в 2,5 раза выше нормативного показателя ( $0,45 \pm 0,06$  балла и  $0,18 \pm 0,02$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Интересно, что по шкале НОС показатели больных при всех формах АтД были лишь незначительно выше нормативных значений. Показатели PAR и PSY были несколько выше нормативных значений ( $0,54 \pm 0,04$  балла и  $0,58 \pm 0,06$  балла),  $p = 0,60$  и  $0,31 \pm 0,04$  балла и  $0,30 \pm 0,03$  балла, соответственно,  $p = 0,47$ .

Общий индекс GSI был наиболее повышен у больных с тяжелым течением АтД – в 2,9 раза выше нормативных показателей ( $1,48 \pm 0,92$  балла и  $0,51 \pm 0,02$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ) и в 1,8 раз был выше у больных со средне-тяжелым течением АтД – ( $0,93 \pm 0,31$  балла и  $0,51 \pm 0,02$  балла соответственно),  $p < 0,05$ . У больных с легким течением он в 1,3 раза был выше нормативных показателей –  $0,64 \pm 0,06$  балла и  $0,51 \pm 0,02$  балла соответственно,  $p < 0,05$ .

Показатель PSI наиболее повышен был у больных с тяжелым течением АтД – в 2 раза выше нормативных показателей –  $41,3 \pm 2,4$  балла и  $21,39 \pm 2,02$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ . У больных средне-тяжелым течением АтД он в 1,6 раза превышал нормативные показатели –  $35,5 \pm 2,01$  балла и  $21,39 \pm 2,02$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ .

Показатель PSDI был повышен при всех формах АтД, но наиболее был при тяжелом и средне-тяжелым течением –  $1,33 \pm 0,06$  балла и  $1,31 \pm 0,07$  балла, соответственно и был выше нормативных показателей ( $1,17 \pm 0,05$ ), ( $p < 0,05$ ). Наименее выраженным этот показатель был при легком течении дерматоза – ( $1,19 \pm 0,06$  балла), ( $p = 0,42$ ).

**Выводы.**

У всех больных АтД выявлены психопатологические нарушения, степень выраженности которых коррелировала со степенью тяжести дерматоза. Эти изменения необходимо учитывать при составлении комплексных программ лечения.



**Проценко О.А., Тахташов И.Р.**

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

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)**

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом, однако среди определенных групп населения чаще стали выявлять сочетание сифилитической инфекции с туберкулезом, вирусными гепатитами, ВИЧ/СПИДом. Особого внимания заслуживает увеличение числа случаев одновременного инфицирования сифилисом и ВИЧ. Это обусловлено общими механизмами передачи инфекций и схожими группами риска. Удельный вес ВИЧ-инфекции среди больных сифилисом, составляет в среднем 15,7%. При этом он существенно варьирует – от 3% в общей популяции до 90% среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Раннее выявление и своевременное лечение при обеих инфекциях играют важную роль в противоэпидемических мероприятиях. В связи с этим большое значение имеет выяснение особенностей клинических проявлений и течения заболеваний при смешанном инфицировании.

Цель работы. представить особенности клинических проявлений сифилиса у больных с ВИЧ-инфекцией на примере анализа двух клинических случаев.

Результаты. Пациент К., 40 лет, по поводу высыпаний на коже туловища обратился в декабре 2020 г. к инфекционисту Центра анти-СПИД, где находился на учете по поводу ВИЧ-инфекции. Ранее высыпания расценивал как аллергию и занимался самолечением.

Анамнез жизни: ВИЧ- позитивный статус с 2005 г., получает АРТ.

Половой анамнез: Холост. Регулярные оральные и анальные гомосексуальные половые контакты с малознакомыми половыми партнерами, последний – в декабре 2020 г.

Locus morbi: на коже и слизистых проявления сифилиса отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой, безболезненные при пальпации.

ЛОР-врач, врач-невролог, врач-терапевт, врач-окулист патологии не выявили, врач-инфекционист диагностировал II-ю клиническая стадия ВИЧ-инфекции в стадии ремиссии на АРТ.

РСК с кардиолипидным антигеном пол.4+, с трепонемным антигеном пол.4+, МРП пол.4+ (т.1:32) от 30.12.2020г.; ТРНА пол. от 29.12.2020 г.; РСК с кардиолипидным антигеном пол.4+, с трепонемным антигеном пол.4+, МРП пол.4+(т.1:16) от 18.01.2021 г.; РИФ-200 и РИФ-абс. пол.4+ от 18.01.2021г.; РПГА сл.пол. от 18.01.2021 г.

Установлен диагноз: Сифилис скрытый ранний. соп.: II-ая клиническая стадия ВИЧ-инфекция в стадии ремиссии на АРТ. Назначено лечение согласно унифицированному клиническому протоколу «Сифилис» МЗ ДНР. После первой инъекции цефтриаксона отмечена положительная реакция обострения Яриша – Герксгеймера: повышение температуры тела до 37,5С, появление папулезных высыпаний на коже ладоней, подошв и в углу рта, диагноз уточнен как Сифилис вторичный рецидивный.

Пациент О., 32 лет, обратился в КВК по месту жительства по поводу высыпаний на коже, периаанальной области, направлен в КВД.

Половой анамнез. Холост. Половые связи с малознакомыми женщинами и мужчинами. Последняя половая связь около 6 месяцев назад.

Locus morbi: На коже лица, спины, груди пустулы с ограниченным плотным инфильтратом в основании, слоистыми корками, до 3,0-4,0 см, возвышающимися над уровнем кожи, язвы разной глубины, с дном красного цвета, пологими и обрывистыми плотными краями, плотным синюшным ободком и четкими ровными краями. На ладонях и подошвах округлые папулы меднокрасного цвета с воротничком Бiettта. На слизистой небных дужек, миндалин, в периаанальной области эрозированные папулы. Паховые и периферические лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре, безболезненные, плотные, подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой. Осмотр смежными специалистами: ЛОР-врач, врач-невролог, врач-терапевт, врач-окулист патологии не выявили, врач-инфекционист – первая клиническая стадия ВИЧ-инфекция.

РСК с кардиолипидным антигеном пол.4+, с трепонемным антигеном пол.4+, МРП пол.4+ (т.1:64). РИФ -200 и -абс. пол.3+. Tr. pallidum при темнопольной микроскопии отделяемого с эрозированных папул не обнаружена.

Диагноз: Сифилис вторичный рецидивный, злокачественное течение. Соп. I-ая клиническая стадия ВИЧ-инфекции. Назначено лечение согласно унифицированному клиническому протоколу «Сифилис» МЗ ДНР. После первой инъекции цефтриаксона отмечена положительная реакция обострения Яриша – Герксгеймера: повышение температуры тела до 37,9С, высыпания стали обильнее и ярче.

Выводы. Таким образом, особенностью данных наблюдений явилось то, что своевременное обращение в специализированное медицинское учреждение позволяет точно и своевременно установить диагноз, а адекватная терапия обоих заболеваний позволяет улучшить прогноз инфекционных заболеваний и получить хороший клинический эффект. Применение АРТ позволяет исключить негативное влияние ВИЧ-инфекции на клиническое течение сифилиса. В то же время, после окончания курса лечения по поводу сифилиса, ВИЧ-инфицированные пациенты нуждаются в более тщательном обследовании с увеличением длительности клинико-серологического наблюдения до 5 лет

---

*Проценко Т.В., Тахташов И.Р.*

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

## **СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА**

В настоящее время отмечается снижение заболеваемости сифилисом. Однако, наряду с этим, увеличилось количество скрытых и малосимптомных форм при которых высока вероятность вовлечения в процесс внутренних органов. Сифилитические висцеральные поражения возможны даже на ранних стадиях заболевания. Однако, поражения желудка на ранних стадиях выявляют с частотой от 0,25 до 1% всех клинических форм заболевания. Нередко у пациентов с сифилитическим поражением желудка изменения рассматриваются как онкологический патология. В связи с этим большое значение имеет выяснение особенностей клинических течения сифилиса с поражением желудка

Цель исследования. Представить особенности клинических проявлений и диагностики сифилиса с поражением желудка на примере анализа клинического случая.

Больная Б., 27 лет, обратилась в КВД по направлению врача онколога.

Жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, общую слабость, снижение аппетита и резкую потерю в весе за 2 месяца до 12 кг.

Анамнез заболевания. Пациентка обратилась к врачу-терапевту, который, учитывая жалобы, направил на консультацию в противоопухолевый центр с подозрением на опухоль желудка. В условиях онкологического стационара пациентке проведена ФГС 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 стационаре онкодиспансера выявлен положительный (4+) результат КСР. Пациентка выписана и направлена на консультацию в КВД

Эпидемиологический анамнез. Не замужем. Отмечает половую 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: кожа туловища, волосистой части головы, ладоней, подошв, слизистая полости рта свободна от специфических высыпаний. В перианальной области одиночная папула округлой формы застойно-синюшного цвета, до 0,2 см в диаметре, безболезненная, с четкими границами в стадии обратного развития Паховые и периферические лимфатические узлы до размеров горошины, плотные, безболезненные при пальпации, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой.

Серологически обследована: РСК с кардиолипидным антигеном положительная 4+ (титр 1:80), с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП положительная 4+ (титр 1:8), РИФ)-200 и РИФ-абс. положительная 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 с давностью заражения более 6 месяцев.

В условиях стационарного отделения КВД назначено лечение согласно существующим нормативным документам. После начала пенициллинотерапии отмечалась положительная реакция обострения Яриша – Герксгеймера: повышение температуры тела до 37,4 С, высыпания в перианальной области стали ярче. В процессе специфической терапии высыпания регрессировали, на 8-е сутки наступил скрытый период. По окончании терапии КСР остался положительным 4+, но отмечено снижение титра реактивов до 1:40, МРП положительная 4+ титры также снизились до 1:4. Боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, общая слабость прекратились, прибавила в весе.

Пациентка направлена в онкодиспансер, где при повторном обследовании установлено, что язвенный дефект зарубцевался, явления гастрита не выявлено.

Окончательный диагноз: Сифилис вторичный рецидивный с давностью заражения более 6 месяцев (рецидивный) с поражением желудка.

Переведена на КСК в КВК по месту жительства.

Таким образом, диагностика висцерального сифилиса сопряжена со значительными трудностями и зачастую несвоевременна из-за неспецифичности симптомов заболевания и как следствие этого, пациент обращается к врачу-дерматовенерологу со значительным опозданием.

Можно предположить, что частота поражений внутренних органов при сифилисе значительно выше официально зарегистрированных, и только настороженность врачей всех специальностей и своевременная диагностика может позволить диагностировать случаи висцерального сифилиса на ранних этапах.

Ранняя диагностика и адекватная терапия сифилиса позволит предотвратить развитие висцеральных необратимых процессов и добиться клинического выздоровления и «оборвать» возможное эпидемиологическое распространение инфекции.

*Проценко Т.В., Анохина В.А., Шпатусько М.Н., Гаруст Ю.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ**

Цель работы. Изучить дерматологическую полиморбидность у больных акне.

Материалы и методы. Под наблюдением было 62 больных акне 1-3 степени в возрасте от 14 до 48 лет, в том числе 28 (45,2%) мужчин и 34 (54,8%) женщин. У всех пациентов изучали дерматологический анамнез и медицинскую документацию, проводили осмотр всей кожи и доступных слизистых с целью выявления другой дерматологической патологии (атопический дерматит или атопический анамнез, псориаз, себорею, алопеции, бородавки, гирсутный синдром). Оценивали степень выраженности акне и активность другой дерматологической патологии.

Результаты. Установлено, что сопутствующая дерматологическая патология была у 56 (90,3%) больных акне, в том числе у 24 (42,9%) больных 2 – 3 нозологические единицы (акне, себорея и гирсутный синдром; акне, атопический анамнез и бородавки и т.п.). Из всей сопутствующей дерматологической патологии наиболее часто был атопический дерматит и/или атопический анамнез – у 18 (29%) больных с акне, в том числе у 6 (33,3%) из них – атопический дерматит в стадии обострения (эритемато – сквамозная форма с лихенификацией, экземы кистей). На втором месте был ограниченный бляшечный псориаз – у 10 (16,1%), в том числе у 4 (40%) из них – в стадии обострения. Себорейный дерматит сопровождала акне у 35 (56,5%) больных, гирсутный синдром – у 8 (23,5%) из 34 больных акне женщин. Себорею, акне и гирсутный синдром мы расценивали как кожные проявления гиперандрогении. Диффузные и андрогенетические алопеции были у 12 (19,4%) больных, обычно-

венные бородавки – у 11 (17,7%) больных. Примечательно, что поражение волосистой части головы было у 39 (62,9%) больных, при этом у 4 (10,3%) из них это был нераспознанный ранее псориаз, у 35 (89,7%) – себорейный дерматит. Следует отметить, что 39 (62,9%) больных акне ранее в течение многих месяцев или лет получали процедуры у косметолога с временным эффектом; практически все пациенты с поражением волосистой части головы первое обращение делали к трихологу.

Вывод. Выявленные изменения диктуют необходимость тщательного опроса, полного осмотра и, по мере возможности, анализа медицинской документации у больных акне перед планированием лечебно-диагностической программы.

---

*Проценко Т.В., Борjak С.А., Корчак И.В.*

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

### **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ**

Цель – изучить динамику интерлейкина (ИЛ)-4 до- и после лечения у больных атопическим дерматитом (АтД) с лактозной непереносимостью (ЛН).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 20 больных АтД с ЛН, в возрасте от 16 до 36 лет, в т.ч. 12 (60%) женщин и 8 (40%) мужчин. Диагноз АтД и определение степени тяжести по шкале SCORAD проводили в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР. ЛН определяли методом полимеразной цепной реакции по полиморфизму 13910 С/Т гена лактазы. В зависимости от метода лечения больные были разделены методом случайной выборки на 2 группы: 1-я группа – основная (10 человек), пролеченных по разработанному методу с использованием безлактозной диеты, безлактозного пробиотика (Аципол), UVB 311нм фототерапии, витамина D, такролимуса мази; 2-я – группа сравнения (10 человек), лечилась традиционно. У всех больных до- и через 3 месяца после лечения определяли уровни ИЛ-4 с помощью тест-системы Bender Medsystems (США) с использованием иммуноферментного анализатора «ChemWell 2910» (США).

Результаты. Анализ ИЛ-4 в основной группе больных АтД с ЛН через 3 месяца показал, что его медиана уменьшилась с  $26,1 \pm 3,1$  пг/мл до  $5,3 \pm 1,8$  пг/мл ( $p=0,004$ ). Анализ ИЛ-4 в группе сравнения через 3 месяца показал, что его медиана уменьшилась с  $15,1 \pm 2,9$  пг/мл до  $12,4 \pm 3,1$  пг/мл. Сравнение центральных тенденций уровней ИЛ-4 у больных АтД с ЛН в группе сравнения с использованием W-критерия Вилкоксона показало наличие различий до – и после лечения на уровне значимости  $p=0,084$ . Сравнение центральных тенденций уровней ИЛ-4 у больных АтД с ЛН основной группы и группы сравнения через 3 месяца с использованием W-критерия Вилкоксона показало наличие статистически значимых различий ( $p<0,05$ ). При этом показатели ИЛ-4 в группе сравнения после лечения были достоверно выше, чем в основной группе. Оценка динамики клинических признаков в группах сравнения показала большую эффективность лечения в основной группе.

Выводы. Полученные иммунологические данные подтверждают эффективность разработанного метода лечения.

---

*Проценко Т.В., Зубаревская О.А., Борjak С.А.*

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

### **ОСОБЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д**

Актуальность. Витамин Д необходим для полноценного функционирования кожи и ее придатков, в том числе волосяного фолликула и роста волос. Недостаточность и/или дефицит витамина Д ухудшает течение дерматозов и ответную реакцию на терапию.

Цель работы. Выявить взаимосвязь содержания витамина Д с особенностями клинических проявлений гнездной алопеции у детей и взрослых.

Материалы и методы. Под наблюдением было 68 больных в возрасте от 5 до 24 лет, в том числе 20 мужчин и 48 женщин с гнездной алопецией. При изучении анамнеза обращали внимание на наличие атопического анамнеза или других проявлений атопической аллергии (атопический дерматит, поллиноз, конъюнктивит, бронхит или бронхиальная астма и др.). Клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводили в соответствии с унифицированными клиническими протоколами медицинской помощи. У всех больных в сыворотке крови 25-ОН витамин Д определяли по стандартной методике с выделением его дефицита, недостаточности или нормальным содержанием. Уровень витамина Д сопоставляли с клиническими особенностями гнездной алопеции.

Результаты. У всех обследованных пациентов на момент обследования была прогрессирующая стадия заболевания. Анализ анамнеза показал, что 38,2% больных имели ранее атопический дерматит или другие формы атопических аллергических заболеваний, в том числе 10 мужчин и 16 женщин. Единичные очаги гнездной алопеции были у 44,1% больных, в том числе у 22 женщин и у 8 мужчин. Множественные очаги гнездной алопеции были у 20,6% пациентов, в том числе у 10 женщин и у 4 мужчин. Диффузная телогеновая алопеция установлена у 35,3% больных, в том числе у 16 женщин и у 8 мужчин. Недостаточное содержание витамина Д было у 85,3% больных, в том числе дефицит витамина Д – у 29,4% больных, недостаточность – у 55,9% больных. При анализе содержания витамина Д в зависимости от формы гнездной алопеции установлено, что у 93,3% больных гнездной алопецией с множественными очагами был дефицит витамина Д, особенно у лиц с атопическим анамнезом – у 33,3%.

Вывод. Выявленные изменения обосновывают целесообразность обследования больных гнездной алопецией на содержание витамина Д в периферической крови и коррекцию лечения с учетом анамнеза и результатов обследования.

---

*Проценко Т.В., Краснощёких А.А.*

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

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДИТОМ**

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности течения розацеа у лиц с тиреоидитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов с различными подтипами розацеа и тиреоидитом в возрасте от 25 до 75 лет. Распределение пациентов основывалось на выраженности клинических проявлений дерматоза, форме розацеа, длительности заболевания, наличии сопутствующей патологии, гендерных характеристиках больных. Дерматоскопическую оценку выполняли с помощью портативного дерматоскопа (DermLite DL4; 3Gen, Inc., США) при увеличении  $\times 10$  (кросс-поляризованный свет). Изображения были записаны непосредственно смартфоном, магнитно прикрепленным к дерматоскопу. С целью унификации оценки степени выраженности клинических проявлений розацеа и мониторингования эффективности терапии были использованы различные шкалы и дерматологические индексы (дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), шкала дерматологической оценки розацеа (ШДОР), СКИНДЕКС – 29, глобальная оценка исследователя (IGA), определяющие как объективные симптомы дерматоза, так и субъективное их восприятие.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов –  $45.3 \pm 3.7$  лет; длительность заболевания – от 1 месяца до 10 лет. В процентном соотношении различных видов тиреоидита – АИТ (аутоиммунный тиреоидит) с эутиреозом – 73,3% (n=11), АИТ с гипотиреозом – 13,3% (n=2), АИТ с гипертиреозом – 6,7% (n=2) и другие тиреоидиты – 6,7% (n=2). Эритематозно-телеангиэктатический подтип (ЭТП) розацеа выявлен у 7 пациентов (46,7%) из них у 1 мужчины (М) в возрастном диапазоне (ВД) 25-30 лет и у 6 женщин (Ж) в большинстве ВД 41-50 лет, папуло-пустулезный подтип (ППП) – соответственно у 6 больных (40%) из них у 2 М в ВД 31-40 лет и  $>50$  лет и у 4 Ж в большинстве ВД

41-50 лет, фиматозный подтип (ФП) – у 2 М (13,3%) в ВД 31-40 лет и >50 лет. Среди провоцирующих факторов 1 пациент в ВД 25-30 лет отметил пищевые погрешности, в ВД 31-40 лет – гормональные нарушения (n=2), стресс(n=1), пищевые погрешности (n=1), метеорологические условия (n=1), в ВД 41-50 лет – гормональные нарушения (n=3), пищевые погрешности (n=1), метеорологические условия (n=1), в ВД >50 лет – алкоголь (n=2), стресс (n=1) и гормональные нарушения (n=1). При дерматоскопии в местах поражения отмечались: незначительно или умеренно расширенные устья волосяных фолликулов – у всех больных, в том числе: у 7 больных с ЭТП розацеа, у 6 больных с ППП розацеа, у 2х больных с ФП розацеа; фолликулярные пробки – у 9 больных, в том числе: у 3х больных с ЭТП розацеа; у 6 больных с ППП розацеа. Также отмечались различия диаметров сосудов ( $p < 0,001$ ): при ЭТП розацеа преобладали сосуды малого (0,1-0,3 мм) – 48% и среднего диаметра (0,4-0,5 мм) – 46%; при ППП розацеа преобладали сосуды: среднего – 52% и большого диаметра – 36%. ДИКЖ составил  $20,27 \pm 1,93$ , СКИНДЕКС-29 –  $35,1 \pm 0,15$ , IGA –  $35,1 \pm 0,15$ , ШДОР –  $35,1 \pm 0,15$ .

Выводы. Анализируя клинико-эпидемиологические особенности больных розацеа с тиреоидитом выявлено развитие розацеа в молодом возрасте. Наиболее распространенным является ЭТП розацеа, на втором месте – ППП. Провоцирующими факторами у лиц молодого возраста являются пищевые погрешности. У пациентов среднего возраста и старше – гормональные нарушения. Дерматоскопическая картина ЭТП характеризуется умеренно расширенными волосяными фолликулами и полигональной сетью сосудов малого и среднего диаметра, когда для больных ППП более характерны фолликулярные пробки и сосудистая сеть среднего и большого диаметра. Субъективное восприятие состояния тяжести дерматоза оценивается пациентами в более тяжелой степени, объективно – соответствует средней степени тяжести.

*Проценко Т.В., Луцкий И.С., Проценко О.А.*

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

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛИПОМАТОЗА КОЖИ**

Актуальность. Нейролипоматоз – редкое хроническое рецидивирующее системное заболевание, поражающее кожу и внутренние органы (сердце, легкие), сопровождающееся компрессионно-ишемической невропатией кожных ветвей периферических нервов с болевым синдромом. Ранняя диагностика и рациональная лечебно-диагностическая тактика позволяют сохранить трудоспособность, а иногда и жизнь пациента.

Цель работы. Представить клинический случай поздней диагностики и нерациональной лечебной тактики нейролипоматоза у больного С., 41 года.

Результаты. Заболел остро, в 39 лет, когда после длительного пребывания на солнце (строительный рабочий) впервые появились болезненные узлы в области живота. Не лечился. Резкое ухудшение наступило через 1 год (в 40 лет), после сильного переохлаждения, когда болезненные узлы появились на спине, ягодицах, верхних и нижних конечностях, боковых поверхностях туловища. В это же время из-за переохлаждения развился простатит с выраженным болевым синдромом, в связи с чем был госпитализирован в урологическое лечение и получал антибиотики и др. Узлы оставались без изменений, после выписки из стационара процесс на коже ухудшился – появилась выраженная болезненность узлов, особенно в местах травматизации. Отдельные узлы стали воспаляться, и из-за их болезненности неоднократно обращался к хирургам, которые каждый раз болезненные и воспалившиеся узлы удаляли хирургически (на момент осмотра – 12 послеоперационных рубцов). Гистологические исследования выявляли липоматоз. В связи с усилением болезненности и продолжающимся появлением новых узлов, их воспалением в местах травматизации, пациент был направлен к эндокринологу и дерматологу. При осмотре патологический процесс носил диссеминированный характер, на коже груди, спины, боковых поверхностях туловища, ягодицах, верхних и нижних конечностях определялись многочисленные узлы, тестоватой консистенции, не спаянные с окружающей кожей, болезненные при пальпации, кожа над некоторыми из них – ярко-красного цвета, горячая на ощупь. В местах ране

проведенных иссечений липом определяются гипертрофические и 2 келоидных рубца, в основании большинства из них пальпируются эластичной консистенции узлы. При обследовании общий анализ крови и мочи, биохимический комплекс печени – без патологии, выявлена дислипидемия, недостаточность витамина Д (21,5ng/ml), ЛН С/Т, глиадиновые антитела – норма, глюкоза крови, ТТГ, Т4 своб., АТ-ТПО – норма; при ультразвуковом исследовании мягких тканей – эхопризнаки липоматоза подкожно-жировой ткани, даже в местах послеоперационных рубцов; эхо-признаки единичных коллоидных узлов щитовидной железы; на спиральной компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза – КТ признаки распространенного мультифокального липоматозного поражения подкожно-жировой клетчатки, гепатомегалия, гипоплазия левой почки, киста левой почки. Спиральная КТ головного мозга патологии не выявила. При ЭНМГ – выраженная мультифокальная компрессионно-ишемическая мотосенсорная невропатия верхних и нижних конечностей (патологические изменения в диапазоне 80%). При обследовании у невропатолога выявлен легкий парез разгибателей стоп, более выраженный справа, легкий парез кистей, с умеренным болевым синдромом, сенситивной атаксией, астено-депрессивным синдромом с нарушениями функции сна. Таким образом, изменения на коже – болезненный липоматоз кожи, генерализованная форма, агрессивное течение, с мультифокальной компрессионно-ишемической мотосенсорной невропатией верхних и нижних конечностей диктуют необходимость наблюдения и лечения у невропатолога и дерматолога с определением оптимальной тактики системной терапии.

Вывод. Особенность данного клинического случая заключается в поздней дигностики липоматоза кожи и нерациональной тактики (хирургическое иссечение), что привело к генерализации процесса.

---

*Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.А.*

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

## **ПЕРСОНАЛИЗИЦИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

Актуальность. Пищевые продукты и рацион питания нередко являются фактором дебюта или обострения атопического дерматита (АД), а коррекция пищевого поведения может быть фактором снижения риска заболевания и/или обострения дерматоза.

Цель работы. Оценка эффективности разработанного персонализированного подхода к питанию больных АД на основании обучения их или их родителей навыкам ведения пищевого дневника.

Материалы и методы. Под наблюдением было 60 больных АД в возрасте от 1 года до 35 лет, которые наблюдались в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР в течение 2018-2021 гг. Диагноз АД, обследование и лечение проводили в соответствии с клиническими рекомендациями и унифицированным клиническим протоколом оказания медицинской помощи по атопическому дерматиту МЗ ДНР. Всем пациентам и/или родителям на первом визите объясняли, как вести пищевой дневник, информировали о значении правильного питания и ухода за кожей для достижения долговременного эффекта. Все включенные в работу больные или их родители дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Пищевой дневник рекомендовали вести на бумажном носителе (а не в электронном варианте) для возможности сиюминутной записи погрешности в питании. Дневник включал заполнение следующих граф: «дата – время – пища / лекарство – состояние кожи / зуд – характер кала». В последующем анализировали динамику состояния кожи, зуда и особенности питания при каждом последующем посещении через 7-14 дней, через 1-3-6 месяцев. В соответствии с целью исследования больные были разделены на две репрезентативные группы: 1-я группа (30 больных) – комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, 2-я группа (30 больных) – комплексная терапия сочеталась с гипоаллергенной диетой. Эффективность разработанной стратегии оценивали по динамике индекса SCORAD в группах сравнения (SCORAD 1 – до лечения, SCORAD 2 – через 4 недели лечения), числу рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения. Полученные данные обрабатывали статистически с использованием персонального компьютера.

Результаты. Переносимость комплексной терапии у всех больных была удовлетворительной. В обеих группах сравнения достигнут положительный терапевтический результат. Индекс SCORAD в 1-й группе снизился с 54,53 до 12,48, а во 2-й – с 54,61 до 18,71. Обращало внимание, что в основной группе больных, у которых комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, терапевтический эффект был достоверно более выраженным, чем у больных, комплексная терапия которых сочеталась только с гипоаллергенной диетой – SCORAD 2 составил 12,48 и 18,71, соответственно,  $p \leq 0,001$ . В течение 6 месяцев рецидивы были у 26,7% больных группы сравнения и лишь у 10% больных основной группы. При анализе полученных данных в возрастных группах отмечено, что у детей с АД до 5 лет рецидивы в течение 6 месяцев наблюдения были в группе сравнения у 49% больных, а в основной группе – лишь у 10%. Аналогичная тенденция отмечена и в двух других возрастных группах.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали значимость пищевого поведения в течении АД и новые немедикаментозные возможности долговременного контроля заболевания.

*Проценко Т.В., Провизион А.Н.*

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

## **СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ**

Актуальность. Себорейный кератоз (СК) зачастую воспринимается сугубо как эстетическая проблема, при которой ведущим Показанием к его удалению является желание пациента избавиться от косметических недостатков, связанных с множественными его очагами или их травматизация, недооценивая полиморбидность его этиопатогенеза.

Цель работы. Оценить отдаленные результаты разработанного подхода к ведению больных СК с использованием методов деструкции, индукторов интерферона, озонотерапии, препаратов метаболического действия, топического применения крема 20% азелаиновой кислоты и фотозащитных средств.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 160 больных СК разделенных методом случайной выборки на 2 терапевтические группы. Основная группа (80 больных), пролеченных по разработанной методике включающей наряду с деструктивными методами, применение метформина в дозе 1000 мг / сутки в течение 3-х месяцев, внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 5 мг/л в 200 мл р-ра трижды в течение недели курс 10 процедур, аллоферона подкожно в дозе 1 мг через день трижды в течение недели перед деструкцией очага СК, затем в той же дозе через день трижды в течение последующей недели, наружно использовали крем 20% азелаиновой кислоты 2 раза / сутки на протяжении 3-4-х месяцев. В группе сравнения (80 больных) проведена только деструкция очагов СК.

Результаты. Анализ отдаленных результатов лечения подтвердил высокую эффективность разработанного метода ведения больных. У 144 (97,5%) больных после удаления СК методом криодеструкции наблюдалось полное восстановление кожи в месте воздействия без образования рубцов, в т.ч. у 77 (98,7%) больных в основной группе и у 65 (92,9%) – в группе сравнения. У 6 (4,1%) больных было отмечено формирование атрофического рубца в месте криовоздействия, в т.ч. у 5 (7,1%) – в группе сравнения и лишь у 1 (1,3%) – в основной группе ( $\varphi = 1,91$ ,  $p = 0,02$ ).

Рецидивы СК в течение 24 месяцев наблюдения были у 38 (23,8%), в т.ч. у 32 (40,0%) больных группы сравнения и у 6 (7,5%) больных основной группы ( $\varphi = 5,71$ ,  $p < 0,01$ ). У большинства больных СК ремиссия продлилась свыше 2 лет – у 122 (76,3%): в основной группе таких больных было в 1,5 раза больше, чем в группе сравнения – 74 (92,5%) и 48 (60,0%) больных соответственно ( $\varphi = 5,15$ ,  $p < 0,01$ ).

Ремиссия от 1,5 до 2 лет была у 27 (33,8%) больных группы сравнения и лишь у 5 (6,3%) больных основной группы ( $\varphi = 4,64$ ,  $p < 0,01$ ). Ремиссия от 1 года до 1,5 лет была у 5 (6,3%) больных группы сравнения и у 1 (1,2%) больного основной группы ( $\varphi = 1,78$ ,  $p = 0,03$ ).



Показано, что продолжительность ремиссии зависела от генотипа больных СК. Так, у 6 больных СК с длительностью ремиссии от 1 года до 1,5 лет был генотип Arg/Arg полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1. У всех этих больных был выявлен генотип T/T полиморфизма гена rs2227984 гена EGFR. Из 19 больных СК с длительностью ремиссии от 1,5 года до 2-х лет у 18 (94,7%) был выявлен генотип Arg/Arg полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1 и лишь у 1 (5,3%) – генотип Arg/Pro полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1. При анализе полиморфизма гена rs2227984 гена EGFR у этих больных у 9 (47,4%) был выявлен генотип T/T, у 8 (42,1%) – генотип A/T и лишь у 2 (10,5%) – генотип A/A. Из 72 больных СК с длительностью ремиссии более 2-х лет у 57 (79,2%) был выявлен генотип Arg/Arg полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1, у 14 (19,4%) – генотип Arg/Pro и лишь у 1 (1,4%) – генотип Pro/Pro. При анализе полиморфизма гена rs2227984 гена EGFR у этих больных у 33 (45,8%) был выявлен генотип A/T, у 25 (34,7%) – генотип T/T, у 14 (19,4%) – генотип A/A. Таким образом, продолжительность ремиссии до 2-х и менее лет была статистически значимо ассоциирована с генотипом Arg/Arg и Arg -аллельным полиморфизмом rs1800471 гена TGFβ1 ( $\phi = 2,35$ ,  $p < 0,01$ ) и с генотипом T/T и T-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR ( $\phi = 2,21$ ,  $p = 0,01$ ).

Вывод. Применение разработанного комплексного персонифицированного подхода к ведению больных СК показало более высокую эффективность, по сравнению с традиционным лечением. Стойкая клиническая ремиссия свыше 2-х лет была у 74 (92,5%) больных, пролеченных по разработанной методике, и лишь у 48 (60,0%) больных, пролеченных традиционно ( $\phi = 5,15$ ,  $p < 0,01$ ).

**Проценко Т.В., Провизион А.Н., Коктышев И.В.**

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

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ**

Актуальность. Показано, что себорейный кератоз (СК) может предшествовать клиническим проявлениям онкопатологии, метаболическим нарушениям (МН) и др. или развиваться одновременно с ними.

Цель работы. Определить риск развития соматической патологии и МН у больных СК с помощью модели логистической регрессии.

Материалы и методы. Методом бинарной логистической регрессии у 388 больных СК, в т.ч. 143 больных СК с дерматологической патологией (ДП), 45 больных СК с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 40 больных СК с онкопатологией кишечника и 160 больных СК без онкопатологии, ХОБЛ и ДП изучены причинно-следственные связи и установлена роль факторов риска развития соматической патологии

Результаты. В окончательную прогностическую модель бинарной логистической регрессии определения риска развития соматической патологии было включено 5 признаков: пол пациента (X1), возраст дебюта СК (X2), МН (X3), генотип гена TGFβ1 (X4), генотип гена EGFR (X5). Анализ полученной модели показал, что на риск развития соматической патологии наибольшее влияние оказывали 2 фактора: «возраст дебюта СК», «генотип гена TGFβ1». В окончательном виде уравнение бинарной логистической регрессии выглядит следующим образом:

При оценке дискриминирующей способности математической модели (диагностические характеристики): показатель AUC составил 92,6%, с достигнутыми значениями уровня статистической значимости  $p = 0,003$ , чувствительность – 74,2%; специфичность – 83,1%; эффективность – 78,6%; прогностическая ценность положительного результата – 67,6%; прогностическая ценность отрицательного результата – 87,1%.

В окончательную прогностическую модель бинарной логистической регрессии определения риска развития МН было включено 5 признаков: количество гиперкератотических очагов СК крупных размеров (X1), количество пораженных СК анатомических зон (X2), количество СК папулезного типа (X3), количество СК пятнистого типа (X4), количество СК гиперкератотического типа (X5). Анализируя полученную модель, отмечено, что на риск развития МН у больных СК наиболее влияют 2 фак-

тора – количество гипрекератотических очагов СК крупных размеров, количество пораженных СК анатомических зон. В окончательном виде уравнение бинарной логистической регрессии выглядит следующим образом:

При оценке дискриминирующей способности математической модели (диагностические характеристики) показатель AUC составил 88,7%, с достигнутыми значениями уровня статистической значимости  $p = 0,0001$ , чувствительность – 73,5%; специфичность – 88,9%; эффективность – 81,2%; прогностическая ценность положительного результата – 99,5%; прогностическая ценность отрицательного результата – 10,8%.

Вывод. Все полученные диагностические характеристики достаточно высокие, поэтому эти модели можно использовать как диагностические тесты.

---

*Проценко Т.В., Шпатусько М.Н., Логунов В.П.*

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

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID ИНФЕКЦИИ**

Актуальность. Выпадение волос часто сопровождает течение инфекционного процесса или может развиваться в период реконвalesценции.

Цель работы. Установить взаимосвязь между перенесенной COVID инфекцией, особенностями клинических проявлений алопеции и некоторой соматической патологией.

Материалы и методы. Под наблюдением было 96 больных в возрасте от 18 до 52 лет, в том числе 46 мужчин и 50 женщин. У всех пациентов изучали инфекционный анамнез и медицинскую документацию, проводили комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование с определением, наряду с общеклиническими анализами, состояния щитовидной железы (ультразвуковое исследование, гормоны щитовидной железы – ТТГ, Т4 своб., АТ-ТПО), определяли инсулинорезистентность по индексу НОМА, содержание железа и витамина Д в сыворотке крови. С помощью портативного дерматоскопа Foto Finder handyscope проводили дерматоскопию пораженной кожи волосистой части головы с определением сосудистого паттерна и состояния волосяных фолликулов. Анализировали тяжесть течения перенесенной COVID инфекции (легкая, средне – тяжелая, тяжелая) во взаимосвязи с временем начала и характером алопеции.

Результаты. У 45,8% включенных в исследование пациентов была только диффузная телогеновая (реактивная) алопеция, которая у 44,4% больных развилась через 2-3 месяца после перенесенной инфекции, у 38,9% – сразу после окончания лечения COVID инфекции, у 16,7% – одновременно с первыми проявлениями инфекции. У 54,2% больных диффузная телогеновая (реактивная) алопеция сочеталась с андрогенетической алопецией, в том числе у 38 из 46 мужчин и у 14 из 50 женщин. Тяжелое течение COVID инфекции с поражением более 30% легких было лишь у 6,3% больных в наших наблюдениях, только у женщин. Средне – тяжелое течение COVID инфекции было у 30,1% больных, в том числе у 14 женщин и у 16 мужчин. Легкое течение COVID инфекции было у преобладающего числа наблюдаемых нами больных – у 66,7%, в том числе у 30 женщин и у 30 мужчин. Патология щитовидной железы установлена у 80,6% больных, в том числе у 37,9% из них – с гипотиреозом, у 48,3% – с эутиреозом и лишь у 13,8% – с тиреотоксикозом. Впервые выявленная инсулинорезистентность (при отсутствии сахарного диабета) была у 52,7% больных, впервые выявленный сахарный диабет – у 6,5% больных. У всех больных при дерматоскопии установлен выраженный сосудистый паттерн, особенно при инсулинорезистентности и сахарном диабете и у больных с патологией щитовидной железы. Недостаточность витамина Д обнаружена у 33,1% больных, выраженный дефицит – у 22,2%.

Вывод. Выявленные изменения должны быть использованы при планировании диагностической и лечебной тактики.

*Пузик А.А.*

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

## **КОНЦЕПЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Владение иностранными языками является одним из основных механизмов реализации процессов интеграции в мировое научное, образовательное и культурное пространство. Современный уровень образования требует внедрения новых подходов к преподаванию иностранных языков, что обусловлено, в первую очередь, распространением информационно-коммуникационных технологий, открывающих широкий доступ к новым информационным ресурсам на иностранных языках для использования в процессе обучения, профессионального и культурного развития.

Организация процесса изучения иностранных языков базируется на следующих принципах:

1) принцип практической направленности и оптимальной достаточности, который заключается в соответствии содержания и объема учебного материала практическим потребностям профессиональной деятельности;

2) принцип научности, заключающийся в организации изучения иностранных языков на основе использования достижений современной науки, передовых информационных технологий, качественного научно-методического обеспечения и научно обоснованных методик и технологий обучения иностранному языку;

3) принцип системности, заключающийся в организации процесса изучения иностранных языков на основе единой нормативной базы, четко определенных количественных и качественных потребностей, координации мероприятий, структуризации языковых курсов по уровням подготовки и специализации, стандартизации содержания обучения и контроля эффективности подготовки;

4) принцип последовательности, заключающийся в том, что каждая последующая степень обучения иностранному языку базируется на достижении предыдущего целевого уровня;

5) принцип автономности, заключающийся в том, что необходимым элементом языковой подготовки на всех ее этапах считается систематическая целенаправленная самостоятельная работа по поддержанию ранее достигнутого языкового уровня и достижению более высоких уровней.

Предложенный подход к организации процесса изучения иностранного языка является деятельностью-ориентированным в том смысле, что пользователи языка и обучающиеся являются прежде всего «социальными агентами», или же членами общества. Они должны выполнять определенные задачи (необязательно связанные с речью) в определенных условиях, специфическом окружении и в отдельной сфере деятельности. В то время как речевые задачи выполняются в рамках различных видов речевой деятельности, последние являются составной частью более широкого социального контекста, и только он способен придать им полноценное значение.

Внедрение в учебный процесс новых информационных технологий обуславливает разработку новой парадигмы организации учебного процесса, которая заключается в направленности обучения на развитие личности, формирования у студентов опыта самостоятельной творческой деятельности, формирование способностей к саморазвитию у всех без исключения субъектов обучения, создание учебного пространства, обеспечивающего равные возможности формирования индивидуальной траектории обучения.

---

*Пузик А.А., Зубкова Ю.Б.*

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

## **МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

Одной из форм организации учебного процесса в высших учебных заведениях, которая максимально способствует развитию студента как социальной, так и профессиональной личности, является его

самостоятельная внеаудиторная работа. Все возрастающий поток информации постоянно увеличивает учебную нагрузку студентов. В структуре их учебной деятельности при изучении иностранного языка на долю самостоятельной работы приходится 65-70% учебного времени, но используется оно не всегда рационально. Именно поэтому перед преподавателями иностранного языка неязыковых вузов стоит задача активизации резервных возможностей студентов и повышения результативности их самостоятельной подготовки.

Основной целью сегодняшнего профессионально-ориентированного обучения является достижение не совокупности знаний, умений и навыков, а базирующаяся на них профессиональная компетентность, а именно умение самостоятельно извлекать, анализировать и эффективно использовать информацию в условиях быстро изменяющегося мира.

К особенностям и преимуществам самостоятельной работы можно отнести её индивидуальный и дифференцированный характер. Не менее важной особенностью является создание благоприятной обстановки, при которой обучающиеся не испытывают чувства неловкости за совершение ошибки. И, наконец, самостоятельная работа способствует формированию целого ряда профессиональных навыков у будущих специалистов, таких как логическое мышление, быстрый выбор верного решения, умение прогнозировать, контролировать, оценивать, объяснять и т.д. Это свойство самостоятельной работы придает ей гибкий, адаптивный характер, что значительно повышает ответственность каждого отдельного студента и, как следствие его успешность. Самостоятельная работа активизирует мышление, делает обучение более результативным и обеспечивает процесс усвоения нового и закрепления ранее изученного материала, тем самым формируя лингвистическую готовность студента к вступлению в самостоятельную коммуникативную деятельность на занятиях по иностранному языку и в реальной жизни. Учебные пособия, многочисленные разработки и методические указания, составленные на кафедре, содержат разделы, включающие мотивы, побуждающие студентов к активности и самостоятельной работе с использованием широких возможностей современных средств коммуникации. Опираясь на материал пособий, студенты могут сформировать свой индивидуальный стиль деятельности, который включает проработки и усовершенствования тех средств и приемов самостоятельной работы, которые наиболее соответствуют его индивидуально-психологическим особенностям и обеспечивают тем самым максимальные результаты в усвоении языкового материала.

Как свидетельствует опыт кафедры иностранных языков несомненную ценность при организации внеаудиторной самостоятельной работы представляет и проведение студенческих научных конференций, где студенты докладывают о результатах научного анализа материала, взятого из аутентичных источников.

Большая роль отводится контролю навыков самостоятельной работы при обучении чтению оригинальных текстов по специальности, который всегда должен быть направлен на выявление понимания. Отметим, что контрольные задания к текстам обеспечивают и тренировку в чтении, и управление процессом чтения. Успешная организация контроля возможна лишь при условии использования таких форм, приемов и методов, которые обладают обучающим эффектом и учитывают специфику читаемого. В качестве таких заданий можно использовать тесты множественного выбора, которые позволяют объективно и точно оценить как степень владения языковым и лексическим материалом, так и навыки чтения.

---

### *Путь С.А.*

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ярославль

## **ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА И ЧЛХ. СОВРЕМЕННЫЕ СЕДАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Пациент-ориентированный подход – это относительно новая концепция в секторе здравоохранения. Количество пациентов страдающих дентофобией достигает 80-90%. Это проблема не только пациентов и их здоровья, но и проблема стоматологов, их качества и количества работы.

Цель работы. Обозначить актуальные проблемы безопасности на приёме у стоматолога и улучшить качество лечения пациентов со статусом ASA I и ASA II в рамках амбулаторного лечения. Оценить уменьшение уровня дентофобии после проведения мультимодального обезболивания.

Материалы и методы. Анализ качества и количества отечественных препаратов ФГУП «ЭНДОФАРМ». Объектом исследования стали пациенты, наблюдавшиеся в клинике восстановительной стоматологии «В ПУТЬ», Хартман Клиник (Heartman Clinic) в г. Москва, Клиника «Гармония» в г. Наро-Фоминск, возраст от 18 до 80 лет с 2001 по 2022 год. Количество проведённых операций с применением седации в среднем составляет 1000 в год. Применялась следующая схема: проводится седативная подготовка в домашних условиях, назначенная анестезиологом доступными в РФ седативными препаратами при выраженной дентофобии. В клинике анестезиологом осуществляется венозный доступ и проведение инфузии кристаллоидных растворов. Осуществляется полноценный анестезиологический мониторинг с контролем гемодинамики, сатурации в течение всего лечения. Степень контактности пациента определяет анестезиолог. Местную анестезию проводит анестезиолог или стоматолог, прошедший соответствующую подготовку по работе в условиях мультимодального обезболивания. Контроль проходимости дыхательных путей осуществляет вся бригада. Лечение проводится с сохранением всех жизненно-важных рефлексов. В амбулаторной практике руководителем всей бригады является анестезиолог стоматологический.

Результаты и обсуждение. Мультимодальный метод с применением таблетированной или внутривенной седации и местной анестезии позволяет безопасно и безболезненно провести в полости рта большой объём различных стоматологических манипуляций. На сегодняшний день в РФ зарегистрированы наркотические препараты в различных лекарственных формах и дозировках, позволяющие обеспечить 100% обезбоживание в соответствии с рекомендациями Минздрава России. Программа импортозамещения на базе ФГУП «ЭНДОФАРМ» с 2014 по 2022 год уже выпустили 28 лекарственных препаратов, 10 лекарственных форм и 51 дозировки.

Выводы. Нами были получены положительные результаты. У всех пациентов достигнут регресс или полное избавление от дентофобии. Также нами были сделаны наблюдения, что риск тяжелых осложнений (коллапс, анафилаксии, инсульты) под наркозом примерно 1-3 случая на 5000, под местной анестезией 1 на 500, под седацией 1 на 50000. Работа в условиях комбинированного обезбоживания позволяет исключить риски и максимально быстро провести терапевтический, хирургический или ортопедический этапы.

Заключение. Комбинированное обезбоживание, местная анестезия и таблетированная или внутривенная седации самый безопасный метод защиты пациента от хирургического стресса. Таким образом, оценка полученных данных указывает на то, что приоритетным направлением улучшения качества стоматологической помощи населению является стратегия подхода ориентированного на человека и позиционирование здоровья полости рта как неотъемлемой и необходимой части услуг и достижения первичной медико-санитарной помощи. Благодаря динамике расширения номенклатуры наркотических средств и психотропных веществ, внедряемых на ФГУП «ЭНДОФАРМ» комбинированное обезбоживание может стать доступным средством в каждом стоматологическом кабинете при дополнительном обучении стоматолога.

---

*Путь С.А., Смирнов Г.В.*

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ярославль

## **ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА И ЧЛХ. СОВРЕМЕННЫЕ СЕДАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.**

Пациент-ориентированный подход – это относительно новая концепция в секторе здравоохранения. Количество пациентов страдающих дентофобией достигает 80-90%. Это проблема не только пациентов и их здоровья, но и проблема стоматологов, их качества и количества работы.

Цель работы. Обозначить актуальные проблемы безопасности на приёме у стоматолога и улучшить качество лечения пациентов со статусом ASA I и ASA II в рамках амбулаторного лечения. Оценить уменьшение уровня дентофобии после проведения мультимодального обезболивания.

Материалы и методы. Анализ качества и количества отечественных препаратов ФГУП «ЭНДОФАРМ». Объектом исследования стали пациенты, наблюдавшиеся в клинике восстановительной стоматологии «В ПУТЬ», Хартман Клиник (Heartman Clinic) в г. Москва, Клиника «Гармония» в г. Наро-Фоминск, «Иплладент» г. Владимир, возраст от 18 до 80 лет с 2020 по 2021 год. Количество проведённых операций с применением седации в среднем составляет 1000 в год. Также проведён анализ Американской статистики, которая говорит о том, что риск тяжелых осложнений (коллапс, анафилаксии, инсульты) под наркозом примерно 1-3 случая на 5000, под местной анестезией 1 на 500, под седацией 1 на 50000. В нашей практике такой статистики нет. Нами применяется следующая схема: проводится седативная подготовка в домашних условиях, назначенная анестезиологом доступными в РФ седативными препаратами при выраженной дентофобии. В клинике анестезиологом осуществляется венозный доступ и проведение инфузии кристаллоидных растворов. Осуществляется полноценный анестезиологический мониторинг с контролем гемодинамики, сатурации в течение всего лечения. Степень контактности пациента определяет анестезиолог. Местную анестезию проводит анестезиолог или стоматолог, прошедший соответствующую подготовку по работе в условиях мультимодального обезболевания. Контроль проходимости дыхательных путей осуществляет вся бригада. Лечение проводится с сохранением всех жизненно-важных рефлексов. В амбулаторной практике руководителем всей бригады является анестезиолог стоматологический.

Результаты и обсуждение. Мультимодальный метод с применением таблетированной или внутривенной седации и местной анестезии позволяет безопасно и безболезненно провести в полости рта большой объём различных стоматологических манипуляций. На сегодняшний день в РФ зарегистрированы наркотические препараты в различных лекарственных формах и дозировках, позволяющие обеспечить 100% обезболевание в соответствии с рекомендациями Минздрава России. Программа импортозамещения на базе ФГУП «ЭНДОФАРМ» с 2014 по 2022 год уже выпустили 28 лекарственных препаратов, 10 лекарственных форм и 51 дозировки.

Выводы. Нами были получены положительные результаты. У всех пациентов достигнут регресс или полное избавление от дентофобии. Работа в условиях комбинированного обезболевания позволяет исключить риски и максимально быстро провести терапевтический, хирургический или ортопедический этапы.

Заключение. Комбинированное обезболевание, местная анестезия и таблетированная или внутривенная седации самый безопасный метод защиты пациента от хирургического стресса. Таким образом, оценка полученных данных указывает на то, что приоритетным направлением улучшения качества стоматологической помощи населению является стратегия подхода ориентированного на человека и позиционирование здоровья полости рта как неотъемлемой и необходимой части услуг и достижения первичной медико-санитарной помощи. Благодаря динамике расширения номенклатуры наркотических средств и психотропных веществ, внедряемых на ФГУП «ЭНДОФАРМ», комбинированное обезболевание может стать доступным средством в каждом стоматологическом кабинете при дополнительном обучении стоматолога.

---

*Пушкина Я.А., Сычёв И.В., Гончарова Л.Н., Сергутова Н.П.*

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

## **ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ**

Актуальность:

Высокоинтенсивные физические нагрузки превышающие возможности организма без учёта морфологической стороны процесса адаптации, могут способствовать повышению артериального давления (АД) и увеличению риска кардиоваскулярных катастроф. Значительное повышение АД во время тренировки наряду с другими (метаболическими, наследственными) факторами риска (ФР) является одним из механизмов, определяющих U-образную зависимость между физическими нагрузками и

сердечно-сосудистой смертностью. Вследствие неуклонного роста внезапной смерти у лиц занимающихся спортом, сохраняется актуальность изучения ФР в развитии изменений сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертензии (АГ) у профессиональных спортсменов.

Цель работы:

Выявить факторы риска у лиц занимающихся профессиональным спортом.

Материалы и методы:

Обследовано 80 спортсменов, 9 женщин и 71 мужчина, занимающихся разными видами профессионального спорта в возрасте от 18 до 30 лет. Средний возраст составил  $25,7 \pm 2,3$  лет.

Для выявления ФР проведен анонимный опрос. Всем спортсменам проведено «офисное» измерение АД, электрокардиография, эхокардиография, объемная сфигмография, генетическое тестирование методом ПЦР в режиме реального времени (КардиоГенетика Гипертензия). Определение степени АГ осуществлялось согласно клиническим рекомендациям по АГ у взрослых (Российское кардиологическое общество, 2020 г.).

Результаты:

При обработке результатов анкетирования выявлено 25 (31,25%) спортсменов с отягощенным семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по первой линии родства и из них у 18 (72%) спортсменов выявлена отягощенная наследственность по АГ. При трёхкратном одномоментном исследовании и в динамике (в течение недели) измерений АД и по результатам, полученным методом объёмной сфигмографии в соответствии с классификацией АГ – у 30 (37,5%), спортсменов выявлены цифры, относящиеся к нормальным значениям уровня АД. Высокое нормальное АД выявлено у 21 (26,25%) спортсмена, где средние значения составили САД  $132,4 \pm 1,8$  мм рт.ст., ДАД  $74,2 \pm 3,4$  мм рт.ст. Повышенные значения уровня АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. выявлены у 29 (36,25%) спортсменов, соответствующие 1 степени, I стадии АГ, составляя в среднем САД  $144,4 \pm 3,4$  мм рт.ст., ДАД  $82,8 \pm 6,4$  мм рт.ст. При этом статистически значимой зависимости АД от вида спорта не установлено ( $\chi^2=1,56$ ,  $df=1$ ,  $p=0,174$ ). Учитывая роль наследственности и уровня АД в развитии ССЗ был проведен скрининг по генам ССС (AGT, AGTR1, AGTR2, NOS3) включенных в генетический паспорт спортсмена. У спортсменов имеющих отягощенную наследственность и/или повышенный уровень АД не выявлено зависимости от носительства генотипов данных генов.

Таким образом, отягощенная наследственность по ССЗ была выявлена у 25 (31,25%) спортсменов, в том числе по АГ у 18 (72%) спортсменов, также у 29 (36,25%) обследованных спортсменов выявлено повышение АД соответствующее 1 степени АГ, I стадии, независящее от видов спорта и от носительства генотипов (AGT, AGTR1, AGTR2, NOS3). В то же время повышенное АД можно расценить как ФР кардиоваскулярной патологии.

---

**Радивил М.В.**

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

## **ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЁННЫХ БОЛЬШИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Актуальность исследования. Значимость профилактики атеросклероза включает: «базисную» терапию, включающую антитромболитические препараты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы и статины, а также коррекцию образа жизни пациентов и факторов риска.

В последние годы все более актуальнее становится индивидуальный подход вторичной профилактики нежели универсальный, в частности антитромболитической и липидоснижающей терапии.

Цель исследования. выявить предикторы отдаленных сердечно-сосудистых осложнений, определить их частоту после плановых ЧКВ у пациентов со стабильной ИБС.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, с отобранной группой включающей 151 пациента со стабильной ИБС, которые были направлены на плановое ЧКВ в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ Кардиологии с 2009 по 2011 гг.

В качестве стентов были использованы стенты с лекарственным покрытием (81%). Результаты оценивались спустя 6 лет путём анализа медицинской документации и телефонного интервью.. Для сокращенного обозначения большого неблагоприятного исхода использовали англоязычную аббревиатуру МАССЕ (major adverse cardiac and cerebrovascular Events). Пациенты были разделены на 2 группы (с МАССЕ и без него). Риск развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) оценивалось по Шкале R. Mehran.

Результаты исследования. Выживаемость в исследуемой группе через 6 лет после индексного ЧКВ составила 86,1%. Смерть от сердечно-сосудистых событий была выявлена у 16 человек (10,6%), ОКС развился у 52 пациентов (34,4%), ОНМК – у 10 больных (6,6%). Подытожим, в целом большой неблагоприятный исход наблюдался у 61 пациента (40,4%).

Этот процент осложнений составили пациенты, с имеющейся хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (16,4% против 4,4%,  $p=0,02$ ), мультифокальным атеросклерозом (32,8% против 17,8%,  $p=0,034$ ), ОНМК в анамнезе (14,7% против 0%,  $p=0,0002$ ), у них исходно чаще была диагностирована фибрилляция предсердий (ФП) (23% против 7,8%,  $p=0,016$ ), а также отягощенная наследственность сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (50,8% против 24,4%,  $p=0,0009$ ). Уровень С-реактивного белка (СРБ) перед ЧКВ составлял (6 (5-11,5) против 5 (4-7) мг/л,  $p=0,034$ ). Исходная степень поражения коронарного русла в исследуемых группах, существенно не различалась, но у пациентов с МАССЕ достоверно чаще развивались ре-стенозы ранее установленных стентов (8,2% против 1,1%,  $p=0,04$ ).

Выводы. Спустя 6 лет после плановых ЧКВ большой неблагоприятный исход был выявлен у 40,4% пациентов. Предрасполагающими факторами МАССЕ в отдаленный период были ХБП, КИ-ОПП, исходный уровень СРБ более 5,5 мг/л. Ре-стенозы увеличивали риск развития МАССЕ в 8,09 раза, ХОБЛ – в 3,4 раза,

ФП – в 2,84 раза, отягощенная наследственность к ССЗ – в 2,94 раза, очень высокий риск развития КИН ( $\geq 11$  баллов по шкале R. Mehran) – в 2,15 раза. Выявление предикторов отдаленных неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после плановых ЧКВ позволяет спрогнозировать исход на основании клинических данных, лабораторных методов исследований, выделить группы больных с высоким риском развития осложнений, которые требуют более активных стратегий последующего наблюдения.

*Разин М.П., Скобелев В.А., Смирнов А.В., Лапшин В.И., Сухих Н.К.*

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Киров

## **НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ: ИСКУССТВО ПОБЕЖДАТЬ БОЛЕЗНЬ?**

Проблема некротизирующего энтероколита (НЭК) новорождённых в настоящее время остается чрезвычайно актуальной для детской хирургии, что обусловлено трудностями ранней диагностики заболевания, дискуссируемостью предложенных схем этиопатогенеза, частыми тяжёлыми осложнениями, высокими показателями летальности среди больных данной группы. В последние годы нам, как и нашим коллегам из других регионов, приходится констатировать: в нашу клиническую практику пришли больные с экстремально низкой массой тела. В этих условиях практический эмпирический опыт детской хирургии, накопленный за долгие годы, зачастую оказывается недостаточным. Слепой ретроспективный анализ истории болезней 65 новорождённых с осложнениями НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировского ГМУ в 1996-2017 г. Полученные данные были разбиты на четыре хронологических периода, сопоставимых друг с другом по протяженности и по количеству пролеченных больных. За I период (1996-2001 гг.) было пролечено 17 новорождённых с НЭК. Дети в этой группе родились на сроке гестации от 30 до 41 недели (M=33), массой от 1245 до 4300 граммов (M=2475). Беременность была отягощена в 91% случаев. Все больные имели тяжёлые сопутствующие заболевания и пороки развития, наиболее часто – внутриутробный сепсис (70%). По экстренным показаниям всем выполнялась срединная лапаротомия с ревизией желудочно-кишечного тракта на



протяжении. Резекция поражённого участка кишечника с приводящей энтеростомией выполнена 6 больным, колостомия 6, остальным пяти (с жизнеспособным кишечником и невыраженным интрамуральным пневматозом) проводились ушивания перфораций, санация и дренирование брюшной полости. Койко-день составил 5,5, констатирована общая летальность 88%. За II период (2002-2006 гг.) мы наблюдали 10 новорождённых с НЭК, которым выполнялись следующие виды оперативных пособий: резекция поражённого участка кишечника с энтеростомией у 3 больных; колостомия без резекции проведена 2; резекция илеоцекального угла с наложением двойной колоэнтеростомы – 1; и еще у одного выполнена аппендектомия. Были внедрены три современных магистральных направления в ранней адекватной терапии: сбалансированное парентеральное питание, адекватная антибиотикотерапия, борьба с респираторным дистресс-синдромом и предупреждение полиорганной недостаточности. Летальность в этой группе оказалась существенно ниже, чем в предыдущей (30%). За III период (2007-2012 гг.) нами был пролечен 21 больной с НЭК: энтеро(коло)стомия – 11, лапароцентез – 10. Общая летальность возросла до 42,8%. Средний койко-день среди умерших 6,8, среди выживших 19,2. Масса при рождении в этой группе равнялась 680-3200 гр. (M=1637), у половины больных при поступлении диагностирован тяжелый сепсис. За IV период (2013-2017 гг.) наблюдалось 17 новорожденных с НЭК. Дети в этой группе родились на сроке гестации от 23 до 36 недель (M=31), массой от 550 до 2370 граммов (M=1800). Беременность была отягощена в 100% случаев. На момент поступления II-а ст. НЭК по Walsh M.C. была диагностирована у 3 больных; II-b – у 2 новорожденных; III-a – 4 пациента; остальные 8 поступили в III-b ст. Все больные имели тяжелые пороки развития и сопутствующие заболевания: внутриутробный сепсис (23,5%), негенерализованные инфекционные заболевания (17,6%), врождённые пороки развития (35,2%). Внедрены интегральные показания к наложению кишечных свищей по М.А. Аксельрову. Оперативное пособие: резекция поражённого участка кишечника с энтеростомией у 10 больных; резекция некротизированной подвздошной кишки, двойная илеостома 2; лапароцентез 3; наложение илеотрансверзоанастомоза 2, первичная лапаростомия 2. Всем больным выполнены санация и дренирование брюшной полости. Общая летальность снизилась до 23,5%. Средний койко-день среди умерших 64, среди выживших – 17. Оптимизация оперативного лечения новорожденных с некротическим энтероколитом позволила добиться в динамике весьма значимых успехов, позволяющих нам впервые за долгие годы взглянуть в будущее этой сложной проблемы с оптимизмом.

---

*Разин М.П., Суетина И.Г., Хлебникова Н.В.*

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Киров

## **НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ**

Некротизирующий энтероколит (НЭК) является одной из главных причин смерти среди пациентов с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) отделений интенсивной терапии, заболеваемость составляет 1-5 случаев на 1000 новорожденных, а смертность в настоящее время колеблется в пределах 15-30% в зависимости от уровня клиники и степени недоношенности больных. Ретроспективно проанализирована медицинская документация 195 новорожденных с НЭК, пролеченных на базе отделения реанимации и интенсивной терапии 2 этапа выхаживания и отделения патологии новорожденных и недоношенных детей КОГБУЗ КОКПЦ за период 2013-2017 гг. Согласно маршрутизации беременных в Кировской области, более 88% преждевременных родов проходит в Перинатальном центре (ПЦ), кроме того все недоношенные, родившиеся в районах области, переводятся в ПЦ. По результатам исследования дети, рожденные с экстремально низкой массой тела, составили 15,9% (31 ребенок), с очень низкой массой тела – 23,6% (46 детей), с низкой массой тела – 31,3% (61 ребенок), от 2000 и выше – 29,2% (57 детей). Срок дебюта заболевания при массе тела до 1000 г – 18,6 дня, при массе тела 1000-1500 – 21,7 дня; при массе тела 1500-2000 г – 12,1 дня; при массе тела 2000 и выше – 9,6 дня. Прослеживается закономерность: чем ниже вес ребенка, тем позднее клинически дебютирует заболевание. У крайне незрелых детей до 26 недель гестации НЭК до половины случаев (47,4%) протекает

крайне тяжело и требует хирургического вмешательства. После 26 недели преобладает лёгкое течение НЭК. Асфиксия встречалась в 2,1% (4 ребенка). Во всех случаях был зафиксирован предполагаемый НЭК. Родовая травма была у 11,3% (22 больных). В 13% случаев (17 человек) – у детей с НЭК 1 стадии, в 6% (3 ребенка) среди детей со 2-й стадией, 11, 8% (2 больных) среди детей с 3 стадией. Сепсис выявлен у 4,6% детей (9 больных). Из них в 2% случаев (3 человека) – 1 стадия, 10,2% (5 новорожденных) – 2 стадия, 5,9% (1 ребенок) – 3 стадия. Респираторный дистресс-синдром (РДС) при рождении развился у 60% детей, у которых в последующем развился НЭК. Из 129 человек, перенесших НЭК 1 степени (66%), 7% перенесли РДС лёгкой степени, 31% перенесли среднетяжелый, 22,5% перенесли тяжёлый РДС. Из 49 человек, перенесших НЭК 2 степени (25%), 8,2% (4 человека) перенесли лёгкий РДС, 26,5% (13 человек) перенесли среднетяжелый РДС, 20,4% (10 человек) – тяжёлый РДС. Из 17 человек, перенесших НЭК 3 степени (8,7%), 5,9% перенесли лёгкий РДС, 64,7% перенесли тяжёлый РДС. Больные, находившиеся на искусственном вскармливании, составили около 60% среди больных 1 стадией НЭК, около 50% – среди больных со 2 стадией и более 80% – среди больных 3 стадией НЭК. Летальность в отделениях второго этапа выхаживания ПЦ за период 2013-2017 гг. составила 1% (2 больных). У 19 наиболее тяжелых больных (9,7%) за время лечения сложились показания для хирургического лечения, и эти новорожденные были прооперированы в условиях ПЦ либо областной детской клинической больницы. Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и консервативному лечению новорожденных с НЭК (2014 г.), назначение антибактериальной терапии является обязательным при лечении НЭК. По данным ретроспективного анализа истории болезни антибактериальная терапия в 99,5% (194 ребенка) проводилась с 1 суток заболевания. Заболевание рецидивировало в 6,6% случаев (13 человек). Число рецидивирований по стадиям НЭК: в 1 стадии заболевание рецидивировало в 7,8% случаев, во 2 стадии – 4%, в 3 стадии – 5,9%. В 2013-2017 г. фиксировался пятикратный рост заболеваемости НЭК у новорожденных; все чаще заболевание стало поражать недоношенных детей (на сегодняшний день более 70% – дети со сроком гестации до 34 недель). На втором этапе выхаживания чаще встречается НЭК 1 стадии; несмотря на консервативное лечение в 9,7% НЭК переходит в хирургическую стадию и требует оперативного лечения. Из факторов риска чаще выявляется РДС (при НЭК 1-2 ст РДС 2 и 3 степени, при 3 стадии НЭК РДС 3 степени) и искусственное вскармливание, реже – родовая травма и асфиксия в родах. В среднем у 6,6% отмечается рецидивирование НЭК.

*Редько А.А.*

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

## **ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Как известно, острый герпетический стоматит (ОГС) впервые возникает у детей в возрасте от шести месяцев до трёх лет, и гораздо реже – в более старшем возрасте. В данной публикации представлено описание клинического случая ОГС у пациента подросткового возраста.

Пациент К., 14 лет. Жалобами на покраснение, жжение и постоянную боль в дёснах, которая резко усиливалась при приёме пищи. Горячая еда и питьё провоцировали усиление боли, вследствие чего подросток стал отказываться от еды и вторую неделю не мог питаться нормально. Первые симптомы (болезненность в дёснах, лёгкое жжение) отметил около десяти дней назад, что сопровождалось также общей слабостью, недомоганием, быстрой утомляемостью, слабой головной болью и повышением температуры до 37,8°C. Высыпаний на момент первых симптомов в полости рта и на коже лица не наблюдалось. К врачу не обращался. Применял полоскания рта содовым раствором до трёх раз в день, что не помогало. Спустя двое суток, не почувствовав облегчения, обратился в стоматологический кабинет городской поликлиники по месту жительства. Согласно записи в амбулаторной карте, на основании жалоб, анамнеза заболевания и внешнего осмотра пациенту был поставлен диагноз «Язвенно-некротический гингивостоматит». Назначено местное и общее лечение: таблетки «Метронидазол» 250 мг в дозировке 500 мг в сутки (по 1 таблетке два раза в день), и местно – гель для дёсен

«Метрогил-Дента» три раза в день, что в течение четырёх последующих дней облегчения не принесло. Боль в дёснах не только не исчезла, но и усилилась. Ухудшилось и общее состояние, температура повысилась до 38°C. При этом появились резко болезненные, местами сливающиеся высыпания в полости рта и вокруг губ в количестве около десяти штук. Ввиду отсутствия положительной динамики и ухудшения ситуации пациента направили на консультацию на кафедру стоматологии детского возраста.

При обследовании на кафедре пациент предъявлял аналогичные прежним жалобы на резкое покраснение и усиливавшуюся при еде болезненность дёсен, невозможность приёма пищи из-за резкой боли в полости рта при попытке откусывания и жевания, наличие резко болезненных высыпаний, некоторую боль при глотании и ухудшение общего состояния. Объективно: лицо симметрично, кожные покровы обычной окраски. Имеются резко болезненные при прикосновении, сливающиеся полиморфные высыпания в виде пузырьков с прозрачным содержимым на красной кайме губ, распространяющиеся на подбородок, и лопнувшие пузырьки на губах и вокруг них, на слизистой оболочке носа и вокруг крыльев нос, и несколько подсыхающих элементов поражения. Подчелюстные и шейные лимфоузлы при пальпации болезненны, подвижны, не спаяны с окружающими тканями. Полость рта: десны на обеих челюстях резко гиперемированы, отёчны. Десневые сосочки и маргинальная десна гиперемированы в большей степени, чем альвеолярная. Контур десны неровный, «изрытый», что, возможно, наряду с болью и температурой явилось предметом ошибки при первичной диагностике. Высыпания также локализованы на кончике языка и слизистой щёк. Однако, язвенно-некротических поражений не наблюдалось.

На основании предъявленных жалоб, анамнеза и внешнего осмотра пациенту был поставлен диагноз «Острый герпетический стоматит» средней степени тяжести и назначено соответствующее лечение с позитивной динамикой уже на второй день. Данный пациент наблюдался нами две недели до полного исчезновения симптомов. Рецидивов заболевания в течение текущего и последующего года отмечено не было.

Следовательно, из приведённых данных вытекает тот факт, что при возникновении ОГС у подростков симптомы аналогичны клинической картине у детей от 1 года до 3 лет. Однако, редкие случаи возникновения этой патологии в подростковом возрасте дезориентируют врачей-стоматологов и служат причиной возникновения диагностических ошибок.

---

*Роговой А.Н., Малинин Ю.Ю., Долгошапка О.Н., Стрионова В.С., Мурадов Т.М., Лунева Н.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Цель: определить наиболее значимые критерии необходимости дренирования верхних мочевыводящих путей в зависимости от срока гестации и степени обструкции.

Материалы и методы. Было обследовано 75 беременных в возрасте  $27,3 \pm 0,92$  года с одно- или двухсторонним блоком почек, находившихся на лечении в отделениях патологии беременности и родильных отделениях Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства и Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период 2017-2021 гг. У всех пациенток изучали особенности течения этой беременности, соматический, акушерский и гинекологический анамнез, данные радиоизотопной ренографии и цветного дуплексного картирования. В связи с необходимостью выбора оптимального метода коррекции обструкции верхних мочевыводящих путей (ВМП) нами был разработан алгоритм, согласно которому обследуемым пациенткам по поводу обструкции проводились операции чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) и установка JJ-стентов.

Результаты. Тактика дренирования ВМП была обусловлена степенью обструкции. При небольших камнях почки (величина конкрементов была 1,5-2,0 см) обструкция была частичной, и за счет этого эктазия ЧЛС была недостаточной для успешного проведения ЧПНС, поэтому 15 пациенткам (20,0%) были установлены JJ-стенты с последующим родоразрешением и успешной дистанционной литотрипсией конкрементов в плановом порядке через 3 недели после родов. У 60 (80,0%) пациенток с конкрементами мочеточников камни локализовались на границе верхней и средней трети. Обструкция мочеточников была полной, а степень эктазии – выраженной. Попытка перемещения камней в почку и установка стентов в этих случаях не увенчалась успехом, поэтому им была произведена ЧПНС для дальнейшей пролонгации беременности с последующей экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией камней после родоразрешения. Среди всех пациенток 62 (82,7%) были выписаны домой беременными после проведенного оперативного вмешательства, 4 (5,3%) были родоразрешены путем операции кесарево сечение (по поводу МКБ и блока почки) и у 9 (12,0%) состоялись срочные нормальные роды.

Выводы. Основными критериями установки ЧПНС являются: длительно стоящие камни мочеточника с угнетением функции почки на фоне обострения пиелонефрита, блок почки; наличие кораллоподобных камней в почках и срок беременности больше 20 недель. ЧПНС является предпочтительным методом и обеспечивает адекватное дренирование почки с возможностью четкого качественного и количественного учета мочи, функционального состояния почки, микробной чувствительности к антибактериальным препаратам, санации почки с введением антибактериальных препаратов в полостную систему почки. При незначительной пиелоектазии, наличии камней почек и ЧЛС меньше 1,5 см, частичной обструкции ВМП и сроке беременности до 20 недель наиболее оптимально применение JJ-стентов, что повышает благоприятный прогноз при родоразрешении.

**Родин А.Ю.**

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

## **СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО-ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ В ТРЁХ ПОКОЛЕНИЯХ**

Доброкачественная хроническая семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли – редкое заболевание, являющееся генодерматозом, наследуемым по аутосомно-доминантному типу. К настоящему времени выявлено от 80 до 140 мутаций, рассеянных по гену АТР2С1, приводящей к развитию заболевания (Потекаев Н.Н., Акимов В.Г., 2016). Развивается чаще в возрасте 20-30 и более лет, хотя описаны случаи развития заболевания у детей и пожилых лиц (Федеральные клинические рекомендации, 2016). Эпидемиологический показатель – 1 случай на 50тыс. человек.

Клиническая картина характеризуется появлением буллёзных высыпаний на неизменённой или слегка гиперемированной коже. Излюбленная локализация: естественные складки (паховые, бедренные, межъягодичные, под молочными железами, на половых органах и боковой поверхности шеи). Первичным элементом являются пузырь или группа пузырей с серозным экссудатом. Однако обычно больные не замечают пузырьные элементы, поскольку субъективные ощущения отсутствуют, а пузыри быстро вскрываются, обнажая эрозии покрываемые серозно-гнойными корками, напоминающие таковые при импетиго. Затем на месте эрозий формируются бляшки с чёткими ровными границами или полициклическими краями. Диаметр бляшек может достигать 10 и более сантиметров. В дальнейшем формируется патогномичная картина: в складках мацерированные гиперемированные бляшки с глубокими извилистыми трещинами, напоминающие извилины мозга. Заболевание длится десятилетиями с возможными рецидивами в летнее время. Общее состояние не страдает, слизистые не поражаются (Скрипкин Ю.К. и соавт., 2011). Учитывая редкость данной патологии, приводим наше наблюдение.

Пациент К, 42 года считает себя больным в течение 12 лет, когда появились высыпания на коже шеи. Аналогичные высыпания отмечаются у бабушки, матери и родной сестры. Субъективных ощущений не отмечает. В течение года высыпания распространились на кожу пахово-мошоночных, под-

мышечных и межъягодичных складок. Обращался к нескольким дерматологам, которые выставляли диагнозы: кандидоз складок, интертригинозный псориаз, экстрамаммарная форма болезни Педжета. Назначенное лечение было неэффективно, онкопатология отвергнута.

Обследован: со стороны рутинных анализов крови и мочи, печеночных и ревмопроб – без патологии. В мазках-отпечатках со дна трещин обнаружены акантолитические клетки. Симптомы акантолиза отрицательные. От проведения гистологического исследования (биопсия) пациент категорически отказался. На основании характерной клинической картины, обнаружении акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна трещин, наличии аналогичных проявлений у бабушки, матери и родной сестры выставлен диагноз: хроническая семейная доброкачественная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли. Проведено лечение: Метипред (30мг) на неделю с последующим снижением до отмены, дапсон по 100 мг X 2 раза в день в течении 10 дней, доксицилин 100 мг X 2 раза в день в течении 10 дней, тиосульфат натрия 30% по 10 мл внутривенно N10. Местно: водный раствор метиленовой сини, пантенол. В результате проведенного лечения отмечается значительное улучшение: очаги в паховой области практически полностью разрешились, на боковой поверхности шеи бляшка резко истончилась, все трещины эпителизовались. По нашему мнению, данный случай хронической доброкачественной семейной пузырчатки Гужеро-Хейли-Хейли интересен редкостью встречаемости, наличием дерматоза в трёх поколениях и поздней диагностикой (с момента появления сыпи до постановки диагноза прошло 12 лет).

---

*Романенко К.В., Белик И.Е., Темкин В.В., Амелькович А.А.*

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

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАЗА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА НА ФОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Изучены данные анамнеза и клинические проявления псориаза у 430 больных (мужчин – 72,53%, женщин – 27,47%), проживающих в Донецкой области, в возрасте (наиболее часто) от 20 до 50 лет (75,13%), со стажем заболевания более 10 лет (45,3%) и реже – до года. Ремиссии чаще продолжались менее года. Соматическая патология у наших пациентов не наблюдалась сравнительно редко, из них патология сердечно-сосудистой системы – у 6,27%, гипертония – у 5,42%. С нервными переживаниями, психотравмами развитие болезни связывали 24,58%. У 48,67% они способствовали появлению новых высыпаний. У 67,46% пациентов от воздействия солнечных лучей отмечалось улучшение процесса на коже, а у 6,74% – ухудшение. Увеличение массы тела констатировано у 7,11%. По данным анамнеза впервые псориазические высыпания появились на месте травмы у 9,16%. Каких-либо четких закономерностей клинического течения, связанных с беременностью, не отмечено. Установлено, что 18,31% родственников 430 наблюдавшихся больных болели псориазом. Первичная локализация сыпи (конечности – 56,51% и волосистая часть головы – 23,86%) в основном совпадает с постоянной. Кожа лица была поражена у 39,76% больных, ладони и/или подошвы – у 24,09%, область гениталий – у 30,12%, локтевые сгибы – у 45,54%, перианальная зона – у 8,07% обследованных. Поражение суставов отмечено у 10,84%, ногтевых пластинок – у 50,84%.

Таким образом, на основании анализа данных клиники и анамнеза у 430 больных псориазом – жителей Донбасса, – можно сделать вывод, что дерматоз в этом крупном промышленном регионе, на фоне локального военного конфликта, протекает достаточно тяжело, часто рецидивирует, ремиссии его непродолжительны. Полученные данные могут послужить основой для улучшения диагностики и оценки прогноза псориаза, а также для совершенствования его лечения и профилактики.

*Романенко К.В., Темкин В.В., Романенко В.Н., Амелькович А.А.*

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

## **МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

Значительная распространённость псориаза, недостаток эффективных методов терапии, существенные социально-экономические последствия делают актуальным поиск новых, в том числе немедикаментозных методов лечения дерматоза. В последние 20 лет в медицинской практике России (РФ) широко используется мезодиэнцефальная модуляция (МДМ), избирательно активирующая работу нейроэндокринных центров в среднем и промежуточном мозге и повышающая адаптационный потенциал и качество реакции организма на перегрузку и повреждение.

Нами 62 жителя Донецкой области (мужчин – 50 и женщин – 12 в возрасте от 35 до 60 лет) – больных с распространенным крупнобляшечным псориазом (индекс PASI  $21,2 \pm 21,11$  баллов) были отнесены в одну из 2 репрезентативных групп. В I группе сравнения (n=30) использовали традиционную терапию (ТТ) согласно унифицированного протокола РФ. Во II основной группе (n=32) ТТ сочетали с МДМ, используя сертифицированный аппарат МДМ 101 (10-15 ежедневных сеансов по 30 мин). По окончании лечения выраженный терапевтический эффект (клиническое выздоровление и значительное улучшение) был достигнут в I группе в 73,3 случаев; во II основной – в 92,2% случаев. Осложнений в процессе МДМ-терапии не отмечено. Дальнейшее диспансерное наблюдение за пролеченными больными показало, что у больных I группы, получавших ТТ, через 6 мес. после ее окончания клиническая ремиссия сохраняется у 33,4% пациентов, а спустя 12 мес. – только у 26,6%. Во II группе пациентов, получавших ТТ и МДМ, констатированы соответственно цифры 78,6% и 62,5%.

Таким образом, опыт использования метода МДМ в лечении псориаза показал его эффективность, безопасность и востребованность.

---

*Рощина Е.В., Контарева А.Д.*

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

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Актуальность.

За последние годы массивный ишемический инсульт (МИИ) стал серьёзной медицинской и социальной проблемой как в России, так и за рубежом. Прогрессирование инсульта и его осложнения становятся причиной инвалидности у 30% пациентов [1]. В Российской Федерации частота возникновения данного заболевания составляет в среднем 350 случаев на 100 тыс. населения в год, причём нередко поражение является массивным и принимает злокачественное течение [2]. Возникающий при этом отёк головного мозга с развитием височно-тенториального вклинения считается наиболее неблагоприятным фактором, влияющим на исход МИИ. Поэтому важно как можно раньше заподозрить развитие угрожающего состояния [3], [4].

Патогенетические основы.

С целью выбора оптимальной тактики лечения пациентов с МИИ рационально исследовать церебральную гемодинамику. Разделяя отёк мозга на цитотоксический и вазогенный, будет верным, что расстройство работы гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) в виде увеличения транспорта ионов и воды лежит в основе формирования вазогенного отёка мозга [2], [5]. В свою очередь, цитотоксический отёк мозга является следствием блокады дыхательной цепи митохондрий и, как следствие, уменьшения синтеза АТФ [6].

Нарушение водного баланса в организме является фактором риска ухудшения течения ишемического инсульта [7], [8]. Около половины пациентов с ишемическим инсультом подвержены возникно-

вению гиповолемических нарушений [8]. Это состояние приводит к нарушению кровообращения во всех системах организма, а также провоцирует образование тромбов за счёт отрицательного влияния на свёртывающую систему крови [7]. Основываясь на показателях шкалы инсульта национального института здоровья (NIHSS), некоторые исследователи пришли к выводу, что у пациентов с гиповолемией прогноз заболевания более чем в 4 раза хуже, чем у таких же пациентов с эволемией [8].

Лабораторная диагностика МИИ.

Характер повреждения головного мозга можно предположить, исходя из уровня определенных нейроспецифических белков. Например, повышение уровня пептида S100-b как маркера злокачественного течения инфаркта головного мозга отражает повреждение глиальных клеток, нейрон-специфической енолазы (NSE) – нейронов [9].

При МИИ отмечена прямая корреляция скорости нарастания концентрации специфического нейропептида S100b в сыворотке крови со скоростью смещения срединных структур (чувствительность 76,9% и специфичность 72,4%) [10]. Мониторинг этого показателя позволяет быстрее выявлять пациентов, которым требуется выполнение декомпрессионной краниотомии.

Нейрон-специфическая енолаза (NSE) является высокоспецифичным маркером нейронов. Определение уровня этого маркера используется для диагностики любых состояний, сопровождающихся гипоксическими нарушениями в головном мозге [10], [11].

Заключение.

Ранняя и своевременная диагностика инсульта необходима для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с МИИ и повышения эффективности его лечения. Современные методы лабораторной диагностики позволяют с высокой степенью достоверности определять наличие цереброваскулярной патологии, своевременно предсказывать возможные осложнения и исходы заболевания.

Список литературы

[1] P. Khatri et al., «Effect of alteplase vs aspirin on functional outcome for patients with acute ischemic stroke and minor nondisabling neurologic deficits the PRISMS randomized clinical trial,» JAMA – J. Am. Med. Assoc., vol. 320, no. 2, pp. 156-166, 2018, doi: 10.1001/jama.2018.8496.

[2] З. А. Г. САЛАХ М.М. СЕХВЕЙЛ, «No TitleЕЛЕНН,» ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, pp. 48-52, 2019.

[3] A. M. Cook et al., «Guidelines for the Acute Treatment of Cerebral Edema in Neurocritical Care Patients,» Neurocrit. Care, vol. 32, no. 3, pp. 647-666, 2020, doi: 10.1007/s12028-020-00959-7.

[4] S. Wu et al., «Early prediction of malignant brain edema after ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis,» Stroke, vol. 49, no. 12, pp. 2918-2927, 2018, doi: 10.1161/STROKEAHA.118.022001.

[5] C. Ji, X. Yu, W. Xu, C. Lenahan, S. Tu, and A. Shao, «The role of glymphatic system in the cerebral edema formation after ischemic stroke,» Exp. Neurol., vol. 340, no. March, p. 113685, 2021, doi: 10.1016/j.expneurol.2021.113685.

[6] A. S. Thrane, V. Rangroo Thrane, and M. Nedergaard, «Drowning stars: Reassessing the role of astrocytes in brain edema,» Trends Neurosci., vol. 37, no. 11, pp. 620-628, 2014, doi: 10.1016/j.tins.2014.08.010.

[7] Z. Shi, W. C. Zheng, H. Yang, X. L. Fu, W. Y. Cheng, and W. J. Yuan, «Contribution of dehydration to END in acute ischemic stroke not mediated via coagulation activation,» Brain Behav., vol. 9, no. 6, pp. 1-6, 2019, doi: 10.1002/brb3.1301.

[8] M. N. Bahouth, A. Gaddis, A. E. Hillis, and R. F. Gottesman, «Pilot study of volume contracted state and hospital outcome after stroke,» Neurol. Clin. Pract., vol. 8, no. 1, pp. 21-26, 2018, doi: 10.1212/CPJ.0000000000000419.

[9] F. A. Montellano et al., «Role of Blood-Based Biomarkers in Ischemic Stroke Prognosis: A Systematic Review,» Stroke, no. February, pp. 543-551, 2021, doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029232.

[10] Е. В. Маркелова, А. А. Зенина, and П. В. Кадыров, «Нейропептиды Как Маркеры Повреждения Головного Мозга,» Современные Проблемы Науки И Образования, no. 5, pp. 206-217, 2018.

[11] M. A. Isgrò, P. Bottoni, and R. Scatena, «Neuron-specific enolase as a biomarker: Biochemical and clinical aspects,» Adv. Exp. Med. Biol., vol. 867, pp. 125-143, 2015, doi: 10.1007/978-94-017-7215-0\_9.

*Рублева О.И., Слюсарева В.В.*

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

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ФОРМАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ**

Формальное профессиональное образование связано с определенным временным отрезком и предполагает обучение по строгим графикам занятий, четкой рабочей программе дисциплины и на всем протяжении сопровождается оформлением соответствующих документов – зачетных книжек, справок, дипломов о получении соответствующей квалификации. Безусловно, каждый этап формального, бюрократизированного обучения сопровождается оцениванием результатов работы обучающегося. Получение формального образования дает обучающемуся право работать по полученной в вузе профессии.

Неформальное образование базируется на всех альтернативных источниках получения информации – интернет-ресурсах, социальных сетях, участии в различных неформальных объединениях. Этот тип обучения ни в коем случае нельзя игнорировать, т.к. он широко используется в среде учащейся молодежи. Всплеск интереса к неформальным методам обучения вызван необходимостью дистанционной работы в учебных заведениях и связан с эпидемией Covid-19 и военными действиями в Донбассе на протяжении ряда лет. Неформальные методы получения информации позволяют экономить время, получить краткий ответ на вопрос, характеризуются незначительной трудоемкостью. Нередко это приводит к негативным результатам в обучении. Обучающемуся не нужно напрягаться при разборе учебного материала – читать, участвовать в вебинарах, слушать видеолекции. Достаточно сформулировать в строке поиска необходимый запрос и скопировать информацию. Полученная таким образом информация не анализируется, нередко противоречит базовой системе знаний и часто даже не читается. В результате формируется антагонизм между изложением формального обязательного материала преподавателем и неформальным способом получения знаний студентом. Студент опирается на свои собственные авторитеты (друзья и родственники), значимые для него источники информации (Википедию, разнообразные сайты помощи по предмету). В этом противостоянии преподаватель, опирающийся только на формальную педагогику, часто проигрывает. Нарастающие противоречия деформируют процесс обучения, создают коммуникативные трудности при взаимодействии обучающего и обучаемого и, в итоге, препятствуют полноценному усвоению знаний.

Что делать? Являясь формальной вузовской структурой, студенческая группа одновременно представляет и неформальное объединение молодежи со своим лидером, на которого ориентируется большинство членов группы. Таким лидером может быть и чаще всего является один из учащихся. Личностные качества лидера, его цели определяют характер поведения и мотивацию к учебе всего неформального объединения. Если преподаватель- предметник, особенно куратор, становится неформальным лидером такой учебной группы, возникает возможность создания неформальной среды обучения в форме бесед, консультаций, обсуждений, блогов, форумов, т.е. любых доступных средств коммуникации участников группы. При этом ни в коем случае нельзя брать общение под жесткий контроль, преподаватель всего лишь один из участников группы, его мнение не является окончательным, у всех участников равные права.

В заключение сформулируем некоторые особенности такого подхода к обучению:

1. Нет контроля и принуждения, высокая степень свободы и самостоятельности.
2. Есть дискуссия, есть критика, есть анализ ошибок, но нет конкретной оценки.
3. Использование педагогом современных практик обучения: мастер-классов, тренингов, молодежных платформ, социальных сетей.
4. Отсутствие напряжения и тревожности у обучающихся.



*Рудаков Д.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Балюра О.В., Еселевич Р.В., Коржук М.С., Румянцев В.Н., Агаханова М.Д., Высоцкий Я.В.*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург  
ФГКУ «1469 ВМКГ» МЗ РФ, г. Североморск

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ**

Гнойно-воспалительные осложнения колоректального рака (КРР) в настоящее время остаются актуальной проблемой, в том числе и ввиду отсутствия единого алгоритма их диагностики и лечения в условиях многопрофильного лечебного учреждения. Нами разработан и применяется в практике следующий алгоритм диагностики и лечения данной категории больных.

При поступлении больного в приемное отделение он осматривается врачами дежурной бригады, выполняются лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий); коагулограмма; общий анализ мочи; оценка тяжести состояния по шкалам SIRS, SOFA. Инструментальные методы исследования: рентгенография грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям КТ брюшной полости.

У данных больных в стационаре выделяют две группы критериев диагностики:

1. Собственно симптомы КРР: расстройства стула; снижение массы тела; отсутствие аппетита; анамнестические сведения о наличии примеси крови или слизи в кале.

2. Критерии диагностики перифокального воспалительного инфильтрата (ВИ): локализованные боли в животе около 2-3 суток; повышение температуры тела до субфебрильных значений; наличие болезненного малоподвижного образования неправильной формы в брюшной полости; умеренный лейкоцитоз; УЗ-признаки: инфильтрат определенного размера с утолщением стенки кишки (без жидкостного компонента); КТ-признаки: утолщение стенки кишки с резким переходом от нормальной стенки к поражённой (без жидкостного компонента); SIRS 0-1; SOFA 0. Пациенты, соответствующие указанным критериям, госпитализируются на хирургическое отделение для дообследования и проведения консервативной терапии. При локализации ВИ справа проводится дифференциальный диагноз с острым аппендицитом и аппендикулярным инфильтратом, слева – дивертикулитом, дивертикулярным инфильтратом. Подозрение на острый аппендицит является показанием для диагностической лапароскопии.

Лечение данной категории больных начинается с консервативной терапии: безшлаковая диета, ортоградный лаваж солевыми слабительными, антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения, аминогликозиды III поколения, нитроимидазолы); инфузионная терапия (внутривенно 1,5-2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства); ежедневный контроль клинических и биохимических анализов крови, оценка критериев SIRS и SOFA. Консервативное лечение проводится в течение 24 часов, с повторным УЗИ органов брюшной полости. При неэффективности консервативного лечения выполняется срочное оперативное вмешательство. В случае положительного эффекта от консервативной терапии на 3-4 сутки выполняется фиброколоноскопия. Для адекватного дооперационного стадирования всем больным выполняется КТ брюшной полости, а при опухолях прямой кишки решается вопрос о выполнении МРТ малого таза. В течение срока, необходимого для выполнения гистологического подтверждения диагноза, этим пациентам продолжается комплексная терапия и предоперационная подготовка, направленная на ускоренное восстановление пациента после оперативного лечения. После получения результатов гистологического исследования планируется проведение оперативного вмешательства. Операцией выбора у данной категории больных является радикальная одномоментная резекция кишки с воспалительным инфильтратом и наложением первичного анастомоза.

Данный алгоритм позволяет оптимизировать лечебно-диагностическую тактику в отношении больных гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака.

*Рудаков Д.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Балюра О.В., Еселевич Р.В., Коржук М.С., Румянцев В.Н., Агаханова М.Д., Топольников П.О.*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург  
ФГКУ «1469 ВМКГ» МЗ РФ, г. Североморск

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ**

Гнойно-воспалительные осложнения колоректального рака (КРР) остаются актуальной проблемой, в том числе и ввиду отсутствия единого алгоритма их диагностики и лечения в условиях многопрофильного лечебного учреждения.

Нами разработан и применяется в практике следующий алгоритм диагностики и лечения больных КРР, осложненным перифокальным абсцессом.

При поступлении больных в приемное отделение выполняются лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий); коагулограмма; общий анализ мочи; оценка тяжести состояния по шкалам SIRS, SOFA. Инструментальные методы исследования: рентгенография грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ брюшной полости.

У данной категории больных выделяются 3 группы критериев диагностики:

1. Собственно симптомы КРР: расстройства стула в виде запоров или поносов, снижение массы тела, отсутствие аппетита, в анамнезе – кал с примесью крови или слизи.

2. Системные проявления гнойно-воспалительных осложнений: повышение температуры тела от субфебрильных значений и более, до 40°C, выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, SIRS 2-4, SOFA 0 баллов.

3. Симптомы абсцесса: боли в животе интенсивного «дёргающего» характера продолжительностью от 3 и более суток (в совокупности с приведенными ниже симптомами); наличие неподвижного, резко болезненного образования в брюшной полости, в ряде случаев с гиперемией кожных покровов и локальной гипертермией; УЗ-признаки: инфильтрат определенного размера с утолщением стенки кишки, с наличием жидкостного компонента, отсутствие свободной жидкости в брюшной полости; КТ-признаки: утолщение стенки кишки с резким переходом от нормальной стенки к поражённой (с наличием жидкостного компонента), отсутствие свободной жидкости в брюшной полости.

Дифференциальный диагноз при локализации абсцесса справа проводится с аппендикулярным абсцессом, слева – с дивертикулярным абсцессом.

До оперативного лечения проводится предоперационная подготовка, направленная на ускоренное восстановление пациента после оперативного лечения. Локализация опухолевого процесса определяет выбор хирургического вмешательства:

- при опухолях правых отделов толстой кишки производится радикальное одноэтапное удаление опухоли с абсцессом в объёме правосторонней гемиколэктомии;

- при левосторонней локализации опухоли выполняется радикальная обструктивная резекция толстой кишки с абсцессом;

- при опухолях ректосигмоидного отдела толстой кишки и прямой кишки производится радикальная обструктивная резекция прямой кишки с мезоректумэктомией с абсцессом.

Данный алгоритм позволяет оптимизировать лечебно-диагностическую тактику в отношении больных гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака.

*Рындич А.А., Матузкова А.Н., Суладзе А.Г., Твердохлебова Т.И.*

ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора,  
г. Ростов-на-Дону  
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ЮГЕ РОССИИ**

ВИЧ-инфекция на сегодняшний день остается одной из самых актуальных медико-социальных проблем во всём мире. В качестве важнейшего компонента системы мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции является изучение особенностей развития эпидемиологической ситуации. При этом учет регионального фактора необходим для адекватной оценки постоянно меняющейся ситуации, для ее прогнозирования, а также для создания регионально адаптированного комплекса мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

**Материалы и методы.** С целью определения особенностей развития эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции на Юге России осуществлен анализ эпидемиологически важных показателей за 2019-2021 гг. и 6 месяцев 2022 г., полученных Южным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИДом (ЮОЦПБ со СПИДом) из 15 территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом Южного и Северо-Кавказского округов (ЮФО и СКФО). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Office Excel 2010.

**Результаты.** Число россиян, живущих с ВИЧ/СПИД, по состоянию на 30.06.2022 на Юге России составило 77825 человека (показатель пораженности 294,4 на 100 тыс. населения). Отмечалась территориальная неравномерность по показателю пораженности. Наиболее пораженными субъектами на Юге России являются Республика Крым (640,8 на 100 тыс.), г. Севастополь (492,7) и Волгоградская область (439,4 на 100 тыс.), наименее пораженными – Чеченская Республика (71,1), Республика Калмыкия (81,4) и Республика Дагестан (82,9). Прирост показателя пораженности на Юге России на 30.06.2022 составил 4,7%.

За первое полугодие 2022 года в ЮФО и СКФО среди местных жителей было зарегистрировано 3456 новых случаев ВИЧ-инфекции (показатель заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом 2021 года вырос на 0,9% и составил 13,1 на 100 тыс.), причем в ЮФО показатель заболеваемости был в 2,4 раза выше, чем в СКФО. Как и в целом по Российской Федерации, ВИЧ-инфекция на Юге России вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространилась в общей популяции. У большинства больных, впервые выявленных в первом полугодии 2022 года в ЮФО и СКФО, ведущими факторами эпидемиологического риска заражения ВИЧ были «незащищенные» гетеросексуальные контакты с ВИЧ-инфицированными половыми партнерами и нарушение правил проведения инъекций при немедицинском употреблении наркотиков путем внутривенного введения.

За 6 месяцев 2021 года на ВИЧ-инфекцию на Юге России было обследовано 3 093 426 человек, охват обследованием составил 13,1 протестированных образцов на 100 человек.

**Выводы.** Таким образом, в первой половине 2022 года на Юге России наблюдалась территориальная неравномерность развития эпидемического процесса. Увеличилось общее число людей, живущих с ВИЧ. Как и в прошлом году, гетеросексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции преобладал практически во всех субъектах ЮФО и СКФО. Следует также отметить, что в эпидемический процесс новой коронавирусной инфекции (COVID-19) были вовлечены больные ВИЧ-инфекцией. По предварительным данным территориальных Центров по профилактике и борьбе со СПИДом, на Юге России в I полугодии 2022 года было зарегистрировано 2033 случая заражения COVID-19 у людей, живущих с ВИЧ.

*Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.*

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

## **КОУЧ-НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ С МОЛОДЫМИ УЧЕНЫМИ**

С 2014г. жителей Донбасса непрерывно находятся под в состоянии стресса вследствие эскалации и деэскалации военного конфликта 2014-2022г.г., пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, неблагоприятных факторов информационной среды и активации боевых действий с февраля 2022г. по настоящее время. Жизнь и осуществление своей профессиональной деятельности в данных условиях являются серьезным испытанием для человеческой психики.

В данный период в Университете сложились уникальные практики профессиональной деятельности специалистов образовательной среды. Привычные и понятные по содержанию, эти практики претерпели изменения в предлагаемых условиях и вынуждены были учитывать неизбежные психологические изменения личности молодых людей, их новые потребности и интересы. Возникла необходимость в новом комплексном подходе в работе с молодыми учеными, направленный на их профессиональную подготовку и личностное развитие в актуальном социальном контексте. В подготовке научных кадров к новым условиям жизнедеятельности, к профессиональной реализации и адаптации к новым жизненным сценариям актуальным является институт наставничества.

Наставничество в самом широком смысле понимается как «способ передачи определенного опыта (знаний, навыков, умений, мировоззренческих установок, пр.), а также смыслов и жизненных ценностей от более опытного лица в адрес менее опытного». Наставничество направлено на социализацию, психологическую и профессиональную адаптацию молодых людей в образовательной, производственной и социальной сферах, их духовно-нравственное, личностное и профессиональное развитие.

Разработка специальной модели научного наставничества обусловлена спецификой науки как особой сферы профессиональной деятельности и тех процессов, которые происходят в ней сегодня, определяя возможности и ограничения научного творчества и карьерного развития как состоявшихся, так и молодых ученых.

В контексте индивидуальной и групповой наставнической работы обращает на себя внимание коучинг как процесс, в ходе которого отдельным людям и целым коллективам помогают действовать продуктивно и максимально реализовывать свои способности. Рассматривая наставничество как технологию работы с молодыми учеными, нами были предприняты попытки интегрировать основные принципы коучинга в данную деятельность.

Коучинг предлагается использовать как способ фасилитации личностного развития молодых ученых с целью формирования умений управления собственными ресурсами и выстраивания индивидуальной карьерной стратегии в научном сообществе. Основным смыслом процесса коуч-наставничества является процесс научения. При разработке и эксплуатации концепции коуч-наставничества в Университете необходимо учитывать следующие принципы коучинга: сотрудничество и поддержка; убеждения, ценности, цели; ресурсы, выбор, действие. В рамках коуч-наставничества могут использоваться групповые мотивирующие мероприятия или индивидуальные структурированные беседы для помощи молодым ученым в профессиональном развитии.

Деятельность Лаборатории психического здоровья носит динамический характер, ориентируясь на актуальные проблемы общества и Университета. Молодые ученые, находящиеся в эпицентре стрессовой ситуации, нуждаются в поддержке и ориентации в новой сфере деятельности. Сотрудниками Лаборатории была концептуально осмыслена и представлена в экспертном сообществе модель наставничества молодых ученых.

*Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Токарева О.Г.*

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

## **СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОЖЕСТВЕННОГО ДИСТРЕССА**

Содержание жизненного пространства личности включает систему позитивно, нейтрально или негативно окрашенных объектов или явлений, которые входят в систему взаимосвязей личности и среды. Термин «субъективное жизненное пространство» (СЖП) наиболее точно отражает суть данного психического феномена. Феномен СЖП предполагает специфическое «наложение» личностных и социальных взаимовлияний, которые структурируют объекты относительно друг друга и создают «пространство». Актуальность настоящего исследования обоснована экстраполяцией принципов формирования СЖП на проблемы личности в ситуации множественного дистресса.

Материал и методы исследования. Исследование субъективного жизненного пространства проводилось у 12 пациентов РКПБ г.Донецка (5 мужчин (41,7%) и 7 женщин (58,3%)) в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты наблюдались с 2014г. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у всех больных при первом обращении (обращение I) был установлен диагноз расстройства адаптации, повторные обращения (в период массового распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, обращение II) также были ассоциированы со стрессом, но клинически состояние определялось как генерализованное тревожное расстройство, таким же диагноз был и при обращении их за помощью в период после февраля 2022г. (обращение III). Исследование отдельных характеристик СЖП проводилось с помощью опросника «Суверенность психологического пространства» (С.К. Нартова-Бочавер, 2010), личностного опросника А.Т. Джерсайлда (Personal Issues Inventory). Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. Суверенность психологического пространства у обследованных пациентов характеризовалась максимальной депривированностью ( $-87 \pm 20$ ) в условиях активных боевых действий 2022г. (различия с предыдущими обращениями статистически достоверны,  $p < 0,001$ ) и проявлялись во всех оцениваемых сферах. Военный дистресс 2014г. депривировал психологическое пространство в легкой степени ( $-11 \pm 13$ ) при значительной сохранности суверенности физического тела, территории и ценностей. Несмотря на выраженность психопатологической тревожной симптоматики под воздействием ковидного стресса, суверенность психологического пространства была сохранной ( $13 \pm 20$ ) в основном за счет сохранности суверенности территории, вещей и ценностей. Примечательным является статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) нарастание суверенности ценностей по мере «накопления» стрессовых воздействий. При первом обращении экзистенциальные переживания обследованных больных не выходили за пределы слабой – умеренной выраженности. Под воздействием ковидного стресса статистически достоверным ( $p < 0,05$ ) было нарастание экзистенциальных переживаний одиночества ( $4,1 \pm 1,9$ ), бессмысленности ( $4,8 \pm 2,1$ ), свободы выбора ( $4,7 \pm 1,9$ ), безнадежности ( $3,9 \pm 1,7$ ) до умеренной – сильной выраженности состояния. Наслоение на имеющиеся переживания военного дистресса 2022г. привело не только к дальнейшему значительному нарастанию экзистенциальных переживаний в выше указанных сферах, но и к переживанию расхождения между идеальным и реальным Я ( $5,7 \pm 1,6$ ), т.е. приближало респондентов к экзистенциальному кризису.

Выводы. Опираясь на антропологические идеи, смысложизненное пространство личности мы предлагаем рассматривать в виде многослойной модели, включающей следующие оболочки: внешние – человек в его макросоциальном мире и микросоциуме семейной жизни; внутренние – связанные с физическим телом человека; состоящие из представлений о мире и самом себе; включающие душу человека. Под воздействием факторов многослойного дистресса взаимопереплетение оболочек помогает личности не только адаптироваться к стрессовым условиям, но и духовно расти, сохраняя субъективное жизненное пространство.

*Садеков Д.Р., Ермаченко А.Б., Котов В.С.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ ВЫБРОСОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ТЕПЛОЭНЕРГЕТИКИ**

Высокая чувствительность всех этапов репродуктивного процесса к неблагоприятному воздействию окружающей среды позволяет использовать осложнения, связанные с гестацией, в качестве индикатора экологического неблагополучия, в частности, с целью выявления количественных и качественных зависимостей влияния выбросов предприятием теплоэнергетики на состояние репродуктивной системы женщин, проживающих в районе их влияния.

Степень выраженности нарушений репродуктивной сферы напрямую зависит от уровня аэрогенной нагрузки ксенобиотиками: чем выше концентрация взвешенных частиц пыли сложного химического состава в воздухе, тем выше удельный вес патологии. Точкой приложения действия поллютантов ТЭС служит система мать – плацента – плод.

Проведённые ретроспективные исследования историй родов и историй развития новорождённых у женщин, подвергающихся воздействию вредных выбросов ТЭС, позволили установить, что наиболее часто встречающимся осложнением гестационного периода являлось развитие фетоплацентарная недостаточность (ФПН).

Полученные результаты свидетельствовали о наличии взаимосвязи между уровнем аэрогенной нагрузки и удельным весом нарушений патогенетически связанных с патологией ФПН. У 64,3% женщин развитие данного осложнения было обусловлено другими патологическими состояниями (соматические заболевания, острые инфекционные процессы во время беременности или обострение очагов хронической инфекции, иммунологическая несовместимость между матерью и плодом, низкая плацентация и др.).

В то же время у 35,7% беременных изучаемых групп данный диагноз не был связан с какой бы то ни было сопутствующей патологией, что позволило нам считать развитие ФПН в этих случаях экологически обусловленным.

Таким образом, оценка течения беременности при экологически индуцированной фетоплацентарной недостаточности, позволила установить, что фетоплацентарный комплекс (ФПК) является основной точкой приложения действия ксенобиотиков. Сроки клинических проявлений ФПН вероятно зависят от интенсивности аэрогенной нагрузки: у беременных, контактировавших с высокими концентрациями, отмечается более ранняя клиническая манифестация данной патологии, вызванная воздействием выбросов ТЭС, и имеет первичный характер.

Постановка диагноза ФПН, по всей видимости, происходит на стадии истощения ресурсов ФПК, когда лечебные мероприятия уже не приносят ожидаемого эффекта. Развитие ФПН негативно отражается на развитии плода: наблюдается высокий удельный вес одного из самых тяжелых осложнений гестации – задержка внутриутробного развития (ЗВУР). Причем у беременных, контактировавших с выбросами ТЭС в условиях производства, отмечается увеличение числа симметричной формы ЗВУР, что, вероятно, связано с развитием ФПН в ранние сроки беременности.

Ввиду малой эффективности традиционных лечебных мероприятий при ФПН необходима разработка профилактических мероприятий на доклиническом этапе, направленных на снижение вредного воздействия выбросов ТЭС на беременную и ее плод.

*Садеков Д.Р., Котов В.С., Червоня О.Я.*

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

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧИХ 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.

Целью данного исследования была оценка влияния условий труда на заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих основных профессий теплоэлектростанции.

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».

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/м<sup>3</sup>, в теплый – 13,0 мг/м<sup>3</sup>, 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% ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, вредные условия труда оказывают статистически значимое влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников основных профессиональных групп на предприятии теплоэнергетики.

*Садеков Д.Р., Мамедов В.Ш., Михайловина В.Ю.*

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

## **ПРИНЦИПЫ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ В ОЧАГАХ АВАРИЙНО ОПАСНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (АОХВ)**

Цель исследования. Определение структуры синдромологической характеристики для разработки диагностических алгоритмов при оказании неотложной помощи пострадавшему населению в очагах АОХВ на территориях с потенциально опасными химическими объектами.

Результаты. Анализ особенностей негативного воздействия АОХВ на организм человека в результате аварийных выбросов их в атмосферу и заражения местности показывает, что условно токсические вещества можно отнести к следующим группам: первая группа – АОХВ с раздражающим и прижигающим действием на кожные покровы, слизистые глаз и дыхательных путей (хлор, аммиак, азотная кислота, фосген, трихлорид фосфора, метилизоцианат и др.); вторая группа – АОХВ с преимущественно резорбтивным действием (ФОС, оксид углерода, синильная кислота, сероуглерод и др.); третья группа – АОХВ, оказывающие раздражающее и резорбтивное действие (гидразин, нитрил акриловой кислоты, диметилсульфат, сероводород и др.). При воздействии АОХВ на организм человека правильная и своевременная оценка симптоматики поражения имеет решающее значение, так как экспресс-диагностика большинства токсических веществ, вызывающих отравления, затруднена. Для диагностики и оказания экстренной медицинской помощи пораженным наиболее эффективным и целесообразным подходом является синдромологический принцип (от ведущего синдрома к нозологическому диагнозу). Наиболее важными для диагностики являются проявления соматовегетативного синдрома (миоз, повышенная саливация, бронхоспазм, бронхорея), выраженного при поражении токсическими химическими веществами, нарушающими проведение нервного импульса (ФОС, карбонаты). Оценка нарушений функции дыхания имеет особое диагностическое и прогностическое значение у пораженных АОХВ. Интоксикация веществами раздражающего и смешанного действия сопровождается синдромом раздражения дыхательных путей. Упрощает диагностику градация АОХВ по выраженности раздражающего действия. Яды, обладающие сильными прижигающими свойствами, могут вызвать рефлекторное апноэ при вдыхании высоких концентраций их паров, а также химические ожоги дыхательных путей, легких и кожи с выраженными рефлекторными реакциями, болевым синдромом, шоком. При ингаляционном поражении наиболее частый аспирационно-обтурационный синдром может представлять непосредственную угрозу жизни пораженного, но специфичность его невелика. Синдром нарушения механики дыхания (неврогенная форма) манифестируется центральным или периферическим параличом дыхания. Рестриктивный синдром (легочная форма острой дыхательной недостаточности в ранней стадии поражения АОХВ в основном обусловлен токсическим отеком или ожогом легких веществами раздражающего и смешанного действия.

Выводы. Принцип синдромологической характеристики целесообразно использовать для разработки диагностических алгоритмов при массовом поступлении пострадавших, особенно на этапах медицинской эвакуации в очагах АОХВ.

---

*Садеков Д.Р., Мамедов В.Ш., Щербина Ю.Г., Михайловина В.Ю.*

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

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И МЕТОДОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

Цель. В целях координации дальнейших исследований по разработке научных основ медицины катастроф и четкого функционирования экстренной медицинской помощи пострадавшим (ЭМП) необходимо унифицировать терминологию.



Результаты. В последние годы оформилось такое самостоятельное направление в медицине как «медицина катастроф». Естественно в публикациях, посвященных проблемам этой науки широко используются такие термины как «катастрофа», «чрезвычайная ситуация» (ЧС), район (очаг ЧС), медицинское обеспечение населения в ЧС. Ключевым среди понятий, выражаемых этими терминами, является понятие, обозначаемое словом «катастрофа», которое во многом определяет смысл остальных терминов. Проанализировав доступную литературу, можно выявить, что в большинстве определений содержатся элементы понятия «катастрофа»: внезапность развития; наличие факторов, вызывающих угрозу жизни и здоровью людей и наличие человеческих жертв; одномоментность нуждаемости в ЭМП достаточно большой группы людей; диспропорция между силами и средствами местного здравоохранения и возникшей потребностью в ЭМП. С медицинских позиций на наш взгляд, обязательными представляются первые три элемента, два последних являются характерными чертами специфической обстановки, которая может быть вызвана катастрофой. В результате синтеза этих элементов можно коротко сформулировать понятие «катастрофа» как внезапное ограниченное во времени и пространстве воздействие неуправляемых человеком факторов любого характера, повлекшее поражение и гибель группы людей различной численности, одномоментно нуждающихся в ЭМП или защите, выявившая неспособность органов местного здравоохранения обеспечить оказание помощи в приемлемые сроки. Предложенная формулировка, по нашему мнению, отражает универсальность генеза катастроф. Такая трактовка позволяет применять термин «катастрофа» как сигнальное слово, означающее необходимость приведения в готовность службы ЭМП независимо от характера возникшего бедствия. Кроме того, в ней подчеркивается обязательность поражения людей, которое может привести к диспропорции между возможностями органов местного здравоохранения и потребностью в медицинской помощи пострадавшим. Специалистами, занимающимися проблемой «катастроф», неоднократно предпринимались попытки уточнить этот термин с профессиональной точки зрения, в частности, медиками с позиций оказания медицинской помощи пострадавшим. Предложено большое количество определений понятия «катастрофа». Такое стремление имеет под собой практическую почву, поскольку внезапные потрясающие бедствия могут приводить к различным по своим исходам последствиям по отношению к людям. Поэтому представляется важным сформировать с медицинских позиций и официально пользоваться определением «медицина катастроф».

Предметом изучения медицины катастроф являются в первую очередь последствия особенностей возникновения, течения и исходов поражения населения, выявление и анализ условий деятельности медицинской службы в очагах «катастроф» и на этой основе разработки принципов и способов применения сил и средств ЭМП при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Вывод. Подобные методологические подходы к формулированию задач и содержанию ЭМП населению в ЧС позволят осуществить более эффективное планирование и целенаправленную заблаговременную подготовку сил и средств службы медицины катастроф.

---

*Саламех К.А., Соцкая Я.А.*

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

## **ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ**

Целью работы было изучение показателей фагоцитирующей активности моноцитов (ФАМ) у больных острым тонзиллофарингитом.

Обследовано 32 пациента с острым тонзиллофарингитом (ОТФ).

Кроме общепринятого клинико-лабораторного исследования у пациентов, которые находились под наблюдением, проводили изучение ФАМ в динамике: до начала лечения и после его завершения. Исследование ФМ осуществляли оригинальным чашечным методом; при этом в качестве тест-объекта использовали живую суточную культуру *Staph. aureus*, штамм 505, который был получен из Института Пастера (СПб). Подсчитывали следующие показатели ФАМ: ФЧ – количество поглощенных бактериальных клеток на 1 моноцит. ФИ – процент моноцитов, которые принимают участие в фагоци-

тарной реакции, ИА – число микробных клеток, фиксированных на 100 моноцитах и ИП – процент переваренных микробных клеток от общего их числа, поглощенных 100 моноцитами.

При оценке состояния ФАМ у больных ОТФ до начала лечения были установлены существенные нарушения со стороны состояния макрофагально-фагоцитирующей системы (МФС), что проявлялись снижением проанализированных показателей ФАМ, в том числе показателя ИП, который характеризует фазу переваривания фагоцитарной реакции. Это очень важно, так как завершенность фагоцитоза является наиболее значимой его характеристикой. Так, до начала лечения ИП был снижен в этот период до  $(12,5 \pm 0,7\%)$ , то есть в 2 раза ( $P < 0,001$ ). Такое существенное снижение ИП свидетельствует о значительном нарушении процессов переваривания поглощенных микроорганизмов, то есть о незавершенности процессов фагоцитоза. Установлено существенное снижение также и других показателей ФАМ, а именно ФИ снижался до  $(14,6 \pm 1,1\%)$ , то есть в 1,8 раза относительно нормы ( $P < 0,01$ ). ФЧ у пациентов с ОТФ составило  $2,3 \pm 0,12$ , что было ниже нормы в 1,7 раз ( $P < 0,01$ ). ИА был умеренно снижен - в 1,28 раза и составил  $(11,6 \pm 0,5\%)$  ( $P < 0,05$ ). Таким образом, у обследованных больных ОТФ до начала лечения отмечалось угнетение функционального состояния МФС, что проявляется снижением относительно нормы проанализированных показателей ФАМ. При повторном изучении показателей ФАМ у больных ОТФ после проведенного общепринятого лечения отмечается некоторая положительная динамика изученных показателей, однако полной нормализации показателей ФАМ не происходит.

ФИ после завершения лечения составил  $(18,6 \pm 1,2\%)$ , что было в среднем в 1,42 раза меньше нормы ( $P < 0,05$ ). ФЧ повысилось только до  $2,8 \pm 0,05$ , что было ниже нормы в 1,4 раза ( $P < 0,05$ ), ИА на момент завершения лечения составил  $(12,2 \pm 0,6\%)$ , что было меньше нормы в 1,2 раза ( $P < 0,05$ ). ИП у больных ОТФ в ходе лечения вырос в среднем в 1,45 раза, составив  $(18,1 \pm 1,3\%)$ , но при этом оставался в 1,38 раза меньше нормы ( $P < 0,05$ ).

У больных ОТФ при оценке состояния макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) установлены существенные нарушения со стороны показателей ФАМ, которые проявлялись снижением фагоцитарных индексов, особенно ИП, который характеризует фазу переваривания. Что в целом свидетельствует об угнетении у обследованных больных функционального состояния МФС.

Проведение только общепринятого лечения, несмотря на некоторую положительную динамику изученных показателей, не обеспечивает полного восстановления сниженных показателей активности МФС, что требует включение иммуноактивных препаратов в комплекс лечения больных ОТФ.

*Салимов Д.Ш., Воробьев А.А., Веденин Ю.И., Глушков И.В.*

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

## **ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С COVID 19 ОПЫТ БЕЗОПАСНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ**

Коронавирусная инфекция COVID-19 – тяжелое острое респираторное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2, поражающее нижние отделы дыхательной системы. Клиническая картина может варьировать от легкой простуды до тяжелой диссеминированной вирусной пневмонии, приводящей к острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС) с возможным развитием таких осложнений, как вторичные бактериальные инфекции, сердечная аритмия, кардиомиопатия, острая почечная и печеночная недостаточность, плевральные осложнения, включающие пневмоторакс и пневмомедиастинум [1,2,3]. Несмотря на существование многочисленных руководств и отработанной методике по проведению дренирования плевральной полости, в доступной литературе отсутствуют клинические исследования по проведению торакоцентеза в условиях пандемии COVID-19 [4]. Представляем наш опыт лечения пациентов с ковид-ассоциированным пневмотораксом, плевральным выпотом и эмпиемой, направленный на оптимизацию методики дренирования плевральной полости с помощью аспирационного устройства с возможностью дезинфекции биологического материала ультрафиолетовым излучением. Исследование проводилось с 05.06.2020 по 01.11.2021 на базах инфекционного центра

«Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» (г. Москва) и многофункционального медицинского центра «413 военный госпиталь» (г. Волгоград), в которых на лечении находились 1356 пациентов с пневмонией, вызванной COVID-19. В исследование были включены все пациенты с поражением плевры, которым выполнили дренирование плевральной полости. При выполнении дренирования плевральной полости SARS-CoV-2 может распространяться через аэрозоли и капли. При выполнении торакоцентеза мы использовали устройство для дренирования плевральной полости с дезинфекцией отделяемого ультрафиолетовым излучением (Патент на изобретение №2774785, зарегистрирован 22.06.2022). Всего в исследовании приняло участие 1356 пациентов с подтвержденным вирусом SARS-CoV-2. У 44 (3,2%) из 1356 больных было выполнено дренирование плевральной полости. Из них мужчин было 29, женщин – 15. Средний возраст пациента составил  $64,3 \pm 11,4$  лет. У 34 пациентов (77%) имело место одно и более сопутствующих заболеваний. Показаниями к выполнению торакоцентеза являлись плевральный выпот – у 24 пациентов (54,5%), пневмоторакс – у 17 (38,7%), эмпиема плевры – у 2 больных (4,5%) и гемопневмоторакс – у 1 пациента (2,3%). При пневмотораксе дренаж из плевральной полости удаляли после полного расправления легкого в среднем на  $10,6 \pm 4,3$  суток с момента постановки. Средний срок госпитализации составил  $21,7 \pm 4,5$  суток. Удаление плеврального дренажа при плевральном выпоте осуществляли в среднем на  $11,8 \pm 6,2$  суток. Общий койко-день у данной категории больных составил  $26,3 \pm 7,1$  суток. Сроки дренирования плевральной полости при эмпиеме плевры составили 23 суток. У пациента с гемопневмотораксом после выполнения видеоторакокопии срок дренирования составил 5 суток. Дренирование плевральной полости связано с образованием аэрозоля, содержащего SARS-CoV-2[5]. Традиционные дренажные системы с гидрозатвором имеют высокий риск передачи вируса при утечке воздуха из дренажной емкости [5]. Нами предложено и внедрено в практику устройство для дренирования плевральной полости с дезинфекцией отделяемого ультрафиолетовым излучением, которое позволяет обеззараживать не только жидкую часть патологического отделяемого, но и воздушно-аэрозольную смесь, получаемую при дренировании плевральной полости. Таким образом, предложенная методика использования устройства для дренирования плевральной полости с дезинфекцией отделяемого ультрафиолетовым излучением является эффективным способом предотвращения передачи вируса SARS-CoV-2 во время наблюдения за пациентами с внутриплевральными осложнениями COVID-19.

#### Литература/ References

1. World Health Organization . 2020. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 74. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331687>
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395:497-506.  
[https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30183-5)
3. Gattinoni L, Chiumello D, Rossi S. COVID-19 pneumonia: ARDS or not? Crit Care 2020; 24:154.  
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-02880-z>.
4. Pieracci FM, Burlew CC, Spain D, Livingston DH, Bulger EM, Davis KA et al. Tube thoracostomy during the COVID-19 pandemic: guidance and recommendations from the AAST Acute Care Surgery and Critical Care Committees. Trauma Surg Acute Care Open 2020;5:e000498.  
<https://doi.org/10.1136/tsaco-2020-000498>
5. Barr J, Internullo E, West D, Krishnadas R, Batchelor T, Saftic I. COVID-19: Safe Thoracic Surgery. CTSNet, Inc. Media. 2020.  
<https://doi.org/10.25373/ctsnet.12200786.v1>.

*Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.*

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

## **ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРЕПОДАВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

Дистанционное обучение вносит свои коррективы в методику преподавания ряда инфекционных болезней. На 6 курсе на нашей кафедре подход к обучению носит синдромный характер. При очном обучении у постели больного усвоение особенностей диагностики диарейного синдрома не вызывает сложностей, всегда есть пациенты, все симптомы можно разобрать на примере больных. В условиях дистанционного обучения выпадает из практического занятия основное – контакт с больным. И если анамнез, эпидемиологические данные можно разобрать теоретически, объяснить, что будущий врач должен найти при объективном осмотре очень сложно. Сложность этой проблеме добавляет необходимость проведения дифференциальной диагностики с терапевтической и, особенно, хирургической патологией. Поскольку больных с диарейным синдромом очень много, при преподавании обычно ориентируемся на то, что все студенты в своей работе будут с ним сталкиваться.

Для дифференциальной диагностики с терапевтической патологией акцент делается на особенностях развития инфекционных заболеваний: обычно острое начало, присутствие интоксикации, наличие эпидемиологического анамнеза. В некоторых случаях лечение обострения хронических процессов органов пищеварения и острой инфекционной патологии идентичны, ошибки же в диагностике будут главным образом создавать неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию. При встрече с хирургической патологией ситуация усложняется необходимостью срочно принимать решение о диагнозе и тактике ведения, поскольку задержка на начальном этапе заболевания может стоить жизни больному.

При дистанционном обучении на 6 курсе для студентов представлены лекции по дифференциальной диагностике как в текстовом формате, так и в виде аудиолекции. На вебинарах акцент делается на многократном проговаривании студентами алгоритма проведения обследования, лабораторной диагностики и лечения. Причем, независимо от условий ситуационной задачи оговаривается каждый раз методика проверки перитонеальных знаков. К обследованию и лечению больных с гастроинтестинальным синдромом преподаватели возвращаются на всех последующих темах, в случае присутствия диареи в условиях задачи (этот симптом встречается при инфекционной патологии часто).

Акцент на выработку автоматизма применения последовательности обследования и лечения больных с гастроинтестинальным синдромом дает определенные результаты, что мы видим при контакте с дистанционно обучавшимися врачами на постдипломном уровне.

---

*Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.*

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

## **ДИСБИОЗ И ПОСТКОВИД**

В настоящее время уровень заболеваемости коронавирусной инфекцией (COVID-19) постепенно снижается, но вместе с этим перед здравоохранением встает новая проблема – постковидный синдром. Проявления последнего разнообразны, в том числе он может проявляться гастроинтестинальным синдромом. У таких пациентов возможны анорексия, тошнота, рвота, диарея и боль в животе в течение длительного времени. Диарея у половины обратившихся сохраняется в течение более 90 дней после выписки, у ряда больных появляется и в более поздние сроки.

Поражение желудочно-кишечного тракта может быть вызвано последствиями связывания SARS-CoV-2 с рецепторами ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) в эпителиальных клетках кишечника, что приводит к инфицированию и повреждению эпителиальных клеток, влиянию на

нормальную функцию кишечника в процессе пищеварения и т.д. Кроме этого, повышенный уровень цитокинов ведет к воспалительному процессу в клетках слизистой кишечника, повышается их проницаемость, что у пациентов с COVID-19 коррелирует с сепсисом и осложнениями в виде ОРДС. Исследования показали, что цитокиновые бури могут быть подавлены масляной кислотой, вырабатываемой кишечной микрофлорой. Таким образом, частота возникновения сепсиса и ОРДС может быть снижена нормальным качественным и количественным составом микрофлоры кишечника. Более того, некоторые исследователи считают, что сепсис и состояние кишечной микрофлоры взаимосвязаны. Это косвенно указывает на то, что нарушение стабильной структуры кишечной микрофлоры ведет к снижению местного (а по мнению ряда авторов и общего) иммунитета с возможным развитием осложнений. Многочисленные исследования показали, что изменение состава микрофлоры кишечника также сказывается на прогнозе COVID-19. Пациенты с дисбиотическими нарушениями микрофлоры кишечника имеют более высокий риск развития более тяжелой формы COVID-19 с неблагоприятными клиническими исходами из-за более высокого уровня исходного воспаления с большим риском развития иммунопатологии, высоким уровнем условно-патогенных микроорганизмов в кишечнике, что ведет к риску развития эндогенной инфекции, снижение же количество микрофлоры кишечника обладают иммуномодулирующими функциями, и более вероятным микробным и/или вирусным поражением кишечника. У пациентов с COVID-19 кишечная микрофлора значительно отличалась от микрофлоры здоровых людей контрольной группы в силу особенностей лечения (назначение антибиотиков и ГКС) и диеты (переход на легкоусвояемую пищу с малым содержанием клетчатки). Эти изменения могут сохраняться длительное время и вполне вероятно являются причиной развития диспептического синдрома. Эти же изменения дают возможность микроорганизмам – патогенным и условно-патогенным – в дозе ниже обычной инфицирующей вызывать патологический процесс в кишечнике. Восстановление микрофлоры кишечника зачастую ведет к улучшению течения постковидного синдрома.

Таким образом, эти особенности в патогенезе COVID-19 требуют коррекции в лечении больных в острой фазе заболевания и в периоде реконвалесценции. Для поддержания нормальной микрофлоры кишечника требуется молочно-растительная диета, богатая клетчаткой, и применение препаратов биологического происхождения, регулирующих равновесие кишечной микрофлоры: молочная кислота и ее буферные соли (хилак-форте), естественные симбиотические бактерии (бифиборм, бификол, линекс, бифидумбактерин, йогурт и др). Продолжительность лечения должна быть не менее 3 месяцев.

---

*Самохвалова В.В., Чебаткова А.В., Харьковская М.В.*

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

## **СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 31 ГОРОДА ВОЛГОГРАДА**

**Актуальность.** Вопросы сохранения и укрепления репродуктивного здоровья детей и подростков является крайне актуальной в свете реализации определенных государством направлений демографической политики в стране. Характер формирования менструальной функции девочек-подростков является интегральным показателем зрелости и функциональных возможностей репродуктивной системы.

**Цель исследования.** Оценить нарушения менструального цикла и клиничко-гормональные особенности у девочек-подростков.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 84 историй развития форма 112/у девочек-подростков, средний возраст  $13 \pm 1,2$  лет, состоящих на диспансерном учете в ДКП № 31 Волгограда. Сформированы 2 группы: первая (n=44) – девочки с нарушением менструального цикла по типу олигоменорея (НМЦо), вторую группу составили 40 девочек с нарушением менструального цикла по типу маточных кровотечений пубертатного периода (НМЦк). Проведено комплексное обследование,

включающее оценку анамнеза, соматический и гинекологический статус, уровень гонадотропных гормонов, пролактина, половых стероидов на 5 – 6 и 18 – 21 день менструального цикла.

**Результаты.** Отягощенная наследственность в виде НМЦ у матерей выявлена на 45% девочек с НМЦ у девочек второй группы 15% ( $p < 0,05$ ). В первой группе в половине наблюдений избыточная масса тела и ожирение ( $SD$  ИМТ более 1,5), у девочек с маточными кровотечениями в 25% случаев отмечался дефицит массы тела ( $SD$  ИМТ менее 1,0). НМЦ по типу олигоменореи, нерегулярный цикл с начала менструальной функции скудные менструации. у 45% девочек, продолжительность менструального цикла составила от 28 до 35 дней, у 35% – от 1 до 6 месяцев, у 15% – больше 6 месяцев. Длительность менструаций варьировали от 3 до 9 дней, отмечалась угревая сыпь, повышенный рост волос по белой линии живота, верхней губе и внутренней поверхности бедра. При НМЦк отмечались длительные, обильные, кровянистые выделения из половых путей, продолжительностью от 7 до 20 дней. Длительность менструального цикла составляла от 23 до 34 дней. Преобладающий возраст менархе в первой группе 13-14 лет (70%), во второй группе 11-12 лет (65%). Позднее наступление менархе (старше 15 лет) выявлено в группе девочек с НМКо (8,4%). В первой группе в гормональном профиле отмечалось повышение ( $p < 0,05$ ) средних показателей уровня пролактина по сравнению со второй группой ( $580 \pm 58$  мкМе/мл против  $350 \pm 32$  мк Ме/мл). У 45% девочек с олигоменореей – снижение уровня прогестерона во вторую половину менструального цикла, в данной группе у 100% девочек отмечалось повышение уровня тестостерона и дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА) во вторую фазу, отношение лютеинизирующий гормон (ЛГ)/ фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) в пределах нормы. В группе с НМЦ удлинение I фазы в 20% за счет повышения уровня эстрадиола выше 166 пг/мг.

**Заключение.** Отягощенная наследственность, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи, изменение гормонального профиля с гиперандрогенией, гиперпролактинемией и недостаточности прогестерона во вторую фазу менструального цикла, повышением уровня эстрадиола в первую фазу цикла у подростков с маточным кровотечением составляют группу риска по развитию патологии репродуктивной функции в будущем и нуждаются в повышенном внимании со стороны педиатров, семейных врачей, детских гинекологов и врачей женских консультаций в будущем.

*Сандлер В.Ю.*

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

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

**Актуальность исследования.** Основной причиной ССЗ является атеросклероз, бессимптомно протекающий в течении многих лет, и к моменту клинических проявлений уже достаточно выражен. При фармакологическом лечение ИБС не всегда получается достичь должного эффекта, что является основанием для использования хирургических методов реваскуляризации. Аорто-коронарное шунтирование считается «золотым» стандартом лечения ИБС. Операция АКШ на работающем сердце (off-pump) позволяет оперировать пациентов с более высокими рисками смерти и послеоперационных осложнений. Так же уменьшилась частота кровотечений, почечных дисфункций частота неврологических и когнитивных расстройств, а также время пребывания в стационаре.

**Цель исследования.** Оценка преимуществ проведения операций аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце при помощи оценки показателей качества жизни.

**Материалы и методы.** Работа основывается на анализе результатов клинических исследований 128 больных ИБС, которым были сделаны операции АКШ. 117 операций выполнено на работающем сердце. Возраст пациентов составил от 38 до 76 лет. Все получали стандартную терапию ИБС. Функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) был установлен согласно классификации NYHA. У 124 (96,9%) пациентов диагностирована стенокардия покоя и минимальных нагрузок – III-IV функциональный класс, у 4 (3,1%) – стенокардия II функционального класса на фоне ранее перенесенного инфаркта миокарда. С помощью метода коронаровентрикулографии был под-

твержден атеросклероз коронарных артерий и определены показания к аортокоронарному шунтированию. Все операции АКШ были выполнены через срединную стернотомию. Внутреннюю грудную артерию *in situ* использовали стандартно во всех случаях для реваскуляризации бассейна передней межжелудочковой ветви у 25 человек (69,4%). Для определения качества жизни (КЖ) до операции и на 10 сутки после оперативного вмешательства пациенты заполняли Миннесотский опросник – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Результаты исследования. Определение качества жизни является важным этапом для оценки эффективности терапии. Все пациенты заполняли MLHFQ до операции и на 10 сутки после нее. Опросник включает в себя 21 вопрос. Варианты ответов оценивались от 0 (отсутствие симптомов) до 5 баллов (максимальная выраженность). 0 баллов соответствует наилучшему качеству жизни (КЖ), самое низкое КЖ – 105 баллов. Согласно полученным результатам, значения КЖ до оперативного вмешательства варьировали от 25 до 76 баллов (среднее значение  $48,9 \pm 1,6$  баллов), что соответствует средней оценке КЖ. После операции АКШ *off-pump* результаты варьировали от 9 до 37 баллов (среднее значение  $25,0 \pm 1,3$  баллов), что было достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) показателей после АКШ с использованием аппарата искусственного кровообращения (от 14 до 49 баллов, среднее значение  $32,0 \pm 2,8$ ) и соответствует положительному восприятию окружающего мира.

Выводы. Операции на работающем сердце безопаснее, экономически выгодные и можно оперировать больных со сниженной функцией левого желудочка. Объясняется это тем, что операция при использовании аппарата искусственного кровообращения сопровождается рядом неблагоприятных побочных эффектов: таких как феномен «оглушенного миокарда», «реперфузионное повреждение», что приводит к повреждению миоцитов, дисфункции капилляров и эндотелия. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце оказывает благоприятное влияние сократительную способность миокарда и качество жизни пациентов, в том числе в раннем послеоперационном периоде.

---

*Сартан Д.И., Смирнов Н.Л., Ельский И.К.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДАГНОСТИКИ ОБТУРАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ**

В течение последних десятилетий наблюдается тенденция к увеличению количества патологических состояний, которые ведут к нарушению оттока желчи. Особенности и проблемы диагностики и лечения обтурационной желтухи (ОЖ) до настоящего времени относятся к актуальным задачам клинической хирургии

Дифференциальная диагностика желтух зачастую представляет собой сложную задачу. Это обусловлено особенностью морфологического строения печени, схожестью многих клинических проявлений большинства ее заболеваний, сложностью механизмов, которые участвуют в патогенезе желтухи, а также возникновение их комбинаций с течением заболевания.

Общепринято, что наиболее частой причиной развития синдрома ОЖ является холелитиаз. Синдром ОЖ возникает у 15-40% больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчных путей. Так, по литературным данным, холедохолитиаз служит причиной развития желтухи в 5-91% случаев, причем камни ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки в два раза чаще вызывают желтуху, чем камни магистральных желчных протоков. По разным источникам стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки осложняется желтухой от 20-40% до 50-60% случаев заболевания. Синдром Мириззи осложняется билиарным блоком у 78,1% больных, хронический панкреатит – у 10,7%. Развитие рубцовых стриктур желчных протоков в 37,7-92,5% случаях осложняется ОЖ. Эхинококкоз также является одной из наиболее часто встречаемых причин билиарного блока 4,8-52%.

Обтурация желчных путей возникает у 40-93% больных при опухолях панкреатодуоденальной зоны, у 90-100% пациентов при диагностированных новообразованиях внепеченочных желчных путей и у всех больных, имеющих опухолевое поражение внутрипеченочных желчных путей. 54-77,3%

случаев из всех онкологических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны, вызывающих билиарную обструкцию, приходится на долю пациентов с раком поджелудочной железы. Рак же двенадцатиперстной кишки составляет до 3,5% всех случаев ОЖ, связанной с новообразованием, а рак желчного пузыря – 7,3-12,9%.

В настоящее время существуют широкие диагностические возможности для верификации диагноза ОЖ за счет использования инвазивных и сложных в техническом исполнении инструментальных исследований: лапароскопии, чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Однако, благодаря своей неинвазивности, широкой доступности, отсутствию специальной подготовки больного к исследованию и возможности выполнить исследование при любом функциональном состоянии печени, в повседневной клинической практике широкое распространение получила сонография. Данное исследование также выполняется с целью оценки динамики заболевания и лечения.

Ультразвуковое исследование позволяет верифицировать характер желтухи (паренхиматозная или механическая), дифференцировать причину механической желтухи (холелитиаз, доброкачественные или злокачественные новообразования), а также установить уровень билиарного блока.

При использовании сонографии с целью диагностики паренхиматозной желтухи основными эхографическими диагностическими критериями считают наличие нерасширенных внутри- и внепеченочных желчных протоков, признаков острого воспаления печеночной ткани. Главным сонографическим признаком механического происхождения желтухи следует считать дилатацию внутри- и внепеченочных желчных протоков.

В случаях возникновения билиарного блока, вследствие механического сдавления дистального отдела холедоха головкой поджелудочной железы при ее остром или хроническом воспалении необходимо учитывать следующие сонографические изменения: увеличение головки поджелудочной железы, неоднородность структуры, нечеткость контуров, снижение ее эхогенности, УЗИ обладает высокой точностью и достоверностью для постановки диагноза.

При обструкции дистального отдела холедоха опухолевого генеза определяется резкая дилатация как внутри-, так и внепеченочных желчных протоков, выраженное увеличение в объеме желчного пузыря, обусловленное длительным застоём желчи.

Наибольшие трудности в диагностике ОЖ с помощью УЗИ возникают при наличии патологии большого дуоденального сосочка. Сонографическая визуализация опухоли большого дуоденального сосочка может основываться на косвенных симптомах, поскольку непосредственно выявить опухолевую ткань в патологическом очаге удается редко.

Новообразования внепеченочных желчных протоков в большинстве своем гиперэхогенные и в 100% случаев сопровождаются дилатацией всех отделов билиарного тракта. Исключение составляют больные с ранее наложенными билиодигистивными анастомозами, у которых желтуха отсутствует. При опухолевом поражении долевого протока наблюдается дилатация внутрипеченочных протоков на стороне патологического процесса. Двусторонняя дилатация внутрипеченочных протоков в обеих долях печени отмечается при расположении злокачественной опухоли в области ворот печени и проксимального отдела общего печеночного протока. В данном случае общий печеночный и общий желчный протоки ниже опухоли, а также желчный пузырь выглядят «спавшимися».

Злокачественные опухоли желчного пузыря трудны в диагностике, в связи с тем, что рак, как правило, развивается на фоне длительно существующего холелитиаза. Основным сонографическим признаком заболевания считают визуализацию патологической ткани, имеющей интра- или экстраорганный рост. При инвазии новообразования в общий печеночный и общий желчный протоки развивается супрастенотическая холангиоэктазия.

Основное преимущество применения УЗИ в практической хирургии заключается в скорости, неинвазивности и высокой информативности метода. Главным достоверным диагностическим сонографическим признаком обтурационного генеза желтухи является прстенотическая дилатация желчных путей. Однако, так как интерпретация результатов УЗИ является субъективной и зависит от квалификации врача УЗИ, необходима верификация сонографических данных другими методами исследования.



*Сартан Д.И., Яфарова Р.Т., Смирнова П.Н.*

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

## **ВАРИАНТЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ**

Оптимальный выбор способа и сроков разрешения билиарного блока позволяют снизить частоту осложнений и летальных исходов у больных с обтурационной желтухой (ОЖ) и достичь лучших результатов лечения.

Принципиально выделяют два подхода к хирургическому лечению обтурационных желтух: одномоментные радикальные вмешательства и двухэтапное оперативное лечение.

Радикальные оперативные вмешательства, выполненные на фоне гипербилирубинемии, сопровождаются высокой послеоперационной летальностью и большим количеством осложнений. Лучшие результаты лечения достигаются выполнением билиарной декомпрессии в качестве первого этапа, позволяющей подготовить больного к последующему радикальному лечению.

Двухэтапная тактика широко используется в настоящее время при лечении желчекаменной болезни, хронического панкреатита, опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны и прочих заболеваний, осложненных ОЖ, а также применяется на этапе диагностики.

Самой простой со стороны технического исполнения, на первом этапе лечения, считается наружная декомпрессия билиарного тракта, которая за короткое время позволяет ликвидировать печеночную недостаточность и явления холангита. К недостаткам при использовании этой методики следует отнести потерю жидкости, белков, электролитов и развитие феномена, известного как «синдром декомпрессии».

Наиболее доступный оперативный способ билиарной декомпрессии – холецистостомия, преимуществами которой являются простота выполнения оперативного пособия, отсутствие необходимости в специальном дополнительном техническом оборудовании и вспомогательных специалистах, возможность использования щадящих видов обезболивания, а также отсутствие «синдрома декомпрессии». К недостаткам же метода следует отнести невозможность его выполнения при отсутствии желчного пузыря или блоке пузырного протока, также холецистостомия не применяется у больных с ОЖ, осложнившейся холангитом.

В связи с развитием эндобилиарного дренирования и пункционной перкутанной декомпрессии желчных протоков открытые хирургические методы дренирования билиарной системы используются значительно реже. Эндоскопическая билиарная декомпрессия и чрескожное пункционное дренирование билиарной системы отличаются малой травматичностью, высокой эффективностью и при отработанной технике и методике крайне редко сопровождаются осложнениями. Также эти вмешательства могут использоваться как самостоятельные хирургические методы лечения, что привело к их популярности и быстрому распространению. В большинстве случаев наличия проксимального билиарного блока пункционная декомпрессия не имеет альтернативы и используется не только с лечебной, но и с диагностической целью.

Несмотря на то, что чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧМХС) длительное время рассматривали как потенциально опасное вмешательство и выполняли ее в конце лечебного алгоритма, в настоящее время отмечается возрастающий интерес к применению транскутанных чреспеченочных лечебно-диагностических процедур у пациентов с обтурационной желтухой. Чрескожные виды билиарной декомпрессии выполняются под ультразвуковым или рентгеноскопическим контролем. Лечебно-диагностические пункционно-дренажные вмешательства связаны с установкой различного вида катетеров в полость кисты, абсцесса или в просвет желчных путей. Последние два вида вмешательств могут быть как способами предоперационной подготовки, так и методами окончательного лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Все виды чрескожного чреспеченочного дренирования сопровождается более низким уровнем госпитальной летальности по сравнению с обычной хирургической операцией. Данная манипуляция также снижает показатель летальности после хирургических операций, выполненных на втором этапе лечения.

Вопросы показаний и техники выполнения миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем в настоящее время недостаточно изучены. При этом объективная оценка эффективности и безопасности применения миниинвазивных способов билиарной декомпрессии невозможна, в связи с отсутствием общепринятой классификации осложнений описанных оперативных пособий. Вопрос о длительности наружного билиарного дренирования также требует дальнейшего обсуждения.

---

**Сартан Д.И., Яфарова Р.Т., Смирнова П.Н.**

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

## **ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

Обтурационная желтуха является угрожающим жизни осложнением довольно большого числа заболеваний панкреатобилиарной системы. Наиболее часто врачу в повседневной практике приходится сталкиваться с нарушением проходимости желчных путей на почве холелитиаза, а также – онкологической патологией поджелудочной железы. Различная этиология непроходимости желчного тракта предопределяет различные тактические подходы в лечении основного заболевания. Однако, в связи с общностью патологических изменений гомеостаза на почве обтурационного холестаза, во многом лечебные мероприятия и тактика их применения схожи.

Основной причиной гибели пациентов с обтурационной желтухой различной этиологии является прогрессирующая полиорганная недостаточность на почве интоксикации. Длительность желтухи и степень компенсации печеночной дисфункции определяют скорость развития интоксикационного синдрома, полиорганной недостаточности, а, соответственно, и необходимость использования различных оперативных и неоперативных лечебных мероприятий, что будет определять лечебную тактику.

Изучены результаты комплексного обследования и лечения 208 пациентов с обтурационной желтухой различной этиологии.

В исследуемой группе мужчин было 62, женщин – 146. Возраст больных варьировал от 24 до 87 лет. Больные госпитализировались в стационар в сроки от 5 до 26 суток с момента первых внешних проявлений желтухи. В комплекс обследования включались клиническое исследование больного, лабораторные биохимические, сонографические и эндоскопические исследования пациента.

В лечении больных по показаниям использовались малотравматичные пункционные, эндоскопические и лапароскопические вмешательства, а также традиционные лапаротомные операции.

На основании сонографии и дуоденоскопии диагностированы следующие состояния, послужившие причиной развития билиарного блока: холедохолитиаз – 152 пациента, папиллостеноз – 19 больных, опухоль головки поджелудочной железы – 37 пациентов. Среди пациентов с холедохолитиазом резидуальный или рецидивный холедохолитиаз отмечен у 34 больных, холедохолитиаз в сочетании с хроническим калькулезным холециститом – у 77 пациентов, холедохолитиаз в сочетании с острым калькулезным холециститом – у 41 больного, причем деструктивные формы острого холецистита отмечены в 12 случаях.

Всем госпитализированным пациентам в течение первых 24 ч их нахождения в стационаре проводилась комплексная консервативная терапия, выполнялось лабораторное дообследование, проводился сонографический мониторинг. При определении дальнейшей тактики лечения больного учитывались длительность заболевания, показатели билирубинемии, сонографические данные.

В группе больных, у которых при сонографическом исследовании выявлялось расширение холедоха без каких-либо изменений его просвета, а также без патологических изменений в головке поджелудочной железы (предполагаемый папиллостеноз) и отсутствии воспалительных изменений в желчном пузыре, при уровне содержания билирубина крови менее 100 мкмоль/л и независимо от длительности желтухи, выполнялась дуоденоскопия в течение первых 48 ч с момента госпитализации. При визуальном подтверждении изменений большого сосочка двенадцатиперстной кишки выполнялись эндохирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) – эндоскопическая папил-

лосфинктеротомия. В данной группе оперативное лечение носило одноэтапный характер, применено у 13 больных. При билирубинемии свыше 100 мкмоль/л на первом этапе выполнялось наружное желчеотведение (холецисто- или холангиостомия) с последующим проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии по стабилизации состояния больного и снижении степени полиорганной дисфункции. Подобное двухэтапное лечение папиллостеноза проводилось 6 пациентам.

Среди пациентов с резидуальным или рецидивным холедохолитиазом после выполненной ранее холецистэктомии предпочтение отдавалось одноэтапной лечебной тактике – эндоскопическая папиллосфинктеротомия в первые 48 ч с момента госпитализации больного. В случаях, когда ЭХТВ были неэффективны, то по экстренным показаниям проводилась холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха. ЭХТВ выполнены 30 больным, лапаротомные вмешательства – 4 пациентам.

Сходной является лечебная тактика при хроническом и остром катаральном холецистите в сочетании с холедохолитиазом. На первом этапе, в случаях когда уровень билирубинемии не превышал 100 мкмоль/л независимо от длительности желтухи, выполнялась дуоденоскопия с папиллосфинктеротомией и механической литэкстракцией; вторым этапом после купирования проявлений обтурационной желтухи выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Подобная тактика применена у 74 больных: 53 пациента с хроническим калькулезным холециститом и 21 пациент с острым катаральным калькулезным холециститом. У 8 больных с острым катаральным и у 24 пациентов с хроническим калькулезным холециститом длительность желтухи составляла более 14 суток, уровень билирубинемии превышал 100 мкмоль/л, имелись признаки полиорганной дисфункции, в связи с чем использована трехэтапная лечебная тактика. Первым этапом выполнена наружная декомпрессия билиарного тракта: 23 пациентам выполнены диапевтические вмешательства, 9 больным – традиционная наружная холецистостомия. Вторым этапом проводился после регрессирования проявлений полиорганной недостаточности, выполнялись ЭХТВ с механической литэкстракцией. Третьим этапом выполнялось лапароскопическое удаление желчного пузыря.

При выявлении во время сонографии деструктивных изменений в стенке желчного пузыря независимо от содержания билирубина крови и длительности желтухи использовалась трехэтапная лечебная тактика аналогичная описанной выше. Первым этапом выполнялась миинвазивная или традиционная наружная холецистостомия, вторым – ЭХТВ, третьим – лапароскопическая холецистэктомия. Подобная тактика была применена у 12 пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом.

Во всех наблюдениях при диагностированной опухоли головки поджелудочной железы использовалась двухэтапная лечебная тактика. На первом этапе выполнялось наружное дренирование желчных путей – пункционная холецисто- или холангиостомия или эндоскопическое назобилиарное дренирование. Вторым этапом подразумевал наложение билиодигестивного анастомоза. С учетом данной тактики пролечено 37 пациентов.

Лечение больных с обтурационной желтухой различной этиологии целесообразно проводить в несколько этапов. Этапность определяется причиной, вызвавшей билиарный блок, и степенью печеночной и полиорганной недостаточности. Одноэтапное лечение возможно при папиллостенозе и холедохолитиазе после перенесенной ранее холецистэктомии при длительности желтухи менее 14 суток и содержании билирубина менее 100 мкмоль/л. В остальных случаях необходимо лечение в два или три этапа, при этом основной задачей первого является обеспечение адекватной наружной билиарной декомпрессии.

---

*Саул А.С., Антипов Н.В., Бибик Е.Ю., Кривоколыско С.Г.*

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

## **ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НПВС И НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ А-ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА**

Болевой синдром в современном мире представляется насущной медико-социальной проблемой. Особого внимания заслуживает синдром хронической боли в связи с его широкой распространенностью и нередко высокой интенсивностью боли. Поэтому актуальность поиска высокоэффективных

и безопасных лекарственных средств для купирования болевого синдрома крайне велика. У применяемых в клинической практике нестероидных противовоспалительных средств в спектре неблагоприятных действий нередко встречается нефротоксичность. Это усугубляет и ограничивает их применение у пациентов с острой хронической почечной недостаточностью и иной нефрологической патологией. В настоящее время актуальным является поиск новых высокоэффективных и безопасных анальгетических и противовоспалительных средств. Интересными в этом аспекте представляют производные  $\alpha$ -цианотиоацетамида, синтезированные на нами базе НИЛ «Химэкс» ЛГУ им. Владимира Даля. Отобранные с помощью программ виртуального биоскрининга 8 образцов производных  $\alpha$ -цианотиоацетамида являются наиболее перспективными, с учетом предполагаемых биомисшеней для фармакокоррекции болевого синдрома.

Целью исследований было изучение органомерических показателей почек крыс после двухнедельного введения НПВС и новых производных  $\alpha$ -цианотиоацетамида. Исследования проведены на 130 лабораторных крысах, которые были распределены на кон-трольную (4 группы сравнения – кислота ацетилсалициловая, нимесулид, индометацин, парацетамол) и 8 экспериментальных групп (по количеству новых гетероциклических соединений). Они получали образцы в дозе 5 мг/кг однократно в сутки через желудочный зонд на протяжении 14 дней. После истечения этого периода и планового забоя животных под эфирным наркозом из забрюшинного пространства извлекали почки путем анатомического препарирования, обследовали визуально, обращая внимание, на цвет и состояние паренхимы, а также определяли абсолютную и относительную массу органов.

В результате исследований установлено, что максимально выраженной антиэкссудативной активностью обладают производные  $\alpha$ -цианотиоацетамида с лабораторными шифрами: d02-141 (ethyl 2-[(3-cyano-5-[(2,4-dichlorophenyl)amino]carbonyl)-4-(2-furyl)-6-methyl-1,4-dihydropyridin-2-yl]thio)acetyl)amino]-4,5,6,7-tetrahydro-1-benzothiophene-3-carboxylate), который превосходит по этому виду активности ацетилсалициловую кислоту в 4,78 раза, а нимесулид в 8,47 раза; d02-123 (5-cyano-N-(2,4-dichlorophenyl)-4-(2-furyl)-2-methyl-6-[(2-oxo-2-[(3-(trifluoromethyl)phenyl]amino)ethyl]thio]-1,4-dihydropyridine-3-carboxamide), превосходящий препарат-референт нимесулид в 10,8 раза по противовоспалительной активности, а ацетилсалициловую кислоту в 6,09 раза, соответственно. Также установлено, что образец с шифром d02-149 (6-[(2-anilino-2-oxoethyl)thio]-5-cyano-N-(2,4-dichlorophenyl)-4-(2-furyl)-2-methyl-1,4-dihydropyridine-3-carboxamide) эффективнее препаратов сравнения ацетилсалициловой кислоты в 1,27 раза, а нимесулида в 2,25 раза, соответственно.

Таким образом, установлено, что синтезированные производные  $\alpha$ -цианотиоацетамида, вводимые на протяжении 2 недель не вызывают достоверных изменений по органомерическим показателям почек. Перспективами дальнейших исследований являются исследования в этом ключе морфометрических показателей.

---

*Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Мындускин И.В.*

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

## **ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ НЕЙРОДЕСТРУКЦИИ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ТЕРАПИИ ГАЛОПЕРИДОЛОМ И РИСПЕРИДОНОМ**

Цель исследования: изучение изменения содержания маркеров нейродеструкции в крови у пациентов с первым эпизодом параноидной шизофрении при терапии галоперидолом и рисперидоном.

Материал и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было обследовано 40 пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F 20.09). В течение 8 недель пациенты находились на стационарном лечении, они были разделены на две группы. 1-я группа – 20 больных, принимавших галоперидол; 2-я группа – 20 больных, которые принимали рисперидон. На момент включения в исследование все пациенты находились в остром психотическом состоянии. Забор крови для исследований проводился дважды: в 1-й день поступления (до лечения) и через 8 недель от госпитализации. Контрольную группу составили

20 психически и соматически здоровых людей. Лабораторная часть работы осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России. Определение показателей нейровоспаления проводили в сыворотке крови методом проточной флюориметрии. Статистическая обработка результатов выполнялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12».

Результаты и обсуждение. Установлено, что показатели в двух группах больных шизофренией до лечения не различались, что характеризует их как сопоставимые. Уровень моноцитарного хемоаттрактантного белка (MCP-1) у больных обеих групп до лечения было значимо выше, чем у представителей контроля ( $p < 0,03$ ). При терапии галоперидолом уровень MCP-1 увеличился на 12,7% ( $p = 0,02$ ), а при лечении рisperидоном отмечается тенденция к его снижению (на 9,3%). Уровень MCP-1 после лечения рisperидоном становится значимо ниже, чем после приема галоперидола ( $p = 0,04$ ). Содержание визинин-подобного белка 1 (VILIP-1) в обеих группах исследования до лечения была на 60% выше, чем в группе контроля ( $p < 0,02$ ). Через 8 недель терапии в обеих группах пациентов его содержание увеличилось, превышая показатель в контрольной группе уже на 90% ( $p = 0,009$ ). Уровень растворимого рецептора миелоидных клеток 1 (sTREM-1) до лечения был более чем в 2 раза выше, чем в группе контроля ( $p < 0,03$ ). Через 8 недель терапии галоперидолом его содержание снизилось на 10,2%, а при терапии рisperидоном – снизилось на 23,2%. Показатели по-прежнему превышали аналогичные в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об усилении процессов повреждения центральной нервной системы при манифестации шизофрении, при этом терапия в течение 8 недель рisperидоном в сравнении с галоперидолом оказывает благоприятное воздействие на большее число изученных показателей нейродеструкции. Таким образом, результаты исследования подтверждают важную роль нейровоспалительных механизмов при шизофрении.

---

*Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Прохоров А.С.*

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

## **УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

Введение. Хемокины являются суперсемейством цитокинов, регулирующих хемотаксис и миграцию лейкоцитов в органы и ткани, в том числе в центральную нервную систему (ЦНС), где они активно экспрессируются. Известно, что хемокины выполняют множество разнообразных ролей в ЦНС: от регуляции процессов нейродеструкции и нейрорепарации до реализации нейроэндокринных и нейромодулирующих функций. Предполагается, что дисбаланс хемокинов может иметь отношение к манифестации шизофренического процесса.

Цель исследования: изучение содержания некоторых провоспалительных хемокинов в плазме крови до начала проведения терапии у пациентов с дебютом параноидной шизофрении.

Материал и методы. Было обследовано 18 пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F 20.09 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 40 лет. Контрольную группу составили 35 соматически и психически здоровых добровольцев сопоставимого пола и возраста. Все лица, включённые в исследование, подписали добровольное информированное согласие. Забор материала осуществлялся в стационаре до назначения психофармакотерапии. Методом проточной флюориметрии с использованием тест-системы «Human Proinflammatori Chemokine Panel 1» (13-plex) определяли в сыворотке крови уровни показателей 13 хемокинов (CCL2, CCL3, CCL4, CCL5, CCL11, CCL17, CCL20, CXCL1, CXCL5, CXCL8, CXCL9, CXCL10, CXCL11). Статистическую обработку результатов проводили с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12».

Результаты. Содержание CCL4 (MIP-1 $\beta$ ) у пациентов с шизофренией было повышено в 1,1 раза в сравнении с группой контроля ( $p=0,0146$ ). CCL11 (Eotaxin) в исследуемой группе оказался выше в 1,5 раза ( $p=0,0371$ ). CCL20 (MIP-3 $\alpha$ ) в 2,1 раза ( $p=0,0158$ ) превышал показатели группы контроля. В свою очередь, уровень CXCL1 был выше в 1,6 раза ( $p=0,0166$ ), CXCL5 – в 1,5 раза ( $p=0,0415$ ) у больных с дебютом данного расстройства. Уровень CXCL9 (MIG) в плазме крови пациентов был выше в 1,4 раза ( $p=0,0019$ ), показатель CXCL10 (IP-10) – в 1,5 раза выше ( $p=0,0406$ ), чем в группе контроля. Превышение содержания CXCL8 (IL-8) в 21,0 раз ( $p=0,0000$ ) контрольных значений оказалось наиболее существенным в рамках данного исследования. Уровни CCL2 (MCP-1) и CCL17 (TARC) имели тенденцию к повышению у пациентов с дебютом шизофрении, однако показатели не обладали статистической значимостью. Для CCL3 (MIP-1 $\alpha$ ), CCL5 (RANTES) и CXCL11 (I-TAC) не получено значимых отличий с контрольной группой.

Заключение. Полученные данные указывают на роль хемокиновой системы в механизмах манифестации шизофрении. Не исключается способность данных молекул определять особенности клиники и динамики данного расстройства, что позволяет в перспективе рассматривать их в качестве биомаркеров ответа на терапию, что требует дальнейших исследований.

*Сахаров А.В., Клинова М.А., Лазо Ю.В.*

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

## **ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНА**

Цель: изучение факторной обусловленности умственной отсталости у детей Забайкальского края.

Материалы и методы. Сплошным методом было обследовано 1059 детей в возрасте 6-7 лет, проживающих в разных районах Забайкальского края: в городе Чите, в поселке Агинское Агинского бурятского округа, а также в поселке Первомайский. Дополнительно проанализирована медицинская документация для уточнения анамнестических данных. Выделены три группы детей по факту наличия психиатрического диагноза в форме интеллектуальных нарушений пограничного уровня ( $n=496$ ), сформированного интеллектуального дефекта ( $n=65$ ), психически здоровые ( $n=378$ ). Из исследования были исключены дети с другими психическими расстройствами – F 2, F 81, F 82, F 9 ( $n=120$ ). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2007 и Statistica-10.0. Было произведено определение доли, силы и степени влияния факторов риска на формирование интеллектуальных нарушений у детей при помощи метода, предложенного Б.Д. Петраковым и соавт. (1996), а также проведен многофакторный пошаговый (стандартный) регрессионный анализ.

Результаты. Согласно данным клинико-эпидемиологического анализа, среди детей, имеющих умственную отсталость, доля влияния таких факторов, как низкое образование матери (40,7%), злоупотребление алкоголем родителями (матери 3,0%; отца 2,3%), хронические заболевания отца (1,4%), наследственная отягощенность по умственной отсталости близких родственников (0,9%), малообеспеченность семьи (1,1%) превышает таковые в группе здоровых лиц. Сила влияния фактора риска при формировании умственной отсталости оказалась максимальной для следующих факторов: злоупотребление алкоголем родителями (матери  $K=30,0$ ; отца  $K=23,0$ ), наследственная отягощенность по умственной отсталости ( $K=3,0$ ), низкий уровень образования матери (2,9), хронические заболевания отца (2,3) и малообеспеченность семьи ( $K=2,8$ ). В свою очередь, самую высокую степень влияния на риск умственной отсталости оказывали: низкое образование матери (ИК=118,0) и злоупотребление алкоголем родителями (у матери ИК=90,0; у отца ИК=52,9).

При проведении регрессионного анализа было установлено, что более тесную связь с умственной отсталостью имеют следующие факторы (в порядке убывания): бурятская национальность ребенка ( $\beta=0,18\pm 0,03$ ,  $p<0,001$ ), алкоголизация отца ( $\beta=0,16\pm 0,04$ ,  $p<0,001$ ), осложненное течение родов ( $\beta=0,15\pm 0,04$ ,  $p<0,001$ ), наличие хронических соматических заболеваний у отца ( $\beta=0,14\pm 0,04$ ,  $p<0,001$ ), наличие в семье других детей с умственной отсталостью ( $\beta=0,13\pm 0,03$ ,  $p<0,001$ ), ослож-

ненное течение беременности ( $\beta=0,11\pm 0,03$ ,  $p<0,01$ ), алкоголизация матери ( $\beta=0,10\pm 0,03$ ,  $p<0,01$ ), мужской пол ( $\beta=0,08\pm 0,03$ ,  $p<0,02$ ). При добавлении других показателей к уже отобраным, нарастания значимой прогностической мощности не отмечалось. Для построенного уравнения регрессии коэффициент детерминации ( $R^2$ ) оказался  $>0,75$ , а значимость критерия Фишера составила  $p<0,001$ , что также свидетельствует о статистической надежности составленной регрессионной модели и ее параметров.

**Заключение.** В ходе проведенного клинико-эпидемиологического и пошагового регрессионного анализа установлена связь возникновения умственной отсталости у детей Забайкалья со следующими общими факторами: низкий образовательный уровень матери, злоупотребление алкоголем родителями, хронические заболевания у родителей, патология течения беременности и родов, мужской пол респондентов, бурятская национальность и наличие в семье других детей с умственной отсталостью. Можно предположить, что биологические факторы (пол, возраст, психопатологически отягощенная наследственность) являются «почвой» для развития интеллектуальных нарушений, а другие – оставшиеся, действуя на эту «почву», запускают механизмы формирования расстройств.

---

*Свистунова Н.А., Налетов А.В., Шапченко Т.И.*

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

## **ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ РАЦИОНА ДЕТЕЙ-ВЕГЕТАРИАНЦЕВ**

Использование ограничительных типов питания детьми без наблюдения лечащего врача и саплементации макро- и микронутриентами может привести к дефициту эссенциальных пищевых веществ. Следование разновидностям вегетарианской диеты означает в разной степени исключение продуктов животного происхождения, что может приводить к недостаточному поступлению полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), в частности докозагексаеновой кислоты (ДГК) и эйкозапентаеновой кислоты (ЭПК).

Согласно литературным данным, ПНЖК являются основными структурными и функциональными компонентами клеточных мембран, имеют важное значение для оптимального развития и функционирования нервной системы и органа зрения, способствуют снижению вязкости крови, торможению процесса тромбообразования, а также потенцируют деструкцию холестериновых бляшек кровеносных сосудов и препятствуют развитию аритмии. ДГК является основной ПНЖК в клеточных мембранах сетчатки глаза (фоторецепторах), а также в нервных клетках. В клетках серого вещества коры головного мозга здорового человека содержится 13% ДГК и 9% арахидоновой кислоты. Наиболее быстрые темпы накопления ДГК в мозге ребенка отмечаются в период внутриутробного развития и в первый год жизни (Намазова-Баранова Л. С. и др., 2016).

Основными источниками ДГК и ЭПК являются рыба и морепродукты. Редкое потребление или полное исключение из рациона ребенка морской рыбы жирных сортов, мяса и молочных продуктов приводит к недостаточному поступлению в организм ПНЖК. По данным Федеральной службы государственной статистики, значительная часть детей потребляет данные продукты в недостаточном количестве (Горбачев Д.О. и др., 2018). В особенности подвержены дефициту ПНЖК дети, соблюдающие ограничительные типы питания.

Организм человека не способен синтезировать незаменимые длинноцепочечные ПНЖК и должен получать их с пищей. Особенно важно потребление адекватного количества ДГК и ЭПК для детей первого года жизни, беременных и кормящих женщин, пожилых людей (Agnoli S. et al., 2017). У детей, находящихся на грудном вскармливании, источником ПНЖК является грудное молоко. Соблюдение вегетарианских типов питания обуславливает снижение концентрации ДГК и ЭПК в сыворотке крови у кормящих матерей, поскольку содержание ПНЖК в грудном молоке зависит от уровня их потребления (Baroni L. et al., 2019).

Данные рандомизированных клинических и эпидемиологических исследований, показывают, что употребление пищевых добавок, содержащих ДГК, детьми, соблюдающими ограничительные диеты,

играет важную роль в развитии нервной системы ребенка. В одном из проведенных исследований дети в возрасте 8-10 лет получали плацебо, среднюю (400 мкг/сут) или повышенную (1200 мг/сут) дозу ДГК в течение 8 недель. Во время проведения тестов на внимание у детей, получавших ДГК, были отмечены значительные изменения (по сравнению с исходными данными) в активации дорсолатеральной префронтальной коры головного мозга, чего не наблюдалось в группе плацебо. Чем выше была доза ДГК, тем сильнее уменьшалась активация мозжечка, что соответствовало снижению гиперактивности (Weder S. et al., 2019).

Таким образом, ПНЖК играют важную роль в развитии мозга плода и ребенка. Важно обеспечить достаточное поступление ПНЖК в организм беременной и кормящей женщины. Детям, соблюдающим вегетарианские типы питания, необходимым является наблюдение педиатра или диетолога, а также проведение саплементации для коррекции выявленного дисбаланса.

---

*Святненко А.В., Демко А.Е., Батиц Е.В., Родин А.Е., Мартынова Г.В.,  
Осинов А.В., Дымников Д.А., Сизоненко Н.А., Суров Д.А.*

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург  
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

**Актуальность.** В настоящее время не вызывает сомнений, что на этапе экстренной билиарной декомпрессии у больных тяжелой механической желтухой и острым холангитом предпочтение следует отдавать менее травматичным оперативным вмешательствам, направленным на декомпрессию желчного дерева. Корректный выбор тактического подхода к дренированию желчных протоков у больных острым холангитом является актуальной проблемой неотложной хирургии.

**Цель.** Провести сравнительный анализ различных вариантов дренирования желчных протоков у пациентов с острым холангитом злокачественной этиологии.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ результатов применения различных способов дренирования желчных путей у 375 пациентов с острым холангитом опухолевой этиологии, поступивших в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе по неотложным показаниям в период с 2012 по 2022 год. Всем больным острым холангитом, включенным в группу ретроспективного анализа, с целью декомпрессии билиарного тракта были выполнены следующие оперативные вмешательства: эндоскопические (n=133), эндохирургические (n=62), традиционные (n=17) чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (n=163).

**Результаты.** Из 163 пациентов, которым выполнялось чрескожное чреспеченочное холангиодренирование благополучно выписалось из стационара 85% (n=138). Большинство больных, которым выполнялись эндоскопические оперативные вмешательства, были благополучно выписаны из стационара в 96% случаев (n=126). Среди пациентов группы эндохирургических оперативных вмешательств с благоприятным исходом выписаны 94% (n=58). В группе больных, которым выполнялись традиционные оперативные вмешательства, благоприятные исходы составили 76% (n=13). Частота осложнений составила: эндоскопические оперативные вмешательства – 19% (n=25); эндохирургические оперативные вмешательства – 27% (n=17); традиционные оперативные вмешательства – 29% (n=5); чрескожное чреспеченочное холангиодренирование – 10% (n=17).

**Выводы.** Наилучшие результаты показали чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, эндоскопические и эндохирургические методы хирургического лечения острого холангита, у которых процент благоприятных исходов заболевания составил 84%, 96% и 94%, соответственно. В группе чрескожного чреспеченочного холангиодренирования 71% пациентов прибывали с онкологическим процессом IV стадии и в большинстве случаев, из-за невозможности выполнения ряда других вме-



шательств ввиду тяжелого состояния, являлось единственным возможным способом паллиативного лечения данных больных. Высокая травматичность традиционных методов хирургического лечения острого холангита, необходимость общей анестезии, значительные риски развития послеоперационных осложнений и относительно неудовлетворительные результаты (процент благоприятных исходов составил 76%) не позволяют рассматривать традиционные методы в качестве выбора для лечения острого холангита злокачественной этиологии.

*Седаков И.Е., Гринцов А.Г., Совпель И.В., Совпель О.В., Шановалова Ю.А.*

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КОРОТКИМ ПИЩЕВОДОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

Внедрение малоинвазивных методик позволило многократно увеличить количество выполняемых оперативных вмешательств и достаточно хорошо стандартизировать этапы их выполнения. Тем не менее, частота рецидивов после лапароскопической пластики пищевода отверстия диафрагмы встречается часто и достигает по данным различных авторов 40-60%. ряд авторов одной из основных причин неудовлетворительного результата после выполненного вмешательства считают наличие нередуцированного интраоперационно короткого пищевода

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом.

Материалы и методы. В настоящей работе проведен анализ результатов проспективного исследования хирургического лечения 113 пациентов, оперированных по поводу ГПОД на хирургических базах Донецкого Национального Медицинского Университета имени М. Горького за период 2013-2021 гг. пациенты разделены на 2 группы исследования в зависимости от наличия и степени укорочения пищевода. Исследуемую группу составили 54 пациента, которым при выявлении протяженности интраабдоминального сегмента пищевода менее 4 см выполнялась процедура удлинения пищевода по Коллису. Группу сравнения составили 59 пациентов, которым процедура удлинения пищевода, согласно общепринятых подходов, выполнялась только при протяженности интраабдоминального сегмента пищевода менее 2 см, при чем процедура удлинения пищевода начиналась с передне-латеральной ваготомии, а в случае ее неэффективности выполнялась гастропластика по Коллису.

Результаты исследования. Протяженность интраабдоминального сегмента пищевода менее 4 см, потребовавшая выполнения гастропластики по Коллису, в группе исследования диагностирована у 17 (31,5%) пациентов. В группе контроля протяженность интраабдоминального сегмента пищевода менее 2 см отмечена у 6 (10,2%) пациентов, которая во всех случаях была скорректирована выполнением переднелатеральной ваготомией. Длительность оперативного вмешательства в исследуемой группе составила 189 (80-290) мин, в группе сравнения – 136 (90-320) мин,  $p=0,001$ . Послеоперационные осложнения в исследуемой группе отмечены у 8 (14,8%) пациентов, а в группе сравнения у 4 (6,8%) пациентов,  $p=0,281$ . В исследовании зафиксирован 1 (1,7%) летальный исход в группе сравнения. Период наблюдения за пациентами составил 38(12-66) месяцев. В отдаленном периоде в исследуемой группе рецидив диагностирован у 2 (3,7%) пациентов, в контрольной группе – у 11(20%) пациентов,  $p=0,026$ . Удовлетворены результатом оперативного вмешательства в исследуемой группе был 51 (94,4%) пациент, в группе контроля – 46(79,3%) пациентов,  $p=0,038$ .

Выводы. При диагностировании интраоперационно укорочения пищевода показано выполнение процедуры удлинения пищевода по Коллису. Расширение показаний к гастропластике по Коллису позволяет снизить частоту рецидива и неудовлетворительного результата в отдаленном периоде, не оказывая влияния на частоту интра- и послеоперационных осложнений.

*Седаков И.Е., Золотухин С.Э., Полунин Г.Е., Хачатрян А.А., Коктышев И.В.*

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

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Хирургия остается кардинальным методом лечения рака прямой кишки (РПК) [Annicchiarico A, Martellucci J., et al., 2021]. Широко признано, что до 90% таких пациентов впоследствии будут иметь изменения в характере дефекации, начиная от учащения дефекации до недержания кала или дисфункции эвакуации [Bryant C.L. et al., 2012; Trenti L, Galvez A., et al., 2018; Sun R, Dai Z., et al., 2021].

Цель работы. Оценить функциональные результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста (ППСВ), оперированных по поводу РПК.

Материалы и методы. Нами проанкетированы 265 пациентов, ППСВ, которым в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В.Бондаря выполнена брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки (ПК). Возраст больных колебался от 60 до 86 лет. Пациентам проведено рандомизированное анкетирование, сформировано 2 группы: основная группа (ОГ) – 78 пациентов, перенесшие БАР в расширенном объеме (РБАР), и группа сравнения (ГС) – 187 ППСВ, перенесшие БАР в традиционном объеме. В нашей работе мы адаптировали применение опросника синдрома низкой передней резекции (СНПР) ПК [Шельгин Ю.А. и соавт, 2016] для пациентов, перенесших БАР и РБАР. Кроме того, в нашей работе, мы отсутствие СНПР трактовали как хороший функциональный результат (ХФР), слабовыраженный СНПР как удовлетворительный функциональный результат (УФР), выраженный СНПР как неудовлетворительный функциональный результат (НФР). Для сравнения структур ОГ и ГС в долях, был использован многофункциональный критерий Фишера (угловое преобразование).

Результаты. Общее количество ХФР в ОГ через 3 месяца после РБАР было существенно ниже, чем в ГС:  $9,0 \pm 3,2\%$  и  $20,3 \pm 2,9\%$  ( $p < 0,05$ ), что объясняется более расширенным и поэтому более травматичным объемом выполненного оперативного вмешательства у ППСВ. Количество УФР в ОГ и ГС было практически одинаковым:  $35,9 \pm 5,4\%$  и  $34,2 \pm 3,5\%$  ( $p > 0,05$ ). Количество неудовлетворительных результатов в ОГ после РБАР через 3 месяца было более чем на 10% выше, чем у больных ГС ( $55,1 \pm 6,5\%$  и  $45,5 \pm 3,6\%$  соответственно), что мы объяснили недостаточной компенсаторной адаптацией за этот период низведенных вышележащих проксимальных отделов ТК на месте удаленной прямой. Однако, статистически эти показатели между собой не отличались ( $p > 0,05$ ). Для коррекции недержания кишечного содержимого и восстановления утраченной резервуарной функции всем больным была предложена лечебная физкультура, включающая в себя активное втягивание и сжатие заднего прохода, упражнения для мышц брюшного пресса, приводящих мышц бедра и ягодичной области. Повторный опрос больных проведен через 6 месяцев от момента операции. При этом отмечено значительное повышение удельного веса хороших и удовлетворительных результатов в обеих группах, количество НФР уменьшилось в 2,8 раза и незначительно снизилось к 12 месяцам. Количество ХФР в ОГ, в динамике за 12 месяцев, увеличилось с  $9,0 \pm 3,2\%$  до  $38,5 \pm 5,5\%$ . Количество УФР к 12 месяцам несколько снизилось, за счет увеличения ХФР.

Закключение. Таким образом, функциональные результаты у ППСВ после РБАР через 6 и 12 месяцев статистически не отличались от таковых в сравнении с традиционной БАР. Окончательно оценивать функциональные результаты у ППСВ после РБАР можно не ранее, чем через 6-12 месяцев после операции. Для коррекции утраченных функций всем больным необходима лечебная физкультура.

**Седаков И.Е., Кулишова О.В., Середенко Е.В., Розалев А.В.**

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

## **ЛУЧЕВАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ**

**Введение.** Маммография (МГ) является методом корректного скрининга рака молочной железы (РМЖ) и ведущим методом диагностики ранних форм. Однако, при С и D типе строения молочных желез МГ может быть недостаточно эффективным из-за суперпозиционного наложения теней фиброграндулярной ткани. Основываясь на данных современной литературы, в подобных случаях, рекомендуется проведение МР-маммографии. Но существуют проблема дефицита высокотехнологичной диагностической аппаратуры в большинстве медицинских учреждениях, а также врачей лучевой диагностики умеющих интерпретировать полученные результаты. В связи с этим, целью нашей работы являлась оценка ключевой рентгенологической семиотики ранних форм РМЖ, путем применения МГ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ маммограмм 60 пациенток с верифицированными ранними формами РМЖ: протоковой карцинома in situ (DCIS), инвазивным раком молочной железы размером до 1 см по данным морфологического исследования операционного материала. Для уточнения распространенности процесса всем пациентам было выполнено МСКТ с внутривенным болюсным введением контрастного вещества.

**Результаты.** На основании проведенного анализа МГ были выделены следующие рентгенсиотические признаки раннего РМЖ: наличие узлового образования без микрокальцинатов – у 17 больных (23%); наличие узлового образования и микрокальцинатов – у 19 пациенток (31,7%); микрокальцинаты – у 15 (25%) пациенток; нарушение архитектоники – у 5 (8,3%), очаговая асимметрия – у 4 (6,67%). Микрокальцинаты выявлены у 34 пациенток (56%), множественные кальцинаты – 19 (55,9%), сгруппированные микрокальцинаты – в 8 (42,1%), единичные микрокальцинаты – 15 (44,1%).

В исследовании встречались все 4 типа строения молочных желез. Тип А – 16 (26,7%), тип В – 19 (31,7%), тип С – 14 (23,3%), тип D – у 11 (18,3%).

У пациенток с плотной молочной железой (С и D тип) на МГ были выявлены следующие рентгенпризнаки: узловое образование – 4 (16%), узловое образование и микрокальцинаты – 8 (32%), единичные микрокальцинаты – 7 (28%), нарушения архитектоники – 3 (12%), очаговая асимметрия – 3 (12%).

При анализе данных МСКТ выявлены следующие изменения: узловое образование – 41 (68,3%), в том числе у 24 (58,5%) с наличием микрокальцината, у 17 (41,5%) без микрокальцинатов.

При сравнительном анализе данных МГ и МСКТ у 5 пациенток по данным МСКТ визуализировалось узловое образование, которое при МГ не определялось. У 4 пациенток, по данным МГ определялись единичные микрокальцинаты, при «нативном» КТ исследовании были обнаружены сгруппированные микрокальцинаты, которые были доступны анализу путем зуммирования КТ изображения. У 2 пациенток, по данным МГ определялись множественные микрокальцинаты, при анализе данных КТ изображений были выявлены микрокальцинаты сосудистого типа.

**Выводы.** МГ является эффективным методом диагностики РМЖ на ранних стадиях процесса. Применение МСКТ с внутривенным болюсным введением контрастного вещества повышает эффективность выявления узловых образований, микрокальцинатов, их количественных и качественных характеристик у пациенток при С и D типе строения молочной железы.

**Седаков И.Е., Проценко Т.В., Логунов П.В.**

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

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Цель:** изучить особенности дерматологической патологии у больных с установленным диагнозом онкологического заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением были 47 больных с различной онкопатологией и с жалобами на поражение кожи, в возрасте от 38 до 76 лет, из них мужчин – 26, женщин – 21, находившихся на лечении в условиях Республиканского онкологического Центра имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР. Все больные были опрошены, осмотрены на наличие инфекционной и неинфекционной патологии кожи, проведена дерматоскопия, по показаниям – обследование на патологические грибки.

Результаты. При проведении обследования группы пациентов с онкологическими заболеваниями выявлены случаи следующих дерматологических нозологий: микробная экзема – у 11 (23%) больных, многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), токсико-аллергическая форма – у 28 (59%), аллергический ангиит – у 8 (17%), микотические поражения кожи и придатков – у 36 (77%) больных, в том числе микоз стоп – у 18 (50% от всех микотических поражений), микоз крупных складок – 6 (17% от всех микотических поражений), онихомикоз – у 12 (33% от всех микотических поражений); множественные себорейные кератомы – у 17 (36%) больных, другие вирус папилломы человека (ВПЧ) – ассоциированные пролиферации кожи (бородавки, папилломы) – у 9 (19%) больных.

Обращало внимание, что у всех осмотренных онкологических больных была та или иная инфекционная «немая» дерматологическая патология, выявленная лишь при направленном дерматологическом осмотре и обследовании (микотическая, ВПЧ-индуцированные пролиферации кожи). Среди других поражений кожи у онкологических больных преобладали дерматологические заболевания аллергического и токсико-аллергического генеза – у 15 (31,9%) и у 28 (59%) больных соответственно.

Аллергодерматозы до выявления онкопатологии были у 9 (19,1%) больных, в том числе 2 случая микробной экземы, 5 случаев МЭЭ и 2 случая ангиита. У 24 (51,1%) пациентов аллергодерматозы развились после начала специального лечения, в том числе микробная экзема – у 2 больных, МЭЭ токсико-аллергическая форма – у 23, ангиит – у 1 больного. Множественные себорейные кератомы до начала лечения были диагностированы у 10 (21,3%) больных, после начала специального лечения у 7 (8,5%) человек. Течение микотической инфекции кожи и придатков усугубилось у 23 (63,9%) больных на фоне специального лечения. Так же отмечалось появление ВПЧ ассоциированных пролифераций кожи у 5 (10,6%) пациентов одновременно с развитием онкологического заболевания.

Выводы: Полученные данные могут быть использованы в этапном ведении онкологических больных и при построении лечебно-диагностических программ пациентам, получающим специализированное лечение.

*Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Окунь О.С., Канаева Е.А., Марьенко К.Ю*

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

## **ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АКУБАРОТРАВМЫ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА**

Цель исследования: улучшение эффективности лечения минно – взрывной травмы с повреждением уха с использованием гирудотерапии в комплексную терапию.

Материалы и методы: На базе оториноларингологического отделения «Донецкого клинического территориального медицинского объединения» совместно с кафедрой оториноларингологии ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького за период с сентября 2022 года по ноябрь 2022 г, нами было пролечено 22 пациента с диагнозом: минно – взрывная травма: акубаротравма с разной степенью повреждения звукового аппарата. Средний возраст пациентов составил – 34,6 года. Больные были разделены на две клинические группы, которые были сопоставимы по полу, получаемому лечению.

В первую группу входили пациенты которые получали только медикаментозную терапию ( n = 10), во вторую группу ( n = 12) вошли пациенты которые получали этиотропную медикаментозную терапию совместно с гирудотерапией проводимой по аспирационной методике ( с кровопроизвлечением).

Результаты: Улучшение согласно данным аудиологического контроля отмечены в обеих группах, однако во второй группе показатели выше и составили в среднем на 12,5 дБ, а в первой группе – на

6, 1 дБ. Регрессия вестибулопатических симптомов по срокам и проявлениям заметно снижалась во второй группе больных которые получали этиотропную терапию с применением гирудотерапии.

Заключение: Опираясь на аудиологический контроль, оценку вестибулопатических симптомов, мы наблюдаем значительное улучшение восстановления звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата после минно-взрывной травмы.

---

*Селезнев К.Г., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Уткина А.В., Канаева Е.А., Лыгин А.Б., Еромянц И.С.*

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

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ИНВАЗИВНАЯ ФОРМА ГРИБКОВОГО СИНУСИТА, У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

За последние 2-3 десятилетия существенно изменилась микрофлора околоносовых пазух (ОНП). Если раньше превалировала стафилококковая флора и составляла 60-70% всей высеваемой флоры из ОНП, то за последнее десятилетие превалирует стрептококковая, а именно пневмококковая флора (55-60%). Значительно увеличился удельный вес грибково-бактериальной флоры (26-30%)

Цель: Исследование направлено на определении факторов риска развития инвазивного грибкового синусита (ИГС) у пациентов перенесших COVID-19 и разработка рекомендаций по тактике лечения ИГС у пациентов с коморбидной патологией.

Материалы и методы: Мы описываем серию случаев из 16 пациентов с хронической инвазивной формой грибкового синусита, сахарным диабетом связанной с инфекцией COVID-19. Исследования проведены с января 2021 г. по октябрь 2021г.

Результаты и обсуждения: Мы наблюдали 16 пациентов с постковидным синдромом, хронической инвазивной формой грибкового синусита и сахарным диабетом. У 14 пациентов в анамнезе сахарный диабет II типа. У 2 больных впервые выявленный сахарный диабет II типа. Глюкоза крови колебалась от 18 до 26 ммоль/л. Все пациенты в до и послеоперационном периоде временно переведены на инсулины короткого и длительного действия.

Типичная картина инвазивной формы грибкового синусита включала в себя характерную эндоскопическую картину полости носа (корки черного цвета покрыты нитями мицелия, в области носовых раковин, слизистая оболочка носа некротизирована). Изменения, выявленные при компьютерной томографии ОНП (отек слизистой оболочки верхнечелюстных и лобных пазух, в клетках решетчатого лабиринта, клиновидной пазухи определяется экссудативный компонент, слизистая оболочка не определяется (некроз, атрофия), в задних отделах орбиты и преимущественно в верхнемедиальном ее углу определяется отек или уплотнение ретроорбитальной клетчатки, экзофтальм.). Офтальмологическая симптоматика проявлялась в виде синдрома «верхнее глазничной щели» в комбинации с окклюзией центральной артерии сетчатки, отеком век, хемозом, полной офтальмоплегией, птозом, анестезией в зоне иннервации I ветви тройничного нерва.

Всеим пациентам в зависимости от распространенности процесса было проведено хирургическое вмешательство – некрэктомия (гайморотомия, фронтотомия, этмоидотомия, резекция носовой перегородки, твердого неба). Произведена трансэтмоидальная орбитотомия с целью декомпрессии и удаление некротизированной ретроорбитальной клетчатки. Коррекция сахара крови. Назначение Амфотерицина В.

Вывод: Врач должен знать, что пациенты с COVID-19 подвержены повышенному риску вторичной грибковой инфекции из-за сложного взаимодействия множества факторов риска, включая уже существующие заболевания, сахарный диабет и системные иммунные изменения, вызванные COVID-19. Использование антибиотиков широкого спектра действия, стероидов, моноклональных антител при лечении COVID-19, может привести к развитию или обострению ранее существующих грибковых заболеваний.

*Селиванова Е.С.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖИТЕЛЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Введение. Вариабельность антропометрических параметров определяет особенности соматотипирования и распределения компонентов соматотипов в рассмотрении гендерного и возрастного аспекта у населения Донецкого региона. В зависимости от конституциональных характеристик определяется фенотипическая принадлежность исследуемой выборки к соматотипу, который определяет в целом физическое развитие и позволяет сделать выводы о развитии и сопоставлении тканей в организме человека.

Цель: определить антропо-соматометрические характеристики лиц мужского и женского пола юношеского возраста, проживающих в Донецком регионе; установить доминирующие соматотипы и их компоненты.

Материалы и методы: в качестве материалов использовали антропометрические данные (обхватные размеры туловища, нижних и верхних конечностей; диаметры дистальных эпифизов конечностей; толщину кожно-жировой складки на туловище и на конечностях) юношей и девушек возрастом от 16 до 22 лет. Расчет соматотипов проводили по универсальной методике Хит-Катера с использованием формулы и соматокарты.

Результаты: в исследуемой выборке девушек возрастом от 16 лет до 21 года получены следующие варианты соматотипов, характеризующие индивидуальные особенности жительниц Донецкого региона.

Преобладающим соматотипом является эндо-экторморфный (COD) 20/44,4%; экто-мезоморфный (АОВ) представлен значением 7/15,56%, эндо-мезоморфный (FOA) – 10/22,2%. В меньшей степени встречаются следующие виды соматотипов – мезо-экторморфный (BOC) – 2/4,4%, экто-эндоморфный (DOE) – 3/6,67% и мезо-эндоморфный (EOF) – 2/4,4%. «Чистых» соматотипов выявлено не было, т.е. ни один из компонентов не представлен абсолютным значением.

В выборке юношей возрастом от 17 до 22 лет определена следующая особенность распределения соматотипов. Определено, что наибольшее количество исследуемых являются обладателями эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) – 16/34,7%; мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 15/30,61%, экто-мезоморфный тип (АОВ) – 12/24,49%. Наименьшее количество исследуемых имеют эндо-экторморфный соматотип (COD) – 4/8,16% и мезо-эндоморфный (EOF) – 1/2,04%.

Выводы: Неравномерное распределение соматотипов в выборке лиц юношеского возраста является проявлением неоднородной фенотипической изменчивости в этно-территориальном ракурсе, зависит от гендерной принадлежности и от возраста. Особенности соматотипов в юношеском возрасте являются демонстрацией проявления формирования конституциональных особенностей на протяжении нескольких лет, разделяющих период окончания юношеского и начала зрелого возраста.

---

*Семенов М.С., Лепсверидзе Л.Т.*

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

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И ШВАННОМ 8 НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВОЛОКОН ЧМН И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ**

Расположение объемных образований в понто-медулярной цистерне в непосредственной близости, а порой включающие важные анатомические образования в патологический процесс, существен-

но влияет как на ранние, так и на отдаленные результаты хирургических вмешательств. Использование микрохирургической техники, с применением интраоперационного мониторинга и видеоэндоскопа, позволяет нейрохирургам идентифицировать и сохранять волокна черепных нервов.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью работы явилось обобщение полученного опыта хирургического лечения пациентов в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ за последние 5 лет.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За данный период оперировано 45 пациентов с опухолями данной локализации. Из них 31 (73%) – пациенты с вестибулярными шванномами (ВШ), 14 (27%) – с менингиомами задней поверхности пирамиды височной кости. Среди пациентов с ВШ средний размер опухоли составлял – 26\*29\*27 мм. ( $V=41\text{ mm}^3$ ). Средний объем менингиом – 51  $\text{mm}^3$ . Все пациенты оперированы с использованием ретросигмовидного доступа. Положение лежа или сидя выбиралось в зависимости от объема опухоли и соматического статуса пациента. Оценка функции лицевого нерва, осуществлена по шкале Хаус-Бракман (Х-Б). Пациенты с менингиомами: 11 (75%) – Х-Б1, 3 (25%) – Х-Б2. Пациенты с ВШ: 18 (55%) – Х-Б1, 10 (35%) – Х-Б2, 3 (10%) – Х-Б4. Всем больным с ВШ осуществлялась декомпрессия внутреннего слухового прохода, с последующей эндоскопической инспекцией и удалением остатков опухоли под контролем эндоскопа. Интраоперационно проводился постоянный мониторинг волокон 5, 7, каудальной группы нервов.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ.

В нашей серии летальных исходов не было. Отмечен один эпизод развития стойкого неврологического дефицита, связанного с воздушной эмболией у пациента в положении сидя. Функция 7 нерва у пациентов с менингиомами: 14 (100%) – Х-Б1. Преходящее нарушение функции 5 нерва имелось у 3 (25%).

У пациентов с ВШ временная дисфункция 5 нерва наблюдалась у 14 (36%). Функция лицевого нерва: Х-Б2 – 14 (46%), Х-Б3 – 8 (27%), Х-Б4 – 9 (27%). Нарушений функции каудальной группы нервов не отмечено. Декомпрессия ВСП на протяжении 10 мм и эндоскопическая инспекция осуществлена у всех пациентов. Радикальность удаления менингиом во всех случаях Simpson 2, ВШ – тотально опухоль удалена у 14 (46%), субтотально 14 (46%), частично – 3 (8%).

#### ОБСУЖДЕНИЕ.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу о высокой эффективности использования нейромониторинга и эндоскопической ассистенции у пациентов с образованиями ЗЧЯ. Однако успех проводимого вмешательства зачастую зависят от навыков хирурга и оснащения операционной.

*Семяк Е.Г., Татаурова В.П.*

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

## **ОЦЕНКА ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ В КОНТРАСТНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА**

Цель работы. Оценка исходного состояния функциональных резервов сердечно-сосудистой системы у детей с рецидивирующим бронхитом в контрастные сезоны года.

Материалы и методы. Обследовано 160 детей с рецидивирующим бронхитом в возрасте от 10 до 15 лет: 20 детей зимой, 60 детей весной, 43 детей летом, 37 детей осенью. Для определения исходного вегетативного тонуса ребенка проводили кардиоинтервалографию (КИГ) (по Р.М. Баевскому) с оценкой спектральных характеристик, позволяющей оценить состояние адаптационно-компенсаторных возможностей организма ребенка. Определяли показатели периферической гемодинамики: частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (СД) и диастолическое артериальное давление (ДД); величину «двойного произведения» (ДП) – критерия оценки состояния уровня функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

Результаты. По данным кардиоинтервалографии, с учетом индекса напряжения (ИН) отмечалось преобладание симпатикотонического и гиперсимпатикотонического типа вегетативной нервной системы, чаще весной и зимой у 48,9% и 41,2% детей, реже летом и осенью у 30,3% и 25,8% больных. По данным спектрального анализа сердечного ритма активность симпатического звена регуляции по величине LF (низкочастотного компонента) зимой достоверно более высокая, чем летом  $30,0 \pm 3,16$  и  $22,0 \pm 0,97$ , ( $p < 0,05$ ). В зимнем сезоне года значения показателей VLF и ULF, отражающие мощность сверхнизкочастотных влияний нейрогуморальной регуляции, были выше, чем летом. Активность парасимпатического звена регуляции по величине HF (высокочастотного компонента) достоверно выше летом, по сравнению с зимним сезоном  $44,3 \pm 0,97\%$  и  $41,3 \pm 1,76\%$  ( $p < 0,05$ ). У детей с рецидивирующим бронхитом значения САД летом были достоверно ниже, чем в зимнем сезоне года  $106,3 \pm 1,62$  и  $113,4 \pm 1,73$ , ( $p < 0,05$ ), в котором функциональные резервы, по показателям «Двойного произведения» были наименьшими  $78,0 \pm 2,37\%$  и  $84,6 \pm 2,18\%$ , ( $p < 0,05$ ).

Выводы. По данным вегетативной регуляции у детей с рецидивирующим бронхитом наиболее сниженные функциональные резервы сердечно-сосудистой системы наблюдаются в зимнем сезоне года.

*Семиглазов А.В., Зиновьев Е.В., Костяков Д.В., Крылов П.К.*

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

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ РЕДКОСШИТЫХ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ С КОМПЛЕКСОМ ПРИРОДНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ FLIP-7 В ОТНОШЕНИИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ШТАММОВ**

Введение: На сегодняшний день известен и внедрен в клиническую практику комбустиолога широкий спектр лечебных алгоритмов, общей целью которых является снижение частоты инфекционных осложнений в процессе курации пациентов с ожогами. В арсенале врача – значительное количество лекарственных средств, применяемых как системно, так и местно; варианты физиотерапевтического воздействия (сеансы ультрафиолетового облучения, ультразвуковая кавитация и другие). Основной проблемой остается недостаточная эффективность данных методик в отношении нозокомиальных штаммов возбудителей.

Ожоговая рана считается первично контаминированной с высоким риском развития инвазивных форм инфекционного процесса, вплоть до генерализованных вариантов. Микрофлора таких ран представляет собой ассоциации как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов. Наиболее часто выявляются *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*. Данный факт подтверждается анализом результатов микробиологических исследований раневого отделяемого, полученного в ходе проспективного исследования у пострадавших с ожогами кожи, госпитализированных в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за период с 2017 по 2022 года.

При этом наибольшую опасность представляют госпитальные штаммы микроорганизмов, обладающие высокой степенью резистентности ко многим современным антибактериальным препаратам. Эта проблема связана с эволюционным механизмом адаптации микроорганизмов к агрессивным факторам окружающей среды в виде формирования разнообразных систем защиты, в том числе, образования полимикробных ассоциатов и биологических защитных пленок. Учитывая данную ситуацию, на сегодняшний день традиционные методы воздействия на данные микроорганизмы становятся ограниченно эффективными.

В процессе поиска новых способов подавления резистентности актуальных госпитальных штаммов возбудителей раневой инфекции у пациентов с ожогами кожив, был обнаружен перспективный путь решения данной проблемы путем применения геля редкосшитых акриловых полимеров с комплексом природных антимикробных пептидов FLIP-7. По результатам микробиологического исследования



раневого отделяемого, полученного в ходе лечения данным методом, был подтвержден выраженный антибактериальный эффект комплекса FLIP 7. В группе пациентов, схема лечения которых предполагала использование изучаемого препарата, удавалось добиться снижения микробного числа с исходных 106-107 КОЕ до 103-104 КОЕ уже к 7 дню применения комплекса FLIP 7.

Таким образом, использование гидрогеля редкосшитых акриловых полимеров с природными антимикробными пептидами, подтвердило свою эффективность в подавлении бактериальной микрофлоры и в создании оптимальных условий для стимуляции репаративных способностей организма, что в итоге сократило сроки лечения данной категории пациентов в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

---

*Семикоз Н.Г., Рогалев А.В., Бондарь А.В.*

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

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Злокачественные новообразования репродуктивной системы составляют 39,9% в структуре онкологической заболеваемости женщин, при этом рак шейки матки (РШМ) составляет более 5%. Согласно статистическим данным о злокачественных новообразованиях в Российской Федерации за последние 10 лет наблюдается существенный рост впервые устанавливаемых диагнозов РШМ: с 14 719 случаев в 2010 году до 15 500 случаев в 2020 году. Заболеваемость РШМ в Донецкой Народной Республике по данным регистра за последние два года имела тенденцию к снижению и показатель на 100 тыс. населения на 9,65% ниже данного показателя в РФ, но на 9,87% выше аналогичных данных в Украине. Данная патология затрагивает большое количество женщин в репродуктивном возрасте, а соответственно, имеет не только медицинский, но и социальный контекст. Наиболее частой формой инвазивного РШМ является плоскоклеточный рак и составляет 70-80% клинических случаев, в 10-20% встречается аденокарцинома, около 10% составляет низкодифференцированный рак, другие гистологические формы встречаются менее чем в 1% случаев.

Ранняя диагностика РШМ позволяет проводить более эффективное лечение и способствует повышению выживаемости больных. В ДНР процент ранней выявляемости РШМ выше среднестатистических показателей РФ и Украины, при этом существенное значение имеет проведение медицинских профосмотров, в результате проведения которых выявляется 48,1-62,2% больных РШМ. Следствием недостаточной эффективности ранней диагностики РШМ является инвалидность женщин и высокие показатели смертности. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований находится на втором месте после органов кровообращения, в структуре инвалидности женщин в онкогинекологии РШМ составляет 83%. Оценка стойкой утраты трудоспособности зависит от следующих факторов:

1. стадии заболевания и степени распространенности опухолевого процесса;
2. состояния больной на момент освидетельствования, степень нарушения жизнедеятельности;
3. эффективности проведенного лечения;
4. особенностей социального статуса и условий.

Внедрение эффективных методов ранней диагностики, государственных программ первичной и вторичной профилактики и новых способов лечения позволит снизить заболеваемость и повысить качество оказываемой медицинской помощи больным РШМ.

---

*Сенчакова Ю.А., Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А.*

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

## **НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Актуальность. Вазомоторные нарушения в следствие климактерического синдрома чаще возникают в позднем периоде менопаузального перехода и особенно выражены в первые годы постменопаузы.

зы. Женщины с вазомоторными и психоэмоциональными симптомами в период менопаузы нередко лечатся у терапевта по поводу гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, неврозов и депрессивных состояний. Ряд противопоказаний к менопаузальной гормональной терапии является причиной поиска альтернативных негормональных методов лечения данной патологии.

Цель работы – оценка эффективности коррекции климактерического синдрома путем применения растительных препаратов.

Материалы и методы. Было обследовано 105 пациенток с климактерическим синдромом средней степени тяжести, разделенные на три группы. Пациентки I группы (35 женщин) для лечения климактерического синдрома получали экстракт красного клевера в дозе 40 мг 1 раз в сутки, II группы (35 женщин) – экстракт цимицифуги рацемозы в дозе 20 мг 2 раза в сутки III группы (35 женщин) – таблетки плацебо. Клинико-лабораторное обследование всем пациенткам было проведено исходно и на фоне приема препаратов в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. Через три месяца лечения у пациенток I, II и III группы отмечено снижение частоты и интенсивности приливов на 60%, 57,1% и 42,8%, соответственно,  $p = 0,03$  между I, II и III группами. Значимо уменьшались психоэмоциональные симптомы (утомляемость, слезливость, возбудимость, изменения настроения) у пациенток I и II группы в сравнении с группой III,  $p < 0,05$ . Уровень норадреналина до начала терапии в крови и моче у пациенток всех групп превышал возрастную норму ( $p < 0,05$ ). В конце третьего месяца лечения у пациенток I и II группы содержание норадреналина и пролактина снизилось ( $p < 0,05$ ), в III группе – не имели значимого характера,  $p > 0,05$ . К этому времени установлено увеличение уровня дофамина ( $p = 0,04$ ,  $p = 0,003$  соответственно в группе I и II. В группе II увеличение не имело значимого уровня,  $p = 0,16$ . Отмечено снижение уровня серотонина в сравнении с возрастной нормой ( $p = 0,03$ ) и достоверное повышение его значений через 3 месяца терапии в группе I и II,  $p = 0,05$  и  $p = 0,0007$ , соответственно. В группе больных, принимавших плацебо, достоверных изменений уровня серотонина не выявлено. Уровень эстрадиола на протяжении всего исследования у пациенток I и II групп не изменялся ( $p > 0,5$ ), в III группе содержание эстрадиола через 3 месяца лечения снижалось,  $p = 0,01$ , что свидетельствует о прогрессировании возрастных изменений.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что прием экстракта красного клевера и цимицифуги рацемозы приводят к нормализации гормонального гомеостаза и уменьшению клинических проявлений климактерического синдрома.

*Сергиенко А. С.*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОПОРНЫХ КОЛЕЦ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Актуальность исследования. Ишемическая митральная недостаточность (ИМН) развивается практически у половины пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью (СН). Изменение геометрии клапана на фоне ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и кольца митрального клапана (МК) при отсутствии анатомического повреждения структур МК в ряде случаев позволяет применить клапаносохраняющие хирургические методики для коррекции митральной регургитации (МР). Укрепление МК опорным кольцом в последние годы является методом выбора при реконструктивных кардиохирургических вмешательствах.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения ИМН при клапаносохраняющих операциях и протезировании МК механическим протезом.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и протоколов ЭхоКГ исследований, выполненных в ходе динамического наблюдения у пациентов с ИМН. В исследование включены 37 пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью и ИМН в возрасте от 41 до 67 лет (средний возраст  $59,46 \pm 5,62$ ), которым была выполнена оперативная коррекция МН. В соответствии с целью исследования больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили

17 больных, которым была выполнена пластика МК с использованием опорного кольца, а вторую – 20 пациентов, которым было проведено протезирование МК механическим протезом. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, весу, количеству перенесенных ИМ, степени СН и МР. Всем пациентам на аппарате SSA-660 (Toshiba, Япония) было выполнено ЭхоКГ в дооперационном периоде, через 1 и 6 месяцев после оперативного вмешательства. Оценивали степень МН, а также функциональный класс (ФК) СН.

Результаты исследования. Госпитальная летальность была нулевой в обеих группах исследования. При анализе данных ЭхоКГ в первой группе через 1 месяц после оперативной коррекции МН зафиксировано отсутствие МН в 94,1% случаев (n=16) первой группы и в 95% (n=19) пациентов второй группы. При этом МН I степени зарегистрирована в 5,8% (n=1) и в 5% (n=1) случаев в первой и второй группе исследования соответственно. Контрольное ЭхоКГ-исследование через 6 месяцев показало наличие МН I степени у 3 пациентов (17,6%) первой и у 2 (10%) – второй группы. Значимых различий в группах исследования не выявлено. У 1 пациента первой группы (5,88%) зафиксирована МН II степени.

Анализ ФК СН выявил значимое изменение в группах исследования в сравнении с дооперационными данными, при этом в первой группе через 1 месяц после операции данный показатель составил  $3,3 \pm 0,4$  против  $2,1 \pm 0,4$  в дооперационном периоде. Для второй группы –  $3,2 \pm 0,5$  мл против  $2,0 \pm 0,3$  соответственно. Между группами исследования значимых различий через 1 месяц после операции не выявлено ( $p = 0,84$ ). Через 6 месяцев показатель в первой группе составил  $2,2 \pm 0,3$ , а во второй –  $2,1 \pm 0,1$  мл, что свидетельствует о незначимом различии как в сравнении с данными через месяц после операции ( $p=0,84$ ), так и между группами исследования ( $p=0,75$ ).

Выводы. Установлено, что методика хирургическая коррекция МН с использованием опорных колец эффективно устраняет МР ишемического генеза и позволяет получить сопоставимые с протезированием МК механическим протезом клинические и эхокардиографические результаты при условии сохранения нативного клапана, что делает возможным отмену антикоагулянтов и переход на антиагреганты уже через три месяца с минимальным риском как тромбоэмболических, так и геморрагических осложнений.

---

*Сергиенко Н.В., Паниева Н.Ю.*

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

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Сочетанная патология сердечно-сосудистой и респираторной систем занимают ведущую позицию как по распространенности в клинической практике, так и среди причин смертности во всем мире. Существенное взаимоотношение при данном виде коморбидности определяет сложность дифференциальной диагностики, проблемы выбора лечебной тактики, а также неблагоприятный прогноз.

В настоящее время дискуссионными остаются вопросы изменений гемодинамики при сочетании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), что диктуют необходимость дальнейшего изучения выраженности процессов ремоделирования сердца у данной категории пациентов с целью ранней диагностики и своевременной коррекции лечения.

Цель – оценить морфофункциональные изменения миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен анализ 46 историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильным течением и артериальной гипертензией I-II ст. (АГ) в сочетании с ХОБЛ I-II стадии в соответствии с критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, составивших первую группу, и 40 историй болезни пациентов с данной кардиальной патологией без поражения легких (вторая группа). Возраст пациентов составил от 55 до 72 лет (средний возраст  $64,2 \pm 1,2$ ),

при этом мужчин было 62,8%, женщин – 37,2% от общего количества пациентов. Эхокардиографию (ЭхоКГ) всем пациентам проводили на аппарате «Vivid -3» (General Electrics).

Результаты. При сравнительном анализе толщины передней стенки правого желудочка в I группе показатель составил  $5,86 \pm 0,28$  мм, а во второй группе  $4,62 \pm 0,16$  мм ( $p < 0,001$ ). В I группе также выявлено достоверное увеличение диаметра левого предсердия ( $4,78 \pm 0,25$  см), в сравнении со II группой ( $4,21 \pm 0,13$  см). Анализ данных ЭхоКГ показал, что в первой группе среднее давление в легочной артерии статистически значимо ( $p < 0,05$ ) превосходило показатели второй группы и составило  $28,4 \pm 1,8$  мм рт. ст., в то время как во II группе  $21,1 \pm 1,4$  мм рт. ст.

При исследовании диастолической функции левого желудочка в I группе преобладал псевдонормальный тип, а во II – нарушение диастолического наполнения по типу «замедленной релаксации». При этом диастолическая дисфункция правого желудочка в I группе в большинстве случаев носила характер псевдонормального типа, в то время как во второй группе был выявлен нормальный тип релаксации. Различия соотношения пикЕ/пик А между группами исследования носили достоверный характер для трансмитрального потока  $p < 0,05$ , а для транстрикуспидального потока ( $p < 0,001$ ).

При анализе таких параметров ЭхоКГ как конечный диастолический объем и размер, конечный систолический объем и размер, сократимость, фракция выброса, индекс массы миокарда левого желудочка была отмечена тенденция более выраженных структурно-функциональных изменений миокарда правого и левого желудочка в группе с коморбидной кардиореспираторной патологией, однако различия были статистически недостоверными.

Выводы. Кардиопульмональная коморбидность характеризуется более выраженным бивентрикулярным ремоделированием, а также развитием диастолической дисфункции обоих желудочков.

*Сигитова Е.В., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Масенко В.В.*

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

## **ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ИСХОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Актуальность. Мировая распространенность метаболического синдрома (МС) приобретает угрожающую тенденцию: в Соединенных Штатах распространенность МС оценивают в 27%; в Европе – 15,7% у мужчин и 14,2% у женщин; в Китае – 13,7%. По данным И.Е. Чазовой и соавт. 2004 г., увеличение ИМТ на 1 кг/м<sup>2</sup> повышает риск ишемического инсульта (ИИ) на 4%, в свою очередь метаанализ P. Strazzullo и соавт., 2010 г., продемонстрировал связь избыточного веса с риском развития ИИ.

Цель исследования. Проанализировать влияние метаболического синдрома на исходы ишемического инсульта.

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы баз данных ресурсов Pubmed, EMBASE, Cochrane library.

Результаты и обсуждение. Метаанализ Xiao L. и соавт., 2021 г. случаев ИИ (n=162450) показал, что в группе МС смертность от цереброваскулярных событий была выше, чем в группе без МС [OR = 1,360, 95% ДИ (1,152, 1,606), P = 0,000]. Исследование случаев ИИ SIREN 2022 г. (n=3998) выявило значительное преобладание средней тяжести инсульта у лиц с МС (SLS =  $5,8 \pm 4,3$ ) по сравнению с лицами без МС ( $6,2 \pm 4,5$ ) при  $p = 0,037$ . МС был связан с более высоким риском (OR = 1,31, ДИ-1,08-1,58) летальных исходов в течение месяца после развития ИИ. В исследовании Duan Z. и соавт., 2022 г. оценивали влияние метаболического синдрома на клинические исходы ИИ, в лечении которого использовали внутривенный тромболитический препарат. Первичной конечной точкой считали 3-месячный неблагоприятный функциональный исход (оценка по mRS  $\geq 3$ ). Показано, что МС является независимым фактором риска функциональной инвалидизации пациентов, которые получали терапию внутривенным тромболитическим препаратом [OR = 3.192, 95% доверительный интервал (ДИ) = 1.338-7.615]. Arenillas J. F. и соавт., 2008 г. (n=125: 75 мужчин, 50 женщин; средний возраст  $67.6 \pm 11$  лет) продемонстрировали наличие половых различий во влиянии МС на резистентность к системному тромболитическому препарату при остром ишемическом инсульте, в результате нарушения фибринолитической активности у пациентов

с инсулинорезистентностью. В работе Liu L. и соавт., 2015 г. (n=530), показано, что гипергликемия являлась независимым предиктором тяжелой инвалидизации пациента в раннем восстановительном периоде ИИ, в отличие от МС, с поправкой на возраст и пол. Установлена положительная связь между функциональным исходом ИИ и гипергликемией: OR = 2,08 (95% ДИ = 1,46-2,96) для функционального исхода при оценке по mRS  $\geq 3$  и 2,07 (95% ДИ: 1,45-2,97) с индексом Бартела <60 через 30 дней после начала инсульта и через 90 дней после начала инсульта при неблагоприятных исходах – OR = 2,00 (95% ДИ: 1,40-2,84) при оценке mRS  $\geq 3$  и 2,12 (95% ДИ: 1,47-3,04) при BI <60 соответственно. Исследование Zhonglun C. и соавт. 2020 г. (n=248: 62.5% мужчин, 37.5% женщин; средний возраст – 66.7 лет), продемонстрировало корреляционную связь между МС и mRS от 3-6 (OR = 2,48; 95% ДИ = 1,29-4,78, P = 0,014) у пациентов с ИИ после проведенной эндоваскулярной тромбэктомии. Риск неблагоприятного исхода был положительно связан с увеличением количества компонентов МС (OR = 1,78; 95% ДИ = 1,39-2,35, P = 0,001).

Выводы. Метаболический синдром является важным предиктором развития неблагоприятных исходов мозговых катастроф, однако существует необходимость в оценке влияния каждого из его компонентов.

---

*Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Шевченко В.В., Гольнева А.П., Резуш Л.Г.*

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

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ИНТРАДУРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА**

Введение. Актуальность проблемы определяется высокой частотой встречаемости экстрамедуллярных интрадуральных опухолей (ЭМО), а также необходимостью клинической настороженности при выявлении очаговой симптоматики при первичном неврологическом осмотре. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга (СМ) – новообразования, происходящие из структур окружающих СМ – корешков, сосудов, оболочек, эпидуральной клетчатки. Частота встречаемости ЭМО составляет 1-1,3 случая на 100 тыс. популяции в год. ЭМО составляют около 53-90% от всех новообразований СМ. По данным Акимовой Г.А. 2000 г., из общего числа опухолей спинного мозга около 20% – составляют интрамедуллярные и 80% – экстрамедуллярные опухоли (в том числе 65% – интрадуральные и 15% – эпидуральные).

Описание клинического случая: Пациент В., 67 лет, поступил во 2 неврологическое отделение Донецкого областного клинического территориального объединения 01.12.2021 г. с жалобами на слабость в нижних конечностях, больше выраженную в проксимальных отделах; онемение в пальцах стоп, нарушение походки, боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, которая усилилась при ходьбе. Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы беспокоят в течение 10-ти лет; ухудшение состояния – с марта 2021 г., когда впервые появились эпизоды головокружения, атаксия, выросла боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. В ноябре 2021 г. амбулаторно получал лечение по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19. После завершения лечения пациент отметил выраженную слабость в нижних конечностях, из-за чего с трудом передвигался; из-за выраженного болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника обратился к неврологу ДОКТМО. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. АД=130/90 мм рт. ст., ЧСС 69 в 1 мин. Температура тела нормальная. Дыхание самостоятельное, эффективное, проводится во все отделы. Живот доступен глубокой пальпации. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Менингеальных знаков не выявлено. Объем движений глазных яблок в полном объеме. Опущен правый угол рта. Язык по средней линии. Мышечная сила в руках достаточная. Мышечный тонус не изменен. Снижена мышечная сила в ногах до 3-х баллов. В нижней пробе Барре с трудом удерживает обе ноги. Рефлексы рук – живые без четкой разницы. Коленные рефлексы – высокие S>D. Ахилловы: S повышен, D – клонус. Симптом Бабинского с двух сторон. Выявлено нарушение вибротактильной чувствительности в нижних

конечностях. Симптом Леррея положительный. Уплощен поясничный лордоз, выраженное напряжение паравerteбральных мышц в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Болезненна пальпация паравerteбральных точек на этом уровне. Ограничены движения в п\кр. отд. позвоночника. При наклоне вперед пальцами рук достает до уровня н\3 голени. Затруднен подъем на пятках из-за слабости задней группы мышц нижних конечностей. В пробе Ромберга выявляется статико-динамическая атаксия. Ходит с помощью поддержки. Результаты исследования: ОАК – Л – 14,8, Нб – 155, Эр. – 4,96, Нт – 43,6, тромбоциты – 191, СОЭ – 10, миел.-1, п – 1, с/я – 73, л – 22, м – 3; общ. белок – 70,5, глюкоза – 5,19 ммоль/л, мочевины – 9,81 ммоль/л, креатинин – 82 ммоль/л, мочевины – 400,8 мкмоль/л, билирубин общ. – 10,5 мкмоль/л, прямой-1,8 мкмоль/л, АлАТ-44,8 Е/л, АсАТ-24,4 Е/л, альфа-амилаза-25,9 Е/л, общий холестерин-7,51 ммоль/л, ПСА общ-0.225, ПСА св<0.07; иссл. на наличие серологических маркеров ВИЧ методом ИФА – отрицательно. Анализ ликвора: общий – св-желт., прозр., р-ция Панди-2, белок 0.6, глюкоза 3.5, хлориды 120. лимф-64, нейтр-36. Эр неизм-3-4 в п\зр. цитоз 30; мозаика «Центральная нервная система» ликвор (IgG, 20 инфекций): varicella zoster virus – положит., adenovirus type 3 – положит., EBV, капсидный антиген – положит., treponema pallidum-отр., toxoplasma gondii – положит., HSV type 1- положит, CMV-положит., listeria monocytogenes 1/2a- положит.; ультразвуковое дуплексное исследование артерий и вен нижних конечностей: эхографические признаки стенозирующего атеросклероза и диабетической макроангиопатии. Признаки стенозирования берцовых артерий слева. Данных в пользу тромбоза не получено. МРТ грудного отделов позвоночника: на серии МР-томограмм грудного отдела позвоночника в аксиальной и сагиттальной проекциях в режимах T1- и T2-взвешенных изображений в просвете позвоночного канала на уровне Th10-Th11 позвонков выявляется структура неправильной многоугольной формы с достаточно четкими контурами, размерами до 0,9x1,3x2,8см (APxDSxCC), с МР-сигналом средней интенсивности во всех последовательностях – интрадуральное экстремедулярное новообразование на уровне Th10- Th11 позвонков. Спинальный мозг деформирован, смещен кзади и несколько влево. Учитывая нейровизуализационные и клинические (ЭМО с воздействием на заднюю поверхность СМ третьей стадии) данные, установление диагноза опухоли СМ явилось показанием к нейрохирургическому вмешательству, минуя дальнейший дифференциальный тракт в алгоритме ведения пациента.

Заключение: описанный клинический случай демонстрирует важность клинической настороженности в определении симптомокомплекса проводниковых расстройств в отсутствие локальных и сегментарных нарушений, свидетельствующих в пользу неопластического патоморфоза.

**Сидорова И.Г.**

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

## **MEDICAL TRANSLATION VS. MACHINE MEDICAL TRANSLATION: PROBLEMS, SOLUTIONS AND PROSPECTS (EXEMPLIFIED BY THE AUTOMATED TRANSLATION SYSTEM SMARTCAT)**

Medical translation is considered to be one of the most popular, highly demanded, fast-growing and at the same time the most complex, time-consuming and responsible types of translation.

Medical translation, like any other highly specialized technical translation, requires a very high standard of language proficiency for the translator: a post-graduate level of foreign language proficiency that ensures effective participation in both international professional communication and the handling of original medical literature.

Medical texts may include: extracts from patient histories, articles from medical encyclopedias/journals, prescriptions, and indications for the use of medication. When translating this type of text, maintaining accuracy is of critical importance, as misinterpretation of information can lead to unpredictable consequences in terms of human health.

There are numerous difficulties faced by beginning translators: synonymy of terms (doctor – physician – medical practitioner, antiseptic devices – antiseptics, antibiotic remedies – antibiotics, contraceptive devices – contraceptives, sternum – breastbone, etc.), refusal to standardize medical terminology, differences in

classification and nomenclature of various organs and systems of the human body, as well as in the translation of terminological units describing the methods of research and presentation of their results, as well as the increasing abundance of abbreviations in specifying treatment and research methods and disease syndromes (deoxyribonucleic acid – DNA, ribonucleic acid – RNA, ECG procedures, ECMO or Extracorporeal membrane oxygenation, KTP or Potassium Titanyl Phosphate Laser, etc.). In searching for solutions, the inexperienced translator will turn to modern glossary technology, text bases in the original language and translation, to develop his or her own unique mechanism for working with a medical text as quickly as possible.

There is no doubt that the emergence of modern machine translation technologies has influenced the speed of translations, contributed to the systematization of terminological units, which is especially important for considerable projects in which the accuracy and uniformity in the choice of equivalents in language pairs is essential. Such machine translation systems not only simplify the process of encoding information from one language to another, but are also effective in editing and graphical support of the final product of translation activities.

Modern CAT tools for handling medical text are based on artificial intelligence technologies, easily adaptable to operating systems, text editors, and allow the integration of applications to avoid grammatical, spelling and stylistic errors, hence increasing the efficiency of the resulting end product.

Smartcat has established itself as one of the most successful platforms for specialized machine translation, particularly for medical machine translation. This system features segmented presentation of the text in convenient positions for the translator: the original text and the translation text; quick formation of the final text in a convenient text editor; creating a unique and convenient glossary; and is effective in large projects when several translators can work simultaneously, with the same glossary.

Thus, automated machine translation systems can be successfully used in the process of cross-lingual localization of medical texts, and also be considered as one of the promising options for the translation and editing of a huge amount of medical text data.

*Сизоненко Н.А., Суров Д.А., Демко А.Е., Дымников Д.А., Гринёв А.М., Балюра О.В., Логинов В.А., Мартынова Г.В., Святненко А.В.*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург

## **УСКОРЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

**Введение.** В настоящее время растет интерес к применению концепции ускоренного восстановления после операций (ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)) в неотложной абдоминальной гериатрической хирургии.

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ результатов применения ERAS в экстренном хирургическом лечении пациентов пожилого и старческого возраста с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 64 пациента с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, включенных случайным порядком основную и контрольную группы (33 и 31 человек, соответственно). В лечении больных основной группы использовалась адаптированная программа ERAS. Отдельно оценивали «индекс слабости» пациентов, используя mFI-5 (5-Factors Modified Frailty Index, S.Subramaniam et al, 2018). В качестве критериев сравнительной оценки изучали: интенсивность болевого синдрома, восстановление моторной и эвакуаторной функций желудочно-кишечного тракта (сроки появления шумов кишечной перистальтики), количество послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo, 2004; CCI-индекс, 2013), длительность послеоперационного периода, летальность. Группы пациентов были сопоставимы по основным показателям (пол, возраст, локализация опухоли), в том числе по значению mFI-5.

Результаты. Группа ERAS: Начиная со вторых суток послеоперационного периода, отмечено снижение болевого синдрома менее 4 баллов по RAS, отсутствовала потребность в применении опиоидных анальгетиков. Появление шумов кишечной перистальтики в первые сутки послеоперационного периода отмечено у 25 больных (75,7%). У 4 (12,1%) больных выявлено 7 послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo I-IIIa – 4, IIIb-IV – 3). По CCI-индекс сумма осложнений составила 197,4 баллов. Летальность 9,1% (n=3).

Контрольная группа: У 9 больных (29%) потребовалось хотя бы однократное введение наркотического анальгетика. Появление шумов кишечной перистальтики в первые сутки послеоперационного периода отмечено у 14 больных (45,1%). У 8 (25,8%) пациентов зарегистрировано 15 послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo I-IIIa – 8, IIIb-IV – 7). По CCI-индекс сумма осложнений составила 386,7 баллов. Летальность 16,1% (n=5).

Отмечено снижение длительности послеоперационного периода в среднем с 14 до 9 суток в группах сравнения.

В группе ERAS у 8 больных (24,2%) с mFI-5  $\geq$  3 не отмечалось развитие послеоперационных осложнений, в контрольной группе тяжелые послеоперационные осложнения наблюдались закономерно с высоким mFI-5.

Выводы. Оригинальная программа ERAS является безопасным и эффективным путем улучшения непосредственных результатов в экстренной хирургии осложненного колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста, в том числе с отягощённым преморбидным фоном.

---

*Сизоненко О.А., Удалых О.А.*

ГБОУ ВО «Донбасская аграрная академия», г. Макеевка

## **ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Одной из наиболее актуальных педагогических проблем современной системы высшего образования в Донецкой Народной Республике является проблема обеспечения и оценки эффективности дистанционного обучения, которое на данный момент преобладает как форма организации образовательного процесса.

Эффективность дистанционного обучения и образования выражает степень реализации цели, достижения намеченных результатов при учете затрат, направленных на достижение этих результатов.

Следует отметить, что различные аспекты вопроса оценки эффективности дистанционного образования достаточно широко освещены разными авторами. С одной стороны, это дает возможность всестороннего изучения проблемы, а, с другой стороны, затрудняет ее понимание, поскольку отсутствует общепринятая методика оценки, которую можно было бы можно признать универсальной.

Анализ литературных источников показал, что наиболее популярным является подход, при котором показатели оценки эффективности дистанционного образования делят на:

- общие, характеризующие функционирование дистанционного обучения в учебном заведении как части общей системы обучения;
- частные организационные;
- показатели качества, относящиеся к понятию педагогической эффективности.

При этом оценить организационный компонент эффективности дистанционного обучения можно по таким параметрам: материально-техническое оснащение рабочих мест обучающихся и преподавателей; качество образовательной программы, учебного плана, в том числе с точки зрения возможности их реализации в условиях применения дистанционных технологий; качество учебного материала, наличие электронных учебно-методических комплексов дисциплин; оценка индивидуальных учебных достижений обучающихся.

Достаточно распространенным методом оценки эффективности дистанционного обучения считается модель уровней оценки знаний, предложенная еще в 1954 году Дональдом Киркпатриком, которая включает в себя оценку на уровнях реакций (при помощи интервьюирования или фокус-групп



отвечает на вопрос, понравилось ли учащимся обучение), обучения (при помощи тестирования или опроса показывает, насколько усвоены полученные знания), поведения (описывает изменения поведения участников обучения) и результатов (демонстрирует экономическую результативность обучения).

Современный компетентный подход предполагает, что при организации оценки качества учебной деятельности также должна обязательно проводиться проверка по соответствию уровня овладения теми или иными компетенциями, заявленными ранее требованиям относительно каждого обучающегося.

Считаем, что в настоящее время назрела насущная необходимость разработки единых общепринятых критериев оценки эффективности дистанционного образования в Донецкой Народной Республике, что позволит провести анализ деятельности учебных заведений в этом направлении и сделать выводы о текущей ситуации.

---

*Симованьян Э.М., Ким М.А., Денисенко В.Б.*

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

## **ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Актуальность Эпштейна-Барр вирусной инфекции (ЭБВИ) определяется широким эпидемическим распространением заболевания, способностью вируса Эпштейна-Барр (ЭБВ) к пожизненной персистенции с периодической сменой периодов латентной и цитолитической инфекций, многообразием клинических форм заболевания, индукцией онкологической и аутоиммунной патологии, развитием выраженной иммуносупрессии с присоединением ассоциированных инфекций и др. В этих условиях наиболее значимыми современными аспектам проблемы ЭБВИ представляются трудности распознавания заболеваний в связи с большим количеством атипичных форм, частое формирование ассоциации ЭБВ + SARS-CoV-2 в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также необходимость разработки новых подходов к диагностике и лечению ЭБВИ в сложившейся эпидемиологической ситуации.

В настоящее время установлено, что типичная форма первичной ЭБВИ (инфекционный мононуклеоз), имеющая характерную симптоматику, развивается только в условиях адекватного иммунного ответа против ЭБВ у старших детей и подростков. В современных условиях заражение ЭБВ детей раннего возраста в организованных коллективах, высокая частота вторичных иммунодефицитов приводят к преобладанию атипичных (стертых, бессимптомных, висцеральных) форм ЭБВИ, развитию разнообразных осложнений. С другой стороны, частым исходом таких атипичных форм является переход в хроническую ЭБВИ, которая характеризуется длительным сохранением общеинфекционного, лимфопролиферативного, катарального синдромов, формированием полиорганной патологии, присоединением рекуррентных инфекций респираторного тракта.

Доказана высокая частота ассоциированной инфекции ЭБВ + SARS-CoV-2, которая может протекать в различных вариантах: одновременное инфицирование обоими вирусами, развитие COVID-19 на фоне активной ЭБВИ, реактивация ЭБВ у больных COVID-19. При этом происходит потенцирование вирулентности обоих возбудителей за счет эпителиотропности и иммунодепрессивной активности вирусов, развития аутоиммунных реакций и др. Установлена способность ЭБВ усиливать экспрессию на клетках ACE2-рецепторов для SARS-CoV-2 и индуцировать у больных COVID-19 гиперпродукцию провоспалительных цитокинов («цитокиновый шторм»). В связи с этим ассоциированная инфекция ЭБВ + SARS-CoV-2 характеризуется более тяжелым течением, расширением спектра клинической симптоматики по сравнению с моно-инфекцией, высокой летальностью.

Установлена роль активной репликации ЭБВ в развитии постковидного синдрома. Все это диктует необходимость совершенствования диагностики ЭБВИ, в том числе ассоциации ЭБВ + SARS-CoV-2, с учетом данных эпидемического анамнеза (контакт с больным, посещение организованного коллектива и др.), клинической картины, включающей общеинфекционный, лимфопролиферативный,

катаральный, инфекционный синдромы, полиорганную патологию с обязательными верификацией диагноза методами ИФА и ПЦР, углубленным лабораторно-инструментальным обследованием, в том числе оценкой иммунного статуса. При подтверждении диагноза ЭБВИ пациенты нуждаются в комплексном этапном лечении с использованием противовирусных препаратов, средств патогенетической и симптоматической терапии.

---

*Симомян А.С., Тюрников В.М., Симомян А.Д., Гуца А.О.*

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

## **НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ДИСКИНЕЗИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Болезнь Паркинсона (БП) – нейродегенеративное заболевание, типичными проявлениями которого являются двигательные расстройства – брадикинезии, тремор покоя и ригидность, постуральная нестабильность (на более поздней стадии БП). Также при БП наблюдается ряд не моторных проявлений.

Лечение БП направлено на облегчение симптомов с применением препаратов, предназначенных для восстановления уровня дофамина, или воздействующих на постсинаптические дофаминовые рецепторы. Также применяются препараты, облегчающие не моторные симптомы БП (психические и когнитивные нарушения).

Длительная фармакотерапия БП может приводить к развитию лекарственных дискинезий (ЛД), которые становятся самостоятельным дезадаптационным фактором, влияющим на повседневную активность пациента.

В нейрохирургическом лечении БП, в том числе ЛД, широко применяются как деструктивные вмешательства (радиочастотная деструкция, МР-направленный фокусированный ультразвук), так и стимуляция глубинных структур головного мозга (DBS).

Нами изучены основные мишени для стереотаксических нейрохирургических вмешательств, а также влияние стимуляции или деструкции этих структур на различные проявления БП.

Ежегодно в Научном Центре Неврологии проводятся 50-70 хирургических вмешательств по поводу экстрапирамидных заболеваний. Отбор пациентов на хирургию, а также оценка динамики состояния пациентов проводится мультидисциплинарной командой в дооперационном, в раннем послеоперационном и в отдаленном периодах.

В нашей научной работе рассмотрены критерии отбора пациентов на хирургические вмешательства, выбор метода хирургии, особенности периоперационного ведения пациентов, а также результаты лечения пациентов.

---

*Симомян А.С., Тюрников В.М., Симомян А.Д., Гуца А.О.*

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

## **ЭПИДУРАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА (SCS) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ**

Травматические повреждения периферических нервов, а также ампутация конечностей не редко сопровождаются формированием хронического нейропатического болевого синдрома (КРБС – комплексный регионарный болевой синдром; Постампутационная боль и т.д.). Наряду с болевым синдромом КРБС может проявляться изменением цвета и температуры кожи, отеками, повышенной

чувствительностью к прикосновению и ограниченным диапазоном движений. Наиболее тяжелыми формами болевого синдрома после ампутации конечностей являются – Фантомная боль (Phantom Limb Pain – PLP); Резидуальная боль в конечности (Stump Pain – SP). Более чем у половины пациентов PLP наблюдается в сочетании с SP.

Медикаментозная терапия, физиотерапия и реабилитация (как физическая, так и психологическая) являются важным компонентом лечения пациентов с болевыми синдромами. Несмотря на проводимую терапию, иногда у больных сохраняются инвалидизирующие боли, которые значительно снижают качество жизни.

Одним из методов лечения медикаментозно-резистентной нейропатической боли является нейромодуляция. Возможно применение как эпидуральной стимуляции спинного мозга, так и стимуляции периферических нервов (PNS). Реже применяются стимуляция моторной коры головного мозга (MCS) и глубинная стимуляция головного мозга (DBS).

В период с 2020г по 2022г в отделении Нейрохирургии Научного Центра Неврологии 6-и пациентам с КРБС, и 2-м пациентам с постампутационным болевым синдромом проведена имплантация систем эпидуральной стимуляции спинного мозга (с предварительным проведением тестовой стимуляции в течение 5 – 12-и дней). Выраженность болевого синдрома у пациентов оценивалась по стандартным валидированным шкалам и опросникам (VAS, NTSS-9, DN-4, Pain Detect, McGill Pain Questionnaire) в дооперационном, в раннем послеоперационном, и в отдаленном периодах (Катамнез пациентов – КРБС: 10 – 22 месяцев; Постампутационная боль: 10 – 20 месяцев). В послеоперационном периоде отмечен значительный регресс болевого синдрома (40-80%) на фоне проводимой стимуляции.

При тщательном отборе пациентов мультидисциплинарной командой, SCS может быть эффективна у многих пациентов с нейропатическими болями травматического генеза. Возможность использования тестовой стимуляции, малоинвазивность и обратимость методики позволяют также использовать SCS в тех случаях, когда на этапе отбора пациента не удается прийти к единому мнению касательно выбора метода лечения болевого синдрома.

По сравнению с SCS, другие виды функциональных нейрохирургических вмешательств (DBS, MCS, Деструктивные вмешательства на головном мозге и т.д.) сопряжены с более высоким риском развития периоперационных осложнений. Рассматривать их в качестве метода лечения, на наш взгляд, следует после применения SCS с недостаточной эффективностью.

---

*Симрок В.В., Мельникова Д.В., Пентковская Е.Г.*

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону  
МЦ «Линия Жизни», г. Севастополь  
МБУЗ Детская городская поликлиника Железнодорожного района, г. Ростов-на-Дону

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

От менархе до менопаузы проходит в среднем до 40 лет. И от того, как сформируется регуляция столь сложного звена нейроэндокринной системы, будет зависеть очень многое в жизни женщины. И прежде всего это касается репродуктивной функции, которая напрямую связана с менструациями и проявляется их отсутствием, нерегулярностью или болезненностью. Частое сочетание олигоаменореи наблюдается у подростков с высоким индексом массы тела, или потерей массы тела, стрессом, нарушением режима отдыха и сна, физическими нагрузками, и многими другими факторами.

Целью нашего исследования было изучение причинно-следственных связей между олигоаменореей и компьютерными нагрузками у девочек-подростков.

Материал и методы. Под наблюдением находились девочки-подростки (39) в возрасте от 12 до 17 лет с нарушением менструального цикла по типу олигоаменореи, с задержкой менструаций более 6 недель или 6 месяцев, соответственно. У всех пациенток длительность нарушения менструального цикла составила не менее 6 месяцев до момента обращения. Нами были отобраны пациентки с вторичной олигоаменореей, страдающие компьютерной зависимостью, которые составили основную

группу (19), остальные 20 девушек составили группу сравнения. У всех пациенток был изучен гормональный спектр крови, оценено состояние органов малого таза по данным УЗИ.

Результаты исследования. При изучении анамнеза и жалоб пациенток, в большей степени со слов присутствующих мам, мы установили, что пациентки основной группы увлечены компьютерными играми. Причем, большинство из них (12) участвуют в ночных играх, а 3 пациентки принимали участие в так называемых непрерывных игровых циклах, которые порой длились 3-5 дней, и стремление к победе не позволяло игрокам покинуть поле битвы. Именно у этих 3 пациенток отмечалась аменорея, гиперандрогения, выраженное акне, повышенная нервозность, отсутствие контакта с родителями, отставание в учебе. У 9 девушек отмечалось повышение уровня андрогенов и пролактина, не превышающие референтного значения, но достоверно выше, чем у девушек группы сравнения. У всех пациенток, на фоне аменореи более 8-12 месяцев диагностировалась гипоплазия матки различной степени.

Закключение. Компьютерная зависимость у девочек-подростков, особенно с ночными бдениями влечет нарушение менструального цикла по типу олиго-аменореи, вызывает гормональный дисбаланс с преобладанием андрогенов, снижает репродуктивный потенциал будущих женщин.

---

*Синенченко А.Г., Куцало А.Л., Лодягин А.Н.*

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

## **ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПУПИЛЛОМЕТРИИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕКУРСОРОМ ГОМК (1,4-БУТАНДИОЛОМ)**

В настоящее время особую актуальность для населения Санкт-Петербурга приобретают острые отравления прекурсором гамма-оксимасляной кислоты (1,4- бутандиолом (1,4-БД)).

Цель работы состояла в оценке функционального состояния больных с острым отравлением 1,4-БД в постинтоксикационном периоде.

Было обследовано 30 больных, проходивших лечение в центре лечения острых отравлений многопрофильного стационара, в возрасте от 19 до 39 лет (средний возраст составил  $27,3 \pm 2,3$  лет) с острым отравлением 1,4-БД. В исследование не включались лица с тяжелыми формами отравления.

Состояние больных оценивалось с использованием шкалы ком Глазго, шкалы оценки тяжести отравления – PSS. Для оценки функционального состояния больных в постинтоксикационном периоде была проведена скрининг-диагностика одновременной бинокулярной зрачковой реакции на световой стимул с использованием пупиллометрического аппаратного комплекса, разработанного ФГУП «НИИ ГПЭЧ» ФМБА России. Данным методом оценивались: диаметр зрачка, амплитуда его сужения и латентное время зрачковой реакции.

На момент поступления в стационар больные находились в состоянии выключенного сознания до уровня оглушения (средний балл по шкале ком Глазго составил  $13,4 \pm 0,77$  баллов). Тяжесть острого отравления при поступлении по шкале PSS в 66,6%(20) случаев соответствовала критериям средней степени тяжести ( $10,2 \pm 1,6$  балла). Среднее время от поступления до обследования составило –  $13,8 \pm 1,2$  часов.

В ходе исследования выявлены изменения параметров пупиллометрии относительно возрастных норм. В возрастной группе 20-29 лет наблюдались уменьшение диаметра зрачка и амплитуды сужения, время начала зрачковой реакции было затянуто. Такая же картина наблюдалась в возрастной группе 30-39 лет. Всего в обеих группах у 20% (6) было выявлено выраженное уменьшение Дн, (мм) – начального диаметра зрачков, предшествовавших стимулу; у 33,3%(10) – выраженное увеличение Тл (сек) – латентного времени; у 23,3%(7) – выраженное уменьшение Ас (мм) – амплитуды сужения зрачков. Выраженными считались отклонения, выходящие за границы двух средне квадратичных отклонений параметров.

Таким образом, установлено, что у больных с острым отравлением 1,4-БД в постинтоксикационном периоде наблюдается изменением параметров пупиллометрии (уменьшение начального диаме-

тра зрачка и амплитуды сужения, затягивание времени начала зрачковой реакции). Следует предположить, что токсикант оказывает влияние на пупилломоторную систему и в острой фазе интоксикации, что позволяет использовать данный метод для диагностики факта употребления таксиканта.

**Синяевский В.В.**

ГУ «Больница (с поликлиникой) МВД ЛНР», г. Луганск

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ**

Структура минно-взрывных травм (МВТ) у пациентов, поступивших в неврологическое отделение в условиях боевых действий неоднородна при частом сходстве клинических проявлений. Лёгкие черепно-мозговые травмы (ЧМТ) встречаются как изолированно, так и в сочетании с акустической и/или баротравмой, психопатологическими реакциями, а также ранениями и ушибами мягких тканей или костных структур.

Цель исследования: изучить структуру МВТ у пациентов на госпитальном этапе медицинской эвакуации, поступивших в неврологическое отделение.

Материалы и методы

Были обследованы 32 пациента, поступивших с предварительным диагнозом МВТ, мужчины в возрасте от 19 до 53 лет.

Все пациенты прошли комплексное медико-психологическое обследование с участием невролога, ЛОРа, офтальмолога, психиатра, психолога, при наличии показаний – хирурга, с проведением краниографии, по показаниям – МРТ или СКТ головного мозга и ЭЭГ.

Результаты

Сотрясение головного мозга (СГМ) было диагностировано в 31,5% случаев: изолированное СГМ – в 6,25% случаев, сочетание СГМ и акубаротравмы – в 15,8%, СГМ с острой акустической травмой – 6,25%, СГМ с акубаротравмой и травматической невропатией лицевого нерва – 3,2%.

Ушиб головного мозга I степени был диагностирован только в сочетании с акубаротравмой в 18,75% случаев, из них у одного пациента наблюдалось также острое психотическое расстройство.

Акубаротравма без ЧМТ – в 18,75% случаев, изолированная акустическая травма – у 18,75%. У 6,25% пациентов с акубаротравмами были сопутствующие осколочные ранения мягких тканей и ушиб грудной клетки.

У 12,5% пациентов наблюдалась острая реакция на стресс без сопутствующей ЧМТ и акубаротравмы, которая в 50% случаев сопровождалась повреждением мягких тканей головы или конечностей.

Выводы:

1. Минно-взрывная травма является многофакторным поражением и в большинстве случаев представляет собой различные комбинации органического и функционального поражения центральной нервной системы, органов слуха, ушибов и ранений.

2. Пострадавшие с МВТ должны быть осмотрены всеми профильными специалистами (невролог, офтальмолог, ЛОР, хирург, психиатр) перед госпитализацией, с проведением аппаратных обследований по показаниям.

3. Пациенты с сочетанными МВТ должны лечиться стационарно по профилю ведущей патологии.

4. Специализированная медицинская помощь по сопутствующей патологии, возникшей в результате МВТ, оказывается преимущественно консультативно и должна быть своевременной, динамической и преемственной.

*Сиротченко А.А., Калиниченко Ю.А.*

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

## **СОСТОЯНИЕ МЕСТНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Актуальность. На течение и эффективность лечения ортодонтической патологии влияют не только локальные, но и системные факторы, на фоне измененной реактивности организма подростка. Успех ортодонтического лечения во многом зависит от состояния соединительной ткани, а именно, от недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), так как зубочелюстные аномалии являются одними из наиболее значимых фенотипов (признаков) НДСТ. НДСТ – нутрициально и генетически детерминированное состояние, обусловленное нарушениями метаболизма соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах и характеризующееся аномалиями структуры компонентов внеклеточного матрикса (ВКМ) (волокон и основного вещества гелеобразной среды) с прогрессивными морфофункциональными изменениями различных систем и органов. Признаки НДСТ

проявляются в течение жизни, критическим периодом является подростковый возраст, когда прирост количества признаков дисморфогенеза соединительной ткани максимален.

Целью нашего исследования было определение степени нарушений местного неспецифического иммунитета у подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани на фоне длительного лечения ортодонтической аппаратурой.

### **Материалы и методы**

Клинико-лабораторное исследование было проведено у 137 пациентов НДСТ, в фенотипе которых в обязательном порядке регистрировались зубочелюстные аномалии (ЗЧА), которые подвергались ортодонтическому воздействию несъемной аппаратурой не менее трех месяцев (основная группа), возраст пациентов 12- 15 лет. В результате клинического обследования у всех пациентов была клинически доказано наличие НДСТ. Состояние местного иммунитета определяли по содержанию в ротовой жидкости пациентов секреторного иммуноглобулина А (sIgA) и интерлейкинов 1 $\beta$  (IL1 $\beta$ ) и 4 (IL4). Исследования проводили на иммуноферментном анализаторе «Labline-90» (Австрия) с использованием тест-систем «Вектор-БЕСТ» (Россия). В качестве группы сравнения (СГ) использовали показатели 55 условно здоровых подростков аналогичного возраста (контрольная группа). На момент проведения исследования дети обеих групп были соматически здоровы не менее 3 месяцев, не имели значимой сопутствующей хронической патологии.

Также нами проводилось определение уровней показателей эпителиальных клеток (ЭП) и полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) в слизистых оболочках ротовой полости у пациентов обеих групп, исследуя их функциональные особенности в буккальном отпечатке. Выбранные для изучения участки слизистой оболочки не случайны, т.к. буккальный эпителий (БЭ) считается наиболее анатомически стабильным образованием, которое наименее подвержено изменениям. Проводимое исследование, согласно Хельсинской декларации, осуществлялось при подписании информационных согласий родителями, было одобрено комиссией по биоэтике ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ». Статистический анализ результатов проводили общепринятыми методами при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows. Release 6.0», степень достоверности отличий определяли по t-критерию Стьюдента, критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05.

Полученные результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования нами было установлено, что практически у всех пациентов с НДСТ и ЗЧА, которые получали ортодонтическое лечение несъемной техникой, наблюдались существенные нарушения со стороны местного иммунитета. Уровень провоспалительного IL1 $\beta$  был повышен в 2,5 раза. Содержание противовоспалительных иммунных маркеров – IL 4 и sIg A – напротив, было достоверно снижено, но степень такого снижения для разных медиаторов существенно варьировала. Так, уровень sIg A в ротовой жидкости в основной группе снижался в среднем на 28%, а уровень IL 4 был достоверно ниже показателей контроля на 55%.

Мы изучили цитограммы слизистых оболочек ротовой полости у подростков основной группы: состояние иммунокомпетентных клеток (палочкоядерных лейкоцитов (ПЯЛ) и эпителиальных клеток (ЭП) в буккал

*Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Луганский Д.Е.*

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

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ОЦЕНКЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ**

Ротовая жидкость (РЖ) участвует в пищеварительных, минерализующих, стерилизующих, защитных, бактерицидных, иммунных, гормональных и других процессах организма; что отражается на ее биохимическом составе, представленном белками, липидами, стероидными гормонами, специфическими углеводами, небелковыми азотсодержащими веществами, витаминами, катионами и анионами. Сбор и анализ РЖ является один из самых нетравматичных методов исследований в медицине, в связи с этим имеет преимущества по сравнению с методами гемодиагностики.

Ротовая жидкость обладает высокой чувствительностью и изменчивостью под воздействием внешних факторов, соматической патологии, стресса (Павлова М.М. с соавт., 2019). Некоторые патологические состояния способны привести к изменению активности антиоксидантных ферментов РЖ, концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), росту маркеров окислительного стресса.

Целью нашей работы была оценка состояния неспецифической резистентности ротовой полости подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Методы исследования: Для оценки состояния неспецифической резистентности ротовой полости подростков обеих групп (ОГ- 56 пациентов с избыточной массой тела и ожирением, КГ- 54 здоровых подростка) проводили биохимический анализ ротовой жидкости, исследуя систему ПОЛ-АОС: активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, содержание малонового диальдегида (МДА). РЖ собирали утром натощак в центрифужные пробирки в течение 5 минут, хранили при  $-20^{\circ}\text{C}$ . Перед исследованием РЖ размораживали при комнатной температуре и центрифугировали.

Результаты исследования: Было доказано, что в ротовой жидкости большинства подростков с избыточной массой тела и ожирением (75,3%) была достоверно снижена активность основных ферментов физиологической антиоксидантной защиты полости рта – СОД на 43,7% и каталазы на 40,0% ( $p < 0,05$  и  $p < 0,05$ , соответственно). Мы определили, что недостаточная активность антиоксидантной системы ротовой полости подростков основной группы с низким уровнем неспецифической резистентности сопровождалась высокой интенсивностью ПОЛ, о чём свидетельствует прирост содержания МДА в 1,6 раза в ротовой жидкости по сравнению с показателями контрольной группы.

В результате этих изменений индекс АРІ, который характеризует состояние ПОЛ-АОС в ротовой жидкости подростков основной группы с низким уровнем неспецифической резистентности снижается с 1,30 до 0,48, что подтверждает смещение равновесия системы в сторону интенсификации ПОЛ.

Таким образом, у подростков с избыточной массой тела и ожирением установлены нарушения в системе ПОЛ-АОС (снижение активности каталазы и СОД, рост уровня МДА), что говорит о снижении уровня неспецифической резистентности ротовой полости, а также может быть выражением психоэмоционального стресса, который, безусловно, присутствует в жизни подростков, страдающих избыточной массой и ожирением.

*Скиба Т.А., Победенная Г.П., Осацкая Е.В., Штыка Е.С.*

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

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ, НА ФОНЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – широко распространенное заболевание у лиц старшей возрастной группы. Остеоартроз (ОА), который усугубляет течение коморбидной ХОБЛ, также манифестирует в этом возрасте. Ассоциация ХОБЛ и ОА может привести к развитию синдрома взаимного отягощения, дальнейшему прогрессированию обоих заболеваний, ограничению функции суставов, снижению порога боли при ОА и увеличению риска общей смертности.

Цель работы – оценить функциональный статус больных в разные периоды ХОБЛ, сочетанной с ОА, на фоне дифференцированной терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 54 больных с обострением ХОБЛ, сочетанной с ОА, в фазе нестойкой ремиссии (основная группа) и 21 больных ХОБЛ без ОА (группа сравнения), находившиеся на лечении в терапевтических стационарах. Диагноз ХОБЛ и ОА устанавливали в соответствии с существующими рекомендациями. У всех обследованных определяли показатель теста Лекена, индекс WOMAC, оценивали боль в коленных суставах с интенсивностью по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и результаты теста с 6-минутной ходьбой. Лечение включало в себя бронхолитики короткого и длительного действия, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, антибактериальные препараты, муколитики, отхаркивающие, нестероидные противовоспалительные средства. Все больные основной группы в зависимости от вида терапии были разделены на две подгруппы. Подгруппа А получала традиционное лечение, а подгруппа Б с добавлением пентоксифиллина и L-аргинина.

Результаты. В начале наблюдения у больных основной группы, наряду с респираторным, отмечался суставной синдром с проявлениями скованности в коленных суставах до 1-2 часов, с оценкой боли по индексу Лекена 8,8 баллов, по шкале WOMAC 301 балл. Болевой синдром по ВАШ оценивался в 3,4 балла. Эти показатели у пациентов группы сравнения были ниже соответственно, в среднем, в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). После курса традиционной терапии у больных группы сравнения было достигнуто значительное улучшение показателей бронхиальной проходимости и суставного синдрома. При проведении комплексного лечения у больных подгруппы Б были достигнуты более позитивные результаты – снижение индекса Лекена в 2,3 раза, показатели шкалы WOMAC уменьшились в 1,2 раза, по шкале ВАШ было отмечено снижение уровня боли и скованности при движениях в 2 раза по сравнению с пациентами подгруппы А.

Выводы. Таким образом, на фоне комплексного лечения были достигнуты более позитивные результаты при восстановлении функционального суставного статуса у больных ХОБЛ, сочетанной с ОА.

---

*Скрытник Д.Д.*

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СУДЦА У ЛИЦ ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ**

Цель исследования. Нахождение соотношений между распространенностью сниженной физической активности и работоспособности в открытой городской популяции при наличии и неимении ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Мгновенное эпидемиологическое исследование было осуществлено среди кардиологического скринингового исследования на открытой городской популяции в кругу лиц муж-



ского и женского полов в возрасте от 25 до 64 лет. Из выборочных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени была собрана представительная единица в числе 2000 человек, по 250 в каждой половозрастной группе (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Исследование прошло с ответом 77,7% (85,0% мужчин и 70,3% женщин) по строго отсортированным эпидемиологическим методам. Для вычисления разных форм ишемической болезни сердца в основу были выбраны: вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду, которые задействуют в санитарных исследованиях. Были выделены группы с «определённой» ишемической болезни сердца (ОИБС), «возможной» ишемической болезни сердца (ВИБС) и также группы с ишемической болезни сердца по расширенным эпидемиологическим критериям, помимо этого были выделены контрольные группы обоих полов с отсутствием ишемической болезни сердца.

Изучение результатов понижения трудоспособности за последние 12 месяцев было проведено основываясь на ответах заданной анкеты: дееспособность испытуемых «понижилась» и «значительно понижилась». У лиц мужского пола с наличием ОИБС и ИБС по расширенным санитарным критериям было замечено снижение дееспособности в сравнении с группой не имеющей ИБС (ОИБС: 38,02% – 15,71%,  $p < 0,001$ ; ИБС: 32,3% – 15,71%,  $p < 0,001$ ). Группа мужчин с у которых наблюдались ОИБС, ВИБС и ИБС указывали на то, что за прошедшие 12 месяцев значительно снизилось дееспособность по отношению к группе лиц без ИБС (ОИБС: 18,3% – 3,0%,  $p < 0,001$  ВИБС: 8,48% – 3,0%,  $p < 0,05$  ИБС: 13,93% – 3,0%,  $p < 0,001$ ).

Выводы. Результаты, полученные при оценке анкетных данных, изучении физической активности и работоспособности неорганизованного населения г. Тюмени могут являться научной базой для планировки комплексных социально ориентированных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и в других среднеурбанизированных сибирских городах. За счет проведения программ профилактических мероприятий возможно построение шаблона регулирования общественного здоровья населения трудоспособного возраста, которые проживают в одном из административных округов среднеурбанизированного сибирского города. Она будет включать в себя активность населения, общественных институтов и также региональных органов законодательной и исполнительной власти при взаимодействии департаментов с органами местного самоуправления. На основе данных, которые получили в результате исследования, можно сделать вывод, что в первую очередь внимание сконцентрировано на повышение физической активности и работоспособности для групп риска, то есть мужчин и женщин с наличием «определенной», «возможной» форм ишемической болезни сердца, а также ишемической болезни сердца по расширенным эпидемиологическим критериям.

---

### *Скулкина Е.Н.*

Республиканский научно-практический центр судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

## **ВЛИЯНИЕ ВОЕННОГО СТРЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ**

Военный стресс является экстремальной ситуацией и почвой для образования психической травмы. Подростковый возраст, в свою очередь, один из наиболее уязвимых к воздействию психотравмирующих ситуаций. Так называемая «картина мира» у детей этой возрастной группы очень хрупкая, зачастую находится на стадии построения, поэтому очень быстро разрушается в ситуации катастрофы. Ошибочно предположение, что в силу пластичности психики дети сами легко преодолевают негативное психотравмирующее воздействие, тем более без помощи специалистов.

Говоря о подростках, следует учесть гормональную перестройку организма в данном возрасте, или так называемую «гормональную» бурю. Травматическая ситуация не может не наложить свой отпечаток на их психоэмоциональное состояние хотя бы по той причине, что является, по мнению Г. Селье и его последователей, физиологической реакцией организма, в частности, реакцией эндокринных желез, контролируемых гипофизом. Симпатическая нервная система запускает реакцию «бей» или «беги», которая сопровождается эмоциональным возбуждением. В итоге, на фоне нестабильного

гормонального фона совладать со своим телом, эмоциями и мыслями в стрессовой ситуации подростку очень сложно. Намного сложнее, чем взрослому.

Несмотря на ярко выраженное чувство взрослости, у подростка не сформированы в полной мере механизмы совладающего поведения в стрессовых ситуациях. Здесь стоит упомянуть гипотезу З.Фрейда, сформулированную в его ранних работах, о наличии у индивида «защитного экрана» между внешней реальностью и психикой. Это те самые системы психической защиты, которые позволяют отразить угрозу непосильных требований к психике и защитить от них сознание. Как указывает М.М. Решетников, «часть из них генетически предопределена, а часть формируется в процессе жизни и развития, то есть относится к приобретенным психическим образованиям». Примерив эту мысль к подростку, можно смело предположить, что его «защита» тонкостенная, непрочная, не в полной мере сформированная и быстро перфорируется в психотравмирующих ситуациях.

В поведении подростков, переживших психотравмирующее событие, зачастую можно увидеть признаки регрессии, то есть возврат к более ранним формам поведения, характерным для предыдущих возрастных периодов. На эмоциональном уровне это могут быть такие проявления как вспышки агрессии, капризы, истерика, невозможность себя успокоить, взять себя в руки. На когнитивном уровне проявляется установка на беспомощность, которая ярко описана популярными интернетовскими мемами типа «Хочу миллион долларов и на ручки», или «Я не могу ничего, у меня лапки». Подросток как бы показывает свою инфантильность, неспособность позаботиться о себе. В поведении могут быть признаки создания привычного и ранее безопасного пространства с детскими объектами (например, для засыпания или самоуспокоения используется кукла или мягкая игрушка). Могут возобновляться действия, ранее приводивших к нормализации состояния, например сосание (только теперь вместо пальца это может быть курение сигарет, или жевание ручки); раскачивание из стороны в сторону; ношение детской одежды; поглощенность компьютерными играми; в речевом поведении появляется сюсюканье, и пр. Регрессия также усиливает трудности сепарации. Подростку снова хочется находиться рядом с родителями, спать вместе с ними и т.п.

Последствия военного стресса у подростков хорошо заметны в школьном процессе. У детей снижается способность к концентрации внимания, появляются трудности сосредоточения на учебном материале и сложности его запоминания. Эмоциональный дисбаланс сказывается на сфере взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, приводя к изоляции и нарушению социальных связей. Всё вышперечисленное указывает на необходимость оказания подросткам своевременной психологической и психотерапевтической помощи.

---

*Слезина А.В., Курганова К.Н., Храмова С.В., Елисеева М.В., Панина Л.Ю.*

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

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, КАК ИНСТРУМЕНТ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Стабильно высокая заболеваемость детей первого года жизни, неуклонный рост частоты патологического течения беременности у женщин, несовершенство нормативной базы по антенатальной охране здоровья детей, дефицит исследований по комплексной профилактике антенатальных факторов риска затрудняет эффективную организацию этой деятельности.

**Цель.** Внедрение и оценка эффективности комплекса медико-организационных мероприятий по оптимизации профилактического консультирования беременных.

**Пациенты и методы.** Беременные, состоящие на учете в женских консультациях: основная группа (n=103) – обучение по программе информационного сопровождения, оформление «Листа профилактического консультирования»; контрольная группа (n=112) – традиционное наблюдение и информирование. Оценка удовлетворенности обеих групп пациенток информированием по вопросам ЗОЖ медицинскими работниками первичного звена здравоохранения с использованием тест-карт. Организационный эксперимент, анкетирование/интервьюирование, экспертный анализ.

Результаты исследования. Установлено, что по сравнению с исходными данными статистически значимое уменьшение частоты по всем нарушениям образа жизни отмечалось только у пациенток основной группы. По сравнению с пациентками группы контроля они в 2,5 раза реже указывали на частое эмоциональное напряжение и в 4,5 раза – на низкую физическую активность. У беременных контрольной группы значимые улучшения образа жизни касались лишь питания. Такое изменение данных по образу жизни беременных мы связываем с повышением их информированности по ряду вопросов. В основной группе число пациенток с хорошей информированностью имело статистически значимое увеличение по всем видам информации. В контрольной группе значимые небольшие позитивные изменения касались лишь режимных моментов и вредных привычек. Также мы оценили удовлетворенность предоставлением информации по здоровому образу жизни медицинскими работниками. При сопоставлении исходного и итогового показателей значимости информации и удовлетворенности ее предоставлением выявлено их увеличение по всем группам информации. Что свидетельствует о целесообразности своевременного и четкого предоставления беременным информации о факторах риска для здоровья плода.

Выводы. Таким образом, внедрение в работу медицинских организаций комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей, способствует повышению уровня информированности пациенток о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка, а также удовлетворенности пациенток предоставлением информации по ведению здорового образа жизни. Это подтверждает эффективность комплексного подхода в формировании у беременных женщин приверженности к ведению здорового образа жизни и соответственно их готовность к изменению своего образа жизни в лучшую сторону. Считаем, что внедрение данного подхода в работу женских консультаций, взрослых и детских поликлиник несомненно повысит эффективность мероприятий по антенатальной профилактике нарушений здоровья у детского населения.

---

*Слюсарь-Оглух Т.И., Говоруха И.Т., Джеломанова О.А.*

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

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА**

Целью исследования стала оценка эффективности применения лечебных мероприятий у женщин с привычным невынашиванием беременности и аутоенсибилизацией к хорионическому гонадотропину человека.

В исследование вошли 65 беременных с привычными невынашиванием беременности в анамнезе и аутоенсибилизацией к хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ), поступивших в Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства. Из 65 беременных 37 получали предложенные нами лечебные мероприятия, а 28 – традиционную медикаментозную терапию.

Рекомендуемый лечебный комплекс включал следующие мероприятия: при инфекции – санация их очагов; лечение хронических вирусных и воспалительных заболеваний; гормональная коррекция при наличии изменений в гормональном статусе; реокорректирующая терапия в сочетании с антиагрегантной терапией; иммунокоррекция; эфферентный метод (плазмаферез); токолитическая терапия; антикоагулянтная терапия (низкомолекулярные гепарины); кортикостероидная терапия.

При обследовании женщин в первом триместре гестации до лечения Ig G-антитела к ХГЧ были положительными у 31,4% пациенток, которые впоследствии получали предложенное лечение и у 24,1% – традиционное, Ig M-антитела – у 11,4% и 17,2%, а сочетание Ig M и G – у 57,1% и 58,6% соответственно; статистически значимых различий обнаружено не было ( $\chi^2=0,69$ ;  $df=2$ ;  $P=0,703$ ). Наличие аутоантител к ХГЧ у беременных с большой степенью вероятности связано с угрозой прерывания беременности, так как с наступлением беременности у женщин с аутоиммунным процессом иммунные реакции становятся более выраженными, происходит реакция антиген-антитело, что может явиться

причиной следующего выкидыша или развития патологии у плода/новорожденного. Так создается «порочный круг», вследствие чего женщина не может выносить беременность или родить здорового ребенка без соответствующей реабилитации, направленной на выведение аутоантител из организма и предупреждения их образования. Выявленные изменения явились основанием для применения комплекса терапии, включающей эфферентные методы лечения, направленные на выведение аутоиммунных антител.

Проведенное лечение показало высокую эффективность предлагаемой этиопатогенетической терапии. У пациенток, получавших предложенные лечебные мероприятия, прерывание беременности произошло статистически значимо реже, чем при традиционном подходе (5,7% (2/35) против 34,5% (10/29);  $\chi^2=6,83$  (с поправкой Йейтса);  $df=1$ ;  $P=0,009$ ). При оценке клинической значимости предложенных лечебных мероприятий для женщин с привычными невынашиванием беременности в анамнезе и аутоенсибилизацией к ХГЧ, было установлено, что снижение относительного риска составило 83,4% (95% ДИ 30,3-96,1%), значения этого показателя превышают 50%, что соответствует клинически значимому эффекту. Снижение абсолютного риска составило 28,8% (95% ДИ 9,8-47,7%). Число пациенток, которых необходимо лечить, составило 3 (95% ДИ 2-10) и указывало на то, что для предотвращения одного случая самопроизвольного прерывания беременности надо лечить трех женщин с применением предложенных мероприятий.

Представленные результаты лечения беременных с привычными невынашиванием беременности в анамнезе и аутоенсибилизацией к ХГЧ свидетельствуют о высокой клинической эффективности предложенных лечебных мероприятий по сравнению с традиционными.

---

*Смирчевский Э.Ф., Коржова Д.А., Белоусова В.Ю.*

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

## **ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ**

Актуальность темы. С наступлением четвертой промышленной революции, развитием интернет-пространства, внедрение интеллектуальных технологий и цифровизация уже оказали большое влияние на наше общество, особенно если учитывать экспоненциальный рост инноваций и развитие, как техно-био-социального существа. В этом контексте некоторые виды занятости уже заменены или расширены за счет использования роботов и систем искусственного интеллекта.

И, вероятно, в будущем их станет еще больше. Уже сейчас не кажется таким нереалистичным вариант будущего, в котором ученым будут помогать технологии, проводя многочисленные эксперименты, управляя большими массивами данных, получая точные результаты, увеличивая коммуникацию, открытость и сотрудничество среди мирового научного сообщества.

Стоит отметить, что меняющиеся реалии привносят свои коррективы. В 2020 году мир претерпел значительные изменения во всех сферах общественной жизни. Новая коронавирусная инфекция и, как следствие, такие превентивные меры против ее распространения, как локдаун, переход на дистанционные формы взаимодействия, ускорили процесс внедрения новых технологий в повседневные будни человека. Возникли прецеденты и новые политические практики, основанные на цифровой трансформации. Социокультурные аспекты жизни, в частности и школьное образование, также были переведены в новый формат.

Тем не менее, очное образование представляет собой важнейшее звено социализации человека, позволяя ему усвоить основные общественные нормы и паттерны поведения. Дистанционные же формы обучения лишены подобной функции, что порождает дискуссии по данному вопросу и нужду в особо тщательном походе к трансформации данной области.

Всем известно, что живая коммуникация-это в первую очередь развитие, человек нуждается в общении. Не имея живой контакт с обществом, психическая деградация неизбежна. Коммуникация, как поток воздуха необходима, для развития, познания человека.

Наступает новая эра цифровой науки, в которой люди начнут внедрять в свою повседневную жизнь все более революционные и передовые технологии, необходимые для экспоненциальных инноваций и развития.

Обобщая результаты вышеизложенного исследования, можно выделить следующие основные проблемы перехода к цифровой экономике России: нехватка человеческих ресурсов, обладающих необходимыми знаниями и компетенциями для активной разработки и внедрения цифровых технологий, и неготовность системы образования к подготовке соответствующих специалистов, необходимость развития технологической базы и совершенствования законодательства в области цифровизации, а также финансовое обеспечение реализации проектов по цифровизации.

Для решения этих проблем должна быть создана соответствующая цифровая экосистема, включающая как цифровую инфраструктуру, так и реализацию комплекса мер по поддержке цифровой трансформации: от совершенствования системы образования до совершенствования законодательства в области применения цифровых технологий в различных отраслях экономики РФ.

Вне всякого сомнения, у каждой страны, которая демонстрирует успехи в создании цифровой экономики, свои успехи, особенности и своя история развития. Как показал выполненный анализ международных рейтингов, абсолютного лидера во всех аспектах цифровизации нет. Но есть опыт более успешных государств. Его целесообразно изучать и адаптировать к ситуации в своей стране с целью более эффективного ее социально-экономического и инновационного (в том числе цифрового) развития.

Можно соглашаться или не соглашаться с оценкой позиций тех или иных государств в данных международных рейтингах, но все они тем не менее фиксируют факт отставания России в развитии цифровой экономики от лидеров этого процесса. Лучше ситуация лишь в столице и крупных городах, но они – это еще не вся Россия.

Революционный и вынужденный процесс внедрения цифровых технологий в современную жизнь и экономику России в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 предоставляет нашей стране шанс. И его необходимо использовать, чтобы выйти с честью из очень сложной ситуации в ближайшем будущем на фоне возможного и предсказуемого экспертами мирового экономического кризиса.

---

*Смирнов Н.Л., Ельский И.К., Сартан Д.И.*

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

## **ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА НА ФОНЕ ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА**

Сочетание обтурации и другой острой патологии билиарного тракта, которой является острый деструктивный холецистит с формированием паравезикального инфильтрата, усугубляет состояние больного и затрудняет выбор тактики лечения. Эти факторы оказывают прямое влияние на частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Нами изучены результаты клинического, лабораторного и сонографического обследования и лечения 86 пациентов с деструктивными формами воспаления желчного пузыря, осложненные формированием паравезикального инфильтрата, были отмечены у 86 пациентов. У всех исследуемых пациентов уровень билирубинемии был более 34 мкмоль/л.

Деструктивное воспаление в стенке желчного пузыря и паравезикальный инфильтрат определяли при сонографическом исследовании. Во всех выявленных случаях воспалительный паравезикальный инфильтрат визуализировался как гиперэхогенное образование в проекции ворот печени, которое полностью или частично затрудняло детальный осмотр общего желчного протока.

Все больные были оперированы в течение первых 2 суток от момента госпитализации. Учитывая недостаточную визуализацию внепеченочных желчных путей, от каких-либо вмешательств (включая эндоскопические) на желчных протоках решено было воздержаться. 64 (74,4%) больным выполнено пункционное дренирование желчного пузыря под сонографическим наведением, 22 (25,6%) паци-

ентам – наружная холецистостомия. Регрессирование желтухи наступало в течение 2-4 суток после выполненного вмешательства. Всем больным выполнялась фистулохолангиография, в ходе которой патология холедоха (холедохолитиаз) подтверждена только у 14 (16,3%) пациентов, которым в последующем проведены эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Случаев послеоперационной смерти не было.

В 83,7% наблюдений развитие обтурационной желтухи на фоне острого деструктивного калькулезного холецистита и паравезикального инфильтрата было вызвано сдавлением гепатодуоденальной связки увеличенным желчным пузырем и вовлечением связки в инфильтрат.

Таким образом при верификации деструктивных форм острого калькулезного холецистита, осложненного формированием паравезикального инфильтрата, у пациентов с клинико-лабораторными признаками обтурационной желтухи показано наружное дренирование желчного пузыря.

Наиболее целесообразно выполнение пункционного дренирования под сонографическим контролем, которое в большинстве случаев позволяет добиться регрессии желтухи и воспаления в желчном пузыре. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства показаны после проведения рентгенконтрастного исследования желчевыводящих путей, подтверждающего присутствие механического препятствия желчеоттоку.

---

*Смирнов Н.Л., Ельский И.К., Смирнова П.Н.*

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

## **ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Печеночная недостаточность, которая развивается без прямого повреждения печёночной паренхимы или желчевыводящих путей всё чаще имеет место в практике лечения неотложной патологии органов брюшной полости.

Как следствие нарушений биотрансформации эндотоксиновых субстанций и биологически активных веществ повреждаются механизмы обезвреживания аммиака, что потенцирует развитие одного из наиболее ярких проявлений печеночной недостаточности -печеночной энцефалопатии (ПЭ).

Целью исследования являлось изучить эффективность L-орнитина-L-аспартата в профилактике и лечении печёночной недостаточности у больных с неотложной хирургической абдоминальной патологией.

В исследование вошли 127 пациентов с различной острой хирургической абдоминальной патологией.

Анализируя клинические данные, отмечено, что ПЭ выявлена у 8 больных с циррозом печени и у 4 больных с обтурационной желтухой контрольной группы, а также у 7 пациентов с обтурационной желтухой, 12 больных с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала (ОКППК) из варикозных вен пищевода и желудка, и у 3 больных с перитонитом. ЭП полностью регрессировала в основной группе у больных с перитонитом и обтурационной желтухой, а также у 7 больных с циррозом и ОКППК к 3 суткам проводимой терапии. В то же время ПЭ сохранялась на прежнем уровне у пациентов контрольной группы. К 5 суткам лечения ПЭ регрессировала у всех больных основной группы, у всех пациентов с обтурационной желтухой и у 3 больных с циррозом печени контрольной группы. В 5 наблюдениях пациентов с циррозом и ОКППК ЭП легкой степени сохранялась и после 5 суток проводимой терапии.

На фоне проводимого лечения к 3 суткам в обеих группах была выявлена тенденция к нормализации биохимических показателей. Статистически значимые изменения были отмечены в содержании общего белка и аминотрансфераз. Причем более показательными указанные изменения были выявлены в основной группе больных, независимо от имевшейся патологии.

К 5 суткам лечения в обеих группах пациентов отмечено достижение нормального содержания белка крови у пациентов с острым панкреатитом, перитонитом и обтурационной желтухой, в основной группе у пациентов с циррозом печени данный показатель вплотную приблизился к нижней гра-

нице нормального значения, чего не отмечалось в контрольной группе. Нормализация уровня АлАТ и АсАТ зафиксирована у больных с острым панкреатитом и перитонитом обеих групп. При этом содержание трансаминаз оставалось повышенным у больных с обтурацией желчных путей и ОКППК на фоне цирроза в контрольной группе.

Таким образом, при использовании L-орнитина-L-аспартата при лечении неотложной абдоминальной хирургической патологии отмечена нормализация биохимических показателей – уменьшение цитолитического синдрома с нормализацией показателей аминотрансфераз, усиление белково-синтетической функции печени. Более выражен данный эффект при заболеваниях, связанных с непосредственным повреждением печеночной паренхимы (ОКППК при циррозе печени, обтурации желчных путей).

Учитывая полученные данные, применение L-орнитина-L-аспартата целесообразно у пациентов с острой хирургической патологией брюшной полости при выявлении биохимических признаков нарушения белок-синтетической функции печени.

---

*Смирнов Н.Л., Сартан Д.И.*

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

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

По данным литературы частота развития осложнений при синдроме обтурационной желтухи значительно варьирует от 27% до 83%. Наиболее тяжелыми осложнениями являются печеночная недостаточность, гнойный холангит и связанные с ними синдром системного воспалительного ответа и сепсис, а также полиорганная недостаточность.

Доказано, что обтурационная желтуха увеличивает риск неблагоприятных исходов любых операций, особенно если они производятся в условиях холангита, печеночной недостаточности, коагулопатии или полиорганной недостаточности – частота осложнений после хирургического лечения на высоте желтухи составляет 24,3-54%, при этом летальность может достигать 7,2-83%.

Проанализированы результаты лечения 427 пациентов с синдромом обтурационной желтухи различной этиологии. Способ ликвидации билиарного блока выбирался в соответствии с тяжестью обтурационной желтухи. Для оценки степени тяжести обтурационной желтухи использовался метод, предложенный В.Д. Федоровым и В.А. Вишневым. Проводимая профилактика и лечение инфекционных осложнений и печеночной недостаточности была идентичной, независимо от вида выполненного вмешательства.

Установлено, что причиной обтурационной желтухи у 301 (70,39%) больных явился холедохолитиаз. Из их числа у 135 (31,62%) пациентов холедохолитиаз сочетался с хроническим калькулезным холециститом, у 89 (20,84%) больного – с острым. В 77 (18,03%) случаях пациенты ранее в различные сроки перенесли холецистэктомию. Поражение поджелудочной железы имело место в 85 (20,01%) случаях, причем злокачественные новообразования панкреатобилиарной зоны выявлены у 81 (19,03%) больного, у 4 (0,98%) пациентов диагностирован острый панкреатит. Стенозирующий папиллит диагностирован у 29 (6,88%) больных. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей имели место у 12 (2,72%) госпитализированных пациентов.

Обтурационная желтуха легкой степени выявлена у 160 (37,54%) больных, средней степени – у 213 (49,86%), тяжелой степени – у 54 (12,61%) пациентов. Различная степень печеночной недостаточности диагностирована у всех больных. Холангит выявлен у 172 (40,25%) пациентов (клинически и/или по интраоперационным данным).

Билиарный блок был ликвидирован при помощи эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 331 (77,56%) больного, традиционными дренирующими операциями – у 96 (22,44%) пациентов.

В послеоперационном периоде имевшиеся и возникшие после интервенции осложнения привели к летальному исходу у 20 (4,57%) пациентов, несмотря на проводившееся комплексное лечение. Наиболее частой причиной смерти явился холангит – умерло 8 (43,59%) больных. Печеночная несостоятельность привела к летальному исходу у 6 (29,49%) пациентов. Опухолевая интоксикация на фоне обтурационной желтухи послужила основной причиной смерти 3 (14,1%) пациентов. После выполнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств развившийся острый некротический панкреатит явился причиной гибели 2 (8,97%) больных. Другие причины, приведшие к летальному исходу (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническое obstructивное заболевание легких) отмечены у 1 (3,85%) пациентов.

У абсолютного большинства пациентов с синдромом обтурационной желтухи развиваются осложнения, связанные с обструкцией билиарного тракта. Оказание своевременной хирургической помощи не может предупредить смерть пациентов от развившихся осложнений, даже несмотря на полноценное их медикаментозное лечение и профилактику. Определение тяжести состояния пациентов с обтурационной желтухой, верификация факторов риска и определение хирургической тактики в соответствии с ними являются одними из наиболее важных вопросов, решение которых может повлиять на снижение летальности и частоты осложнений в послеоперационном периоде.

*Смирнов Н.Л., Тетюра С.М.*

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

## **НЕЙРОСЕТЕВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ**

Для решения задачи прогнозирования исхода заболевания у пациентов с обтурационной желтухой был построен ряд математических моделей с применением ИНС.

В качестве входных параметров были выбраны 244 независимых предиктора, которые отражали паспортные, анамнестические, физиологические, клинические, биохимические показатели исследуемых пациентов и носили смешанный характер (включены как количественные, так и упорядоченные или биномиальные данные). Выходная переменная была представлена как дихотомическая величина (0 или 1).

После процедуры стандартизации базы данных из 618 больных без контрольной группы (удалены пропущенные ячейки, округлены количественные показатели, устранены поля или случаи с отсутствующими данными более чем на 50%, исключены поля с уникальными номинальными значениями) была подготовлена матрица данных для построения математических моделей, при этом все варианты исследуемых случаев были разбиты случайным образом на 2 подмножества: обучающее (70% случаев) и контрольное (30% случаев).

Для построения модели были использованы стандартные способы нейросетевого моделирования путем создания сети МЛП (Multilayer Perceptron Network – многослойный линейный перцептрон), которые позволили построить математические модели, при этом не выбирая заранее ее вид.

Для определения наиболее значимых входных переменных при учете возможности построения как линейных, так и нелинейных зависимостей был проведен отбор факторов с использованием метода генетического алгоритма. В качестве основной модели была использована модель нейронной сети МЛП, который быстро обучается и является чувствительным к избыточным переменным.

Этим методом было обработано 5 наборов разных комбинаций входных предикторов: модель МЛП1 – 51 переменная, модель МЛП2 – 18 переменных, модель МЛП3 – 9 переменных, модель МЛП4 – 5 переменных и модель МЛП5 – 3 переменные. На этих наборах были построены 5 однослойных нейросетевых моделей (по типу многослойного перцептрона с одним входным слоем с разным количеством перцептронов, одним скрытым слоем – 1-15 перцептронов, одним выходным слоем – 2 перцептрона).



Обучение нейросетевой модели проводилось как интерактивное с применением метода градиентного спуска. Для расчета коэффициентов регрессии применялись градиентные методы: метод сопряженных градиентов и методы переменной метрики.

Нейросетевая модель МЛП2, построенная на 17 наиболее значимых входных признаках, и нейросетевая модель МЛП4, построенная на 5 наиболее значимых входных признаках обладают наилучшими прогностическими способностями из всех анализируемых моделей, о чем говорит высокий процент корректных предсказаний на контрольной выборке (91,4% в модели МЛП2 и 92,9% в модели МЛП4), низкий процент исключенных случаев (0% в модели МЛП2 и МЛП4), количество ошибок на контрольной выборке (8,6% в модели МЛП2 и 7,1% в модели МЛП4), количество ложно-отрицательных случаев прогнозирования (2,5% в модели МЛП2 и 1,7% в модели МЛП4). Это позволяет с высокой долей уверенности предсказывать вероятность предполагаемого показателя «Исход заболевания» (ИЗ).

Выбранные нейросетевые модели МЛП2 и МЛП4 показали достаточно высокую чувствительность (92,9% в модели МЛП2 и 94,1% в модели МЛП4) и специфичность (75,0% в модели МЛП2 и 66,7% в модели МЛП4) при прогнозировании зависимого предиктора, причем при уменьшении числа прогнозирующих независимых признаков (менее 5) снижаются прогностические способности модели по отношению к проценту корректных предсказаний прогнозируемого фактора на контрольной выборке, что позволяет говорить о малой эффективности при понижении (менее 5 факторов) сложности модели за счет выделения наиболее значимых признаков. Архитектура ИНС в моделях МЛП2 и МЛП4 представлены на рис.1 и 2, соответственно.

Учитывая, что количество случаев с ложно-отрицательными результатами в МЛП2 меньше (50,0%), чем в МЛП4 (57,9%), а также более высокую специфичность (75,0% в модели МЛП2 и 66,7% в модели МЛП4) можно предложить нейросетевую модель МЛП2 более предпочтительной. Модель обладает чувствительностью >92,9% (95% ДИ: 83,5-100,0%) и специфичностью >75,0%(95% ДИ: 63,7-85,1%).

---

*Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В.*

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

## **СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НА СЛИЗИСТУЮ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ИСПРАВЛЕНИИ КОСОГЛАЗИЯ**

Актуальность. Хирургическое исправление косоглазия осуществляется путем различных манипуляций на глазодвигательных мышцах (ослабление сильной и усиление слабо действующей мышцы). Для доступа к ним всегда производится разрез слизистой глазного яблока параллельно лимбу.

В конце операции традиционно (Краснов М.Л., 1976г.) шов накладывают на рану слизистой также параллельно лимбу, как и был произведен разрез.

Однако данный способ имеет следующий недостаток: при стягивании краев раны слизистой уменьшается эффект ослабления сильно действующей мышцы и, соответственно, эффект исправления угла косоглазия.

Цель работы. Улучшить достигнутый эффект исправления косоглазия модификацией способа наложения шва на разрез слизистой глазного яблока.

Материал и методы. Для усиления эффекта операции исправления угла косоглазия после произведенного в начале операции разреза слизистой параллельно лимбу, в конце операции края раны мы стягивали и ушивали радиально лимбу. Хорошо смещаемая слизистая глазного яблока и небольшой по длине разрез ее (8-10 мм) позволяют произведенный параллельный разрез легко растянуть в радиальном направлении и зафиксировать обвивным швом. (Рационализаторское предложение № 6569 от 03.06.2022 ).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от достигнутого эффекта исправления угла косоглазия манипуляциями на глазодвигательных мышцах в конце операции принимали решение о необходимости наложения шва на слизистую оболочку глазного яблока либо традиционно параллельно

лимбу как и был произведен разрез, предполагая, что эффект ослабления сильной мышцы будет несколько уменьшен.

А при необходимости усиления эффекта исправления угла косоглазия, края раны стягивали и ушивали радиально лимбу. Указанный способ был успешно применен у 30 взрослых пациентов при хирургическом исправлении расходящегося содружественного косоглазия.

Это позволило на  $6^\circ \pm 2^\circ$  повлиять на величину угла косоглазия, в сторону его уменьшения.

Все операции выполняли под микроскопом (11 кратное увеличение). Для обезболивания достаточно местной анестезии инстилляциями 0,5% алкаина или инокаина в конъюнктивальную полость и в рану

В послеоперационном течении осложнений от применения модифицированного способа наложения шва на слезистую глазного яблока не отмечено. Послеоперационная рана во всех случаях наблюдения заживала первичным натяжением, оставляя нежный, еле заметный (под микроскопом) рубец слизистой. Отдаленные результаты от 1 года до 6 лет свидетельствуют о стабильности достигнутого эффекта.

Выводы. Предлагаемый способ является простым, доступным для использования офтальмохирургами стробологами, не требующим дополнительных навыков и нового оборудования. Данный способ может быть применен в условиях офтальмологических отделений.

---

*Смирнова А.Ф., Котлубей Г.В., Голубов К.Э.*

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

## **КОНСЕРВАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА**

У детей грудного возраста инфантильные гемангиомы (ИГ) являются наиболее частыми доброкачественными мягкоткаными опухолями. Данная патология относится к сосудистой мальформации. По данным литературы они встречается у новорождённых в 1-3% случаев и увеличивается к 1-му году до 10%. Особое место занимают ИГ век, слизистой и орбиты, которые в зависимости от размеров и локализации могут привести к деформации краёв века, к развитию стойкого птоза верхнего века, амблиопии. Их локализация рядом с глазным яблоком затрудняет как терапевтическое, так и хирургическое лечение. Согласно «Руководству по лечению инфантильных гемангиом» (ААР 2018г), при данном виде локализации патологического процесса лечение необходимо начинать в ранние сроки.

Существующие консервативные и хирургические методы лечения ИГ недостаточно эффективны, либо имеют противопоказания. В последнее время получены положительные результаты лечения ИГ бета-блокаторами.

Целью работы явилось изучение эффективности местного применения бета-блокатора тимолола 0,5% в лечение ИГ век и конъюнктивы

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 детей с ИГ. Из них у 20 детей гемангиомы были капиллярными и локализовались под кожей верхнего века, причем в 9 случаях с деформацией реберного края, у восьми – кавернозные, с прорастанием в конъюнктиву верхнего века в виде «виноградной грозди». Размеры колебались от величины с горошину до бобового зерна. Гемангиомы были выявлены в возрасте детей 1 – 3-х месяцев новорожденности. ИГ другой локализации у них не выявлено. Срок наблюдения 10 мес.

Всем детям проведено УЗИ сканирование гемангиом, фиксация размеров образования на прозрачной полиэтиленовой пленке, фоторегистрация. Обследования выполнялись ежемесячно в течение первых трех месяцев, а затем каждые два месяца. Все дети наблюдались у кардиологов для исключения побочных эффектов применения бета-блокатора (контролировали уровень глюкозы в крови, ЭКГ, УЗИ сердца).

Детям с локализацией ИГ в коже век применяли примочки с р-ром тимолола 0,5% 3 раза в день по 7-10 мин. При прорастании ИГ в конъюнктивальную полость назначались инстилляциии офтан – тимолол геля 0,5% в том же режиме, причем с целью увеличения длительности действия препарата область слезных точек блокировалась пальцевым прижатием к костям орбиты в течение 5-10мин.

Результаты. Через 1 мес лечения по данным УЗИ выявлено уменьшение ИГ на 0,1 – 0,2 мм, при фоторегистрации и фиксации размеров на полиэтиленовой пленке изменений не выявлено, но окраска стала менее интенсивной. К третьему месяцу наблюдений у детей с прорастанием ИГ в конъюнктиву было отмечено резкое уменьшение образования, на поверхности конъюнктивы отмечено отсутствие звездвидного образования. По данным УЗИ – сканирования, при фоторегистрации и на полиэтиленовой пленке отмечен регресс гемангиом. При дальнейшем наблюдении полный регресс отмечен в 18-ти случаях при капиллярной гемангиоме к восьмому месяцу. Причем полностью восстановился цвет кожи, исчезла деформация края верхнего века. В связи с излечением лечение было прекращено, однако наблюдение за детьми продолжается. В двух случаях капиллярной и при кавернозной гемангиомах размер их значительно уменьшился. Лечение детей продолжается.

При наблюдении у педиатров со стороны общего состояния побочных явлений не выявлено.

Таким образом, местное применение бета-блокатора – тимолола 0,5% показало свою высокую эффективность в лечении капиллярных гемангиом, достаточную эффективность при кавернозных гемангиомах.

*Смирнова А.Ф., Котлубей Г.В., Шевченко В.С.*

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

## **ДАЛЕКОЗАШЕДШАЯ ГЛАУКОМА: ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ**

Далекозашедшая стадия первичной открытоугольной глаукомы является последней стадией заболевания, когда ещё имеются зрительные функции. Для неё характерна большая вариабельность зрительных функций, а именно остроты зрения от 1,0 до 0,04, при резком сужении поля зрения. Задача офтальмологов – как можно дольше сохранить имеющиеся остаточные зрительные функции.

Нами выработан алгоритм ведения больных с далеко зашедшей глаукомой, который включает: подбор адекватной гипотензивной терапии с достижением давления цели, своевременное выявление показаний для ревазуляризирующих операций в зависимости от функциональной диагностической пробы, назначение комплекса полипептидных препаратов (кортексин 10 МГ, ретиналамин 5 МГ).

Цель работы: изучить эффективность предлагаемого подхода к лечению больных с открытоугольной глаукомой в далеко зашедшей стадии.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 226 больных (281 глаз) в возрасте от 58 до 90 лет, из них мужчин – 125, женщин – 101. Срок наблюдения составил от 5 до 17 лет. Все больные были разделены на 3 группы. В первую группу (104 глаза) вошли больные, с уровнем внутриглазного давления (ВГД) соответствующим давлению цели и составил  $17,2 \pm 1,8$  мм рт. ст., во вторую (84 глаза) – имелась компенсация по обще принятым нормам, однако уровень ВГД был выше, чем целевое давление и составил  $22,1 \pm 1,9$  мм рт.ст., в третью (93 глаза) – больные, у которых уровень ВГД соответствовал давлению цели и составил  $17,1 \pm 1,9$  мм рт. ст. и которым проводились ревазуляризирующие операции.

Всем больным проводились офтальмологические обследования, такие как визометрия, тонометрия, тонография, автоматическое определение полей зрения, исследование толерантного давления и др.

Результаты. В течение первого года показатели зрительных функций во всех группах статистически не отличались, однако за период наблюдения в течение первых 6 лет снижение зрения до светоощущения в 1-ой группе составило 5%, во 2-ой группе – 7%, в 3-ей группе – 4%, а через 17 лет наблюдения за пациентами с открытоугольной глаукомой в далеко зашедшей стадии снижение зрения до светоощущения составило – 22%, 34% и 17% случаев соответственно. По данным автоматического определения полей зрения, изменения показателя средней светочувствительности сетчатки (MD) во всех группах в течение первых 3 лет статистически не изменились, однако через 17 лет наблюдения за пациентами с открытоугольной глаукомой в далеко зашедшей стадии ухудшение показателя MD

в первой группе составило 11,1%, во второй – 18,5%, а у пациентов 3-ей группы данный показатель снизился на 6,7%.

**Выводы.** Предлагаемый подход к ведению больных с далеко зашедшей стадией открытоугольной глаукомы, ориентированный на давление цели, проведение курсов нейропротекторной терапии, реваскуляризирующих операций позволяет более длительно сохранить зрительные функции у данной категории больных.

**Соболев Д.В., Висягин А.В.**

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

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ**

В структуре боевой травмы большую часть повреждений несут преимущественно высокоэнергетичный характер; у 37,4±3,5% пострадавших группы сравнения были комбинированные травмы. Большую часть огнестрельных ранений составили слепые непроникающие ранения – 15,3±2,6%. В основной группе больных осложнения были зафиксированы у 20 пациентов (23,2±4,5%), в группе сравнения – у 41 больного (39,4±4,8%). При патоморфологическом исследовании было установлено, что в основной группе больных на 2-3 сутки в тканях раны преобладали сегментоядерные нейтрофилы и дегенеративные формы лейкоцитов. К 5-6 суткам лечения главенствующее место в биопсийном материале заняли клетки гистиогенного происхождения, дегенеративные формы лейкоцитов и сегментоядерные нейтрофилы практически исчезли. Анализ результатов изучения динамики изменения фагоцитарной активности нейтрофилов в основной группе пациентов показал, что к 5-6 суткам ФАН возрастает в 3-6 раз ( $p < 0,05$ ). В процессе послеоперационного лечения происходит существенное снижение высеваемости из отделяемого ран *S. aureus* и других микроорганизмов. Существенных межгрупповых различий в высеваемости микроорганизмов из раневого отделяемого не выявлено. К 21 суткам микробное число, определяемое у больных из экссудата, в основной группе больных у 41% пациентов было существенно ниже «критического уровня», у 44,3% больных основной группы были высеяны единичные микроорганизмы, у 14,7% больных среды были стерильны. У больных группы сравнения сходные показатели были достигнуты к 30 суткам лечения, однако, у 43,5±6,0% больных наблюдались различные осложнения, хронизация воспалительного процесса. При иммунологическом исследовании в сравнении с исходными показателями, увеличилось ( $p < 0,05$ ) содержание Т-лимфоцитов супрессоров/киллеров (CD8+) у больных основной группы к 21 суткам стационарного лечения. По сравнению с исходными показателями, повысилось ( $p < 0,05$ ) содержание В-лимфоцитов (CD-22+). Установлена тенденция к увеличению содержания субпопуляции лимфоцитов Т-хелперов (CD-4+). Все исследуемые показатели были зафиксированы у больных основной группы к 21 суткам лечения, у больных группы сравнения этот процесс был затянут. В основной группе больных к 21 суткам лечения восстанавливается бактерицидная активность нейтрофилов, в группе сравнения этот снижается до нормы лишь на 30-45 сутки лечения. Динамика изменения содержания в крови нейтрофилов и лимфоцитов, количество мёртвых клеток и показателей маркеров CD достоверно коррелирует ( $r=0,437$ ;  $p < 0,05$ ) со степенью тяжести воспалительного процесса. Для развития неблагоприятного исхода травмы наибольшее клиническое значение имеют два фактора риска – повреждение сосудисто-нервного пучка, развитие остеомиелита, так как их отношение шансов имеют максимальные значения 3,29 и 5,33, соответственно. Повреждение сосудисто-нервного пучка у пациента повышает риск неблагоприятного исхода в 3,29 раза (95% ДИ ОШ = 0,82-12,27). Соответственно, появление остеомиелита приводит к возрастанию риска развития осложнений в 5,33 раза (95% ДИ ОШ = 1,89-16,14). Дискриминирующая способность математической модели (диагностические характеристики): чувствительность – 77,8%; специфичность – 81,3%; эффективность – 79,6%; прогностическая ценность положительного результата – 83,2%; прогностическая ценность отрицательного результата – 93,8%.

*Соболева А.А., Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Кондратьев П.А.*

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

## **МАРКЕРЫ КОСТНОГО ОБМЕНА (СТХ-1, ОСТЕОКАЛЬЦИНА) У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

Остеопороз также характеризуется потерей плотности костной массы вместе с микроструктурными изменениями кости, что обуславливает высокий риск ее деструкции. В то же время, для остеопороза не характерна инфекционная этиология. Несмотря на это, оба заболевания неоспоримо связаны хроническим иммунным воспалительным характером течения и ключевой ролью цитокинов в резорбции костной ткани. Более того, ряд исследователей полагают, что низкая плотность челюстных костей при остеопорозе является фактором, провоцирующим развитие пародонтита/

Цель работы: повысить эффективность комплексного лечения генерализованного пародонтита у пациентов с постменопаузальным остеопорозом путём использования препаратов, снижающих резорбтивные процессы в костной ткани.

Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 257 женщин, которые предоставили письменное добровольное согласие на участие. Во время предварительного отбора все женщины были ознакомлены с целями и характером исследования и проинформированы по всем интересующим аспектам.

С целью оценки костного метаболизма у женщин всех исследуемых групп нами были исследованы концентрации в сыворотке крови основных маркеров костного обмена – СТХ-1, остеокальцина.

Отображены результаты определения у лиц основной и контрольной групп сывороточных уровней СТХ-1. Было установлено, что у женщин постменопаузального возраста, имеющих хронический генерализованный пародонтит II степени (ХГП II ст.), было выявлено достоверное повышение содержания СТХ-1 ( $p < 0,001$ ). Так, значения СТХ-1 в группе здоровых женщин (0,439 (0,308-0,536) нг/мл) были значительно ниже концентраций вышеуказанного маркера у обследованных лиц с ХГП II степени (0,564 (0,399-0,700) нг/мл).

Аналогично при ХГП II ст. у женщин постменопаузального возраста были повышены и концентрации остеокальцина. Значения остеокальцина в основной группе были в 1,23 раза выше, чем в группе сравнения (26,9 (21,6-33,0) нг/мл против 21,8 (16,1-27,6) нг/мл;  $p < 0,001$ ).

Выводы: наличие хронического генерализованного пародонтита сочетается у женщин в постменопаузальном периоде с увеличением, уровней СТХ-1 ( $p < 0,001$ ), остеокальцина ( $p < 0,001$ ). Повышение значений СТХ-1 и остеокальцина – регистрируется у больных с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании как с остеопенией ( $p < 0,05$  –  $p < 0,01$ ), так и остеопорозом ( $p < 0,05$  –  $p < 0,01$ ). ( $p < 0,01$ ).

---

*Соболева А.А., Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Кондратьев П.А.*

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

## **МАРКЕРЫ КОСТНОГО ОБМЕНА (ВИТАМИНА D (25(OH)D) И ПАРАТГОРМОНА) У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

В настоящее время к заболеваниям пародонта относят весь спектр воспалительных состояний, основу которых составляет сложное нарушение баланса между воздействием ряда экзо- и эндогенных факторов (микрофлора «зубной» бляшки, повышенная нагрузка и травматизация пародонта, особенности анатомии зубочелюстной системы и мягких тканей преддверия ротовой полости, курение,

сопутствующие заболевания, генетическая предрасположенность, характер питания и т.д.) с одной стороны и факторами защиты макроорганизма, ротовой полости и пародонтального комплекса.

Хронический пародонтит считается воспалительным заболеванием, вызванным микроорганизмами, колонизирующими поверхность зубов ниже десневого края. Данная пародонтальная инфекция приводит к потере альвеолярной кости и, в конечном итоге, к потере зубов, если не проводить соответствующее лечение.

Остеопороз также характеризуется потерей плотности костной массы вместе с микроструктурными изменениями кости, что обуславливает высокий риск ее деструкции. В то же время, для остеопороза не характерна инфекционная этиология. Несмотря на это, оба заболевания неоспоримо связаны хроническим иммунным воспалительным характером течения и ключевой ролью цитокинов в резорбции костной ткани. Более того, ряд исследователей полагают, что низкая плотность челюстных костей при остеопорозе является фактором, провоцирующим развитие пародонтита/

Цель работы: повысить эффективность комплексного лечения генерализованного пародонтита у пациентов с постменопаузальным остеопорозом путём использования препаратов, снижающих резорбтивные процессы в костной ткани.

Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 257 женщин, которые предоставили письменное добровольное согласие на участие. Во время предварительного отбора все женщины были ознакомлены с целями и характером исследования и проинформированы по всем интересующим аспектам.

С целью оценки костного метаболизма у женщин всех исследуемых групп нами были исследованы концентрации в сыворотке крови основных маркеров костного обмена – витамина D (25(OH)D) и паратгормона.

Существенное снижение концентраций маркера насыщенности организма витамином D – 25(OH)D ( $p < 0,001$ ). Зарегистрированное нами значение концентраций 25(OH)D в группе женщин без патологии пародонта было равно 21,9 (17,8-25,9) нг/мл, в то время как показатель, полученный при обследовании пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом II степени (ХГП II ст.) составил 18,3 (13,6-21,2) нг/мл.

Вместе с тем, мы не выявили существенных различий концентрации паратгормона интактного у женщин с ХГП II степени в сравнении со здоровыми ( $p = 0,758$ ). Значения медианы и интерквартильного размаха концентраций данного гормона в указанных группах составили 42,5 (26,8-55,2) пг/мл и 42,3 (35,1-50,1) пг/мл соответственно.

Выводы: наличие хронического генерализованного пародонтита сочетается у женщин в постменопаузальном периоде. Концентрация 25(OH)D в сыворотке крови у женщин с ХГП II степени не зависела от плотности костной ткани и была одинаково снижена по сравнению с контрольными данными как в группе больных с нормальными показателями остеоденситометрии ( $p < 0,01$ ), так и у пациентов с остеопенией ( $p < 0,01$ ) и остеопорозом ( $p < 0,01$ ).

---

*Совпель Я.А., Кутья А.Е., Золотухин А.С., Сабельникова Я.С., Рачкелюк В.В., Голодников И.А.*

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

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Актуальность: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) достаточно часто сочетается с сахарным диабетом (СД) 2 типа. При этом остаются не до конца изученными особенности сосудистых поражений при ХСН и СД 2 типа, в частности структурно-функциональные изменения сосудистой стенки.

Цель: оценить структурные особенности сонных артерий и эндотелиальную функцию у больных с ХСН в сочетании с СД 2 типа.

Материал и методы: 144 больным ХСН в сочетании с СД 2 типа (основная группа), а также 35 здоровым пациентам (группа контроля) было выполнено триплексное сканирование брахиоцефальных артерий и проба с реактивной гиперемией (РГ) при помощи ультразвукового сканера GE LOGIQ V2 с линейным датчиком 8,0-13,0 МГц. Оценивали толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ ОСА), средние по времени скорости кровотока внутренней сонной артерии ( $V_{max}$  ВСА), индексы пульсативности (PI) и резистивности (RI). Выраженность эндотелиальной дисфункции оценивали в пробе с РГ, проводимой по стандартной методике (оценивали диаметр плечевой артерии, индексы PI и RI через 15 и 90 секунд после ее декомпрессии). Для статистической обработки полученных данных использовали программу STATISTICA for Windows/version 10 / StatSoft, Inc. (2011 г.).

Результаты: В группе больных с ХСН и СД 2 типа в сравнении с лицами контрольной группы выше оказались значения  $V_{max}$  ВСА и составили  $74,5 \pm 16,8$  см/с и  $59,3 \pm 12,9$  см/с, соответственно, слева, и  $71,6 \pm 15,6$  см/с и  $58,2 \pm 15,5$  см/с, соответственно, справа, все  $p < 0,05$ . Достоверно более высокими в основной группе оказались и средние величины RI (слева –  $0,81 \pm 0,17$ , справа –  $0,77 \pm 0,20$  по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы –  $0,61 \pm 0,13$  и  $0,63 \pm 0,15$ ,  $p < 0,05$ ), а также PI (основная группа: слева –  $1,57 \pm 0,45$ , справа –  $1,67 \pm 0,51$ ; контрольная группа, соответственно:  $1,15 \pm 0,39$  и  $1,11 \pm 0,31$ ,  $p < 0,05$ ). У больных с ХСН и СД 2 типа отмечено значимое утолщение КИМ ОСА (слева –  $1,62 \pm 0,47$  мм, справа –  $1,71 \pm 0,54$  мм), причем выраженное утолщение КИМ ОСА было выявлено в 71,5% случаев, что значительно превышало показатели в группе контроля, в которой толщина КИМ ОСА была в пределах нормальных значений (слева –  $0,85 \pm 0,21$ , справа –  $0,87 \pm 0,31$ ,  $p < 0,05$ ). При выполнении пробы с РГ в контрольной группе на 15 и 90 секундах имело место отчетливое увеличение диаметра плечевой артерии (соответственно на  $5,49 \pm 2,14\%$  и  $9,04 \pm 0,73\%$ ,  $p < 0,05$ ) и снижение RI (соответственно на  $-6,02 \pm 2,11\%$  и  $-16,8 \pm 5,12\%$ ,  $p < 0,05$ ). В то же время в основной группе реакция плечевой артерии характеризовалась отсутствием существенного вазодилататорного ответа (увеличение ее диаметра было незначительным либо отсутствовало у 68,2% больных) или аномальной (парадоксальной) вазоспастической реакцией (у 23,7% больных).

Выводы: У больных с ХСН в сочетании с СД 2 типа выявлены значимые структурно-функциональные изменения артерий: у большинства больных выявлено выраженное утолщение КИМ ОСА, повышенная сосудистая резистентность и эндотелиальная дисфункция.

*Соколов В.Н., Науменко Ю.В.*

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

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Актуальность. Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости представляет собой один из наиболее сложных разделов клинической педиатрии. Это объясняется многообразием клинических форм аритмий, отсутствием единого понимания механизмов их возникновения, и, следовательно, общепринятых методов лечения. Условно все нарушения ритма, встречающиеся в детском и подростковом возрасте, можно разделить на тахикардию, брадикардию и экстрасистолию. Экстрасистолия является наиболее частым вариантом аритмии в детском возрасте (около 50% всех случаев). Выбор лечебно-профилактических мероприятий часто оказывается наиболее сложной проблемой, стоящей перед врачом при ведении больного с экстрасистолией.

Цель: уметь диагностировать и определять тактику ведения ребенка с аритмией.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 67 детей (35 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 12 до 17 лет с различными видами нарушения ритма сердца и были представлены суправентрикулярной экстрасистолией (28 чел., 41,7%), синусовой тахикардией (10 чел., 14,9%), желудочковой экстрасистолией (3 чел., 4,4%), синусовой брадикардией (9 чел., 13,4%), синусовой аритмией (11 чел., 16,4%), миграцией водителя ритма по предсердиям (6 чел., 8,9%). В контрольную группу вошли 60 здоровых сверстников (40 мальчиков и 20 девочек). Комплексную оценку состояния сердечно-сосудистой системы проводили на основании данных клинического осмотра, стандартной

электрокардиографии (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ). По показаниям выполняли суточное мониторирование артериального давления. Обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета MedStat.

Результаты. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на сердцебиение (55 чел., 82%), среди них 28 (50%) детей отмечали сердцебиение при физической нагрузке, 27 (49%) чел. – в покое, повышенную утомляемость (15 чел., 22,3%), головные боли (10 чел., 14,9%), слабость (14 чел., 20,8%). Кроме того, 10 (14,9%) детей отмечали боль в области сердца, 5 (7,4%) пациентов предъявляли жалобы на нарушение сна. В 13 (19,4%) случаях пациенты были направлены для динамического наблюдения с установленным диагнозом, в 54 (80,5%) случаях диагноз был верифицирован в ходе обследования. Цель медикаментозной терапии при желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) – подавить желудочковую эктопическую активность и предотвратить развитие аритмогенной дисфункции миокарда. Для купирования частой желудочковой экстрасистолии применяли лидокаин (1% раствор 1-3 мг/кг массы в 10-15 мл изотонического раствора), аймалин 2,5% раствор. Для лечения желудочковой аритмии препаратами первого ряда являлись β-адреноблокаторы (тразидор, обзидан, вискен, пропранолол и др.). У всех пациентов с ЖЭ наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения количества ЖЭ за сутки на 50% и более. При наличии у ребенка частой или полиморфной ЖЭ, в случае неэффективности β-адреноблокаторов или блокаторов кальциевых каналов, назначали антиаритмические препараты I или III класса (С).

Выводы: залогом успешного лечения нарушений ритма сердца у детей является ранняя диагностика и правильно подобранная терапия. Эффективность лечения оценивается по улучшению субъективного и объективного состояния пациента, результатам физикального обследования, данным стандартной ЭКГ и холтеровского мониторирования.

---

*Соколовская Л.Н., Хаустова С.Ю.*

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

## **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

В столичные и областные вузы России ежегодно приезжает большое количество иностранных студентов. Каждый студент объективно проходит процесс адаптации. Закономерно, что для иностранных студентов требуется значительно больше времени на адаптацию к образовательному пространству университета. Помощь в адаптации студентам из-за рубежа к новой образовательной и культурной среде – важная задача педагогики высшей школы. При интеграции в это пространство происходит перенапряжение физиологических систем организма, что порой приводит к их срыву. Не подлежит сомнению, что основой адаптации к новым средовым условиям является центральная нервная система.

Целью нашего исследования было изучение особенностей сенсомоторного реагирования иностранных студентов первого года обучения, как показателя адаптации к учебной деятельности. Работа была нацелена и на выделение доминирующих факторов дезадаптации к адаптивно-развивающей образовательной среде.

Использование методов психофизиологического тестирования для оценки функционального состояния нервной системы (НС) особенно актуально при наличии языкового барьера, так как они лишены сознательного контроля.

Психологическая диагностика выполнялась на аппаратно-программном комплексе «НС-Психотест» («НейроСофт», Россия, г. Иваново). Психофизиологическое тестирование включало анализ показателей простой (ПЗМР) и сложной (реакция различения (РР)) зрительно-моторных реакций. Объектом исследования были 86 студентов 1 курса медицинского факультета, которые были разделены на две группы: иностранные студенты (экспериментальная), и российские студенты (контрольная).



При анализе среднегрупповых показателей ПЗМР и РР очевидно, что среднее время реакций ПЗМР и РР, так же как и среднеквадратичное отклонение у студентов экспериментальной группы выше, чем у студентов контрольной ( $207,71 \pm 4,21$  мс и  $197,85 \pm 3,89$  мс;  $327,85 \pm 21,89$  мс и  $290 \pm 8,25$  мс соответственно). Следовательно, у иностранных студентов ниже скорость переработки информации и менее уравновешены нервные процессы, чем у представителей контрольной группы. Надо отметить, что коэффициент точности Уиппла у иностранных студентов практически в два раза выше ( $0,084 \pm 0,04$ ), чем у российских однокурсников. Это означает, что им сложнее сконцентрироваться на качественном выполнении задания. Однако УФВ оказался выше у иностранцев –  $3,7 \pm 0,4$  у.е. Соответственно, у студентов из зарубежья имеются достаточные функциональные резервы ЦНС.

В рамках нашего исследования было проведено социологическое исследование адаптации иностранных студентов к условиям обучения в ВУЗе. Его цель – конкретизация факторов, которые существенно снизили функциональный уровень нервной системы обследуемых этой группы, о чем свидетельствуют вышеизложенные экспериментальные данные. В анкете респонденты ответили на 59 вопросов, связанных с проживанием и учёбой в России. Большинство опрошенных столкнулось с проблемой необходимости общения на русском языке и отсутствием родных и друзей. Все анкетированные посчитали, что акклиматизация не повлияла на состояние их здоровья, однако отметили, что для них характерны бессонница, утомляемость, перепады настроения.

Система организации обучения, преподавательский состав всех респондентов полностью устраивает, в то же время, в процессе обучения иностранные студенты сталкиваются с такими проблемами, как плохое знание русского языка, вследствие этого имеют трудности при устных ответах и конспектировании лекций.

Использование нами современных дидактических средств, таких как рабочая тетрадь студента, электронная рабочая тетрадь, тетрадь-практикум позволяет сгладить языковую проблему при организации самостоятельной работы студентов.

---

*Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ**

Аутоиммунные энцефалиты представляют собой группу неинфекционных иммуноопосредованных воспалительных заболеваний головного мозга с поражением коркового или глубокого серого вещества с вовлечением или без вовлечения белого вещества, мозговых оболочек или спинного мозга, связанных с образованием нейрональных антител к различным структурам мозговой ткани. Аутоиммунные энцефалиты сопоставимы с инфекционными по распространенности ( $13,7/100000$  и  $11,6/100000$ ) и заболеваемости ( $0,8/100000$  и  $1,0/100000$  соответственно), но в последнее время их выявляемость увеличивается, что связывают с улучшением диагностики аутоантител (Dubey D. et al., 2018).

Патофизиологической основой развития аутоиммунного энцефалита является образование нейронспецифических антител к различным компонентам нейронов, аутоантигены которых разделены на внутриклеточные (ядерные, цитоплазматические, внутриклеточные синаптические) и внеклеточные (клеточно-поверхностные (мембранные) и внеклеточные синаптические) (Dubey D. et al., 2018). Потенциальными триггерами запуска аутоиммунных реакций являются инфекционные агенты или злокачественные новообразования.

Клиническая картина аутоиммунного энцефалита не имеет единого четко выраженного синдрома. При этом критерии ранней диагностики возможного аутоиммунного энцефалита, наряду с клиническими признаками, включают также воспалительные изменения в ликворе и МРТ-изменения головного мозга, отражающие медиальное поражение одной или обеих височных долей или множественное вовлечение серого и/или белого вещества. Для перевода диагноза в статус подтвержденного

аутоиммунного энцефалита конкретного типа необходимо выявление соответствующих аутоантител в сыворотке крови или в ликворе (Graus F. et al., 2016).

В клинике Мэйо у взрослых пациентов с подозрением на аутоиммунный энцефалит аутоантитела были выявлены в 3,6% случаев (из 22472) в сыворотке крови и в 4,2% (из 18745) – в ликворе, у детей – 4,4% (из 5649) и 5,5% (из 5136) случаев соответственно. Наиболее часто выявлялись аутоантитела к антигенам NMDAR, GAD65, LGI1, CASPR2, MOG и ANNA1 (Kunchok A. et al., 2022).

Возраст моложе 20 лет был связан с NMDAR и MOG антителами (отношение шансов (ОШ): 8,11 и 7,84 соответственно;  $p < 0,001$ ), старше 65 лет – с GABABR, LGI1, CASPR2 и ANNA1 антителами (ОШ: 7,33, 14,98, 3,67 и 14,53;  $p < 0,001$ ). Женщины составляли 60% когорты NMDAR-антител (ликвор) и 78% – GAD65-антител (ликвор и сыворотка) (ОШ: 1,32;  $p = 0,002$ ) и 2,23;  $p < 0,001$ ) соответственно). Мужчины составляли 62% когорты LGI1-антител (ОШ: 1,87;  $p < 0,001$ ). В группе женщин моложе 20 лет выявилась наибольшая связь с NMDAR-антителами (ОШ: 7,72;  $p < 0,001$ ) (Kunchok A. et al., 2022).

Часть клинического ядра аутоиммунного энцефалита составляют эпилептические приступы, которые вызываются гетерогенной группой аутоантител (Gillinder L, Britton J., 2022). В исследовании L. Yao и соавторов (Yao L. et al., 2019) у 103 пациентов с диагнозом аутоиммунного энцефалита и с положительными тестами на антитела к антигенам NMDAR (70%), LGI1 (16%), GABABR (11%) и CASPR2 (3%) эпилептические приступы наблюдались в острой фазе заболевания в 81% случаев. У 47% из них приступы были ежедневными, у 36% отмечались приступы нескольких типов, а у 21% пациентов развился эпилептический статус. При этом характерна высокая частота приступов в течение суток при их относительной кратковременности.

Иммунная эпилепсия является одной из этиологических групп эпилепсии и в Международной классификации болезней 11-го пересмотра отнесена к разделу «8А60 Эпилепсия вследствие структурных или метаболических состояний или заболеваний» с кодом «8А60.8 Эпилепсия вследствие иммунных нарушений». В ряде случаев эпилепсия может сочетать инфекционную, аутоиммунную и структурную этиологию, что связано с повреждением вещества головного мозга инфекционными или аутоиммунными процессами.

Иммунная эпилепсия развивается непосредственно в результате иммунных нарушений, при которых приступы выступают основным симптомом заболевания. При этом выделяют острые симптоматические приступы, вторичные по отношению к аутоиммунному энцефалиту, и аутоиммунно-ассоциированную эпилепсию со стойкой предрасположенностью к вторичным хроническим приступам (Steriade C. et al., 2020).

Острые симптоматические приступы возникают в активной фазе иммуноопосредованного энцефалита и заканчиваются с ремиссией энцефалита. Фактически эти приступы не расцениваются как самостоятельная нозологическая форма, при этом острая фаза большинства антитело-опосредованных энцефалитов с приступами может длиться несколько месяцев, однако риск развития эпилепсии обычно невелик.

Аутоиммунно-ассоциированная эпилепсия – это хроническое состояние, при котором эпилептические приступы являются вторичными по отношению к аутоиммунному повреждению головного мозга и развиваются вследствие продолжающихся аутоиммунных нарушений и связанных с ними структурных изменений головного мозга. Наиболее высокий риск ее развития отмечается при аутоиммунных энцефалитах с антителами к внутриклеточным антигенам GAD65, Hu, Ma2 – более 60-80% (Chen B. et al., 2021). При этом часто такие приступы оказываются устойчивыми как к противосудорожной терапии, так и к иммунотерапии (Шилкина О.С. и соавт., 2022).

Острые симптоматические приступы чаще наблюдаются в острой фазе аутоиммунных энцефалитов с антителами к внеклеточным антигенам GABABR, GABAAR, NMDAR, LGI1 – более 80% случаев (Chen B. et al., 2021). При этом фокальные приступы с нарушением сознания встречаются у 73,3% пациентов, фокальные с вторичной генерализацией в билатеральный тонико-клонический – в 33,3-78% случаев, фокальные с осознанием – у 46,7% пациентов, эпилептический статус (в т.ч. рефрактерный бессудорожный) – в 3,3-21,7% случаев (Yao L. et al., 2019; Morano A. et al., 2020).

Семиология приступов самая разнообразная – отмечаются миоклонические подергивания, клоническое отклонение головы, тоническое положение конечностей, тоническое аксиальное положение,

периоральные и жестовые автоматизмы, фацио-брахиальные дистонические приступы, приступы дежавю и паники, фокальные немоторные приступы с прогрессированием до рефрактерного эпилептического статуса, тепловые (прилив тепла вверх по телу), сенсорные и пиломоторные фокальные приступы с сохраненным сознанием, пароксизмальные приступы головокружения, рефрактерный бессудорожный эпилептический статус, двусторонние тонико-клонические приступы, субклинические приступы (Шилкина О.С. и соавт., 2022; Yao L. et al., 2019; Morano A. et al., 2020).

Изменения ЭЭГ редко бывают специфичными (исключение – паттерн «экстремальных дельта-щеток» при NMDAR энцефалите). В начале приступа наиболее часто наблюдается ритмическая тета-активность, реже – последовательность пиков и медленных волн или ритмичная дельта-активность, возможны паттерны кратковременного уплощения ЭЭГ и генерализованных пароксизмальных разрядов (Morano A. et al., 2020).

Лечение аутоиммунных энцефалитов с эпилептическими приступами, помимо иммунотерапии 1-й и 2-й линии, должно включать противоэпилептические препараты со свойствами блокирования натриевых каналов (топирамат, карбамазепин и окскарбазепин, ламотриджин, лакосамид, фенитоин; частично – вальпроат натрия и фенобарбитал). Аутоиммунные энцефалиты с антителами к поверхностным антигенам с большей вероятностью реагируют на иммунотерапию, особенно при ранней диагностике. Исключение составляет GABABR-энцефалит, требующий длительного применения противоэпилептических препаратов с эффективностью контроля приступов только в 55% случаев (Chen B. et al., 2021).

Таким образом, часть клинического ядра острой фазы аутоиммунных энцефалитов составляют эпилептические приступы, которые чаще ассоциируются с антителами против внеклеточных антигенов нейронов и характеризуются множественной семиологией и достаточно хорошей эффективностью иммунотерапии.

---

*Сорокопуд Е.П., Альмешкина А.А.*

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

## **УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ УЧАСТИЯ В ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ**

Цель работы. Оценить уровень психологического стресса пациентов с признаками боевой психической травмы в зависимости от длительности участия в военных действиях.

Материал и методы. В исследовании приняли участие больные с признаками боевой психической травмы, в возрасте от 19 до 54 лет (медиана возраста исследуемых составила 36 лет (29,5-44,5)), находящиеся на лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице-медико-психологическом центре в октябре-ноябре 2022 года. В зависимости от длительности участия в военных действиях были сформированы группы исследования: I группу составили пациенты, которые принимали участие в боевых действиях до полугода – 50% (20 чел.), II группа включала больных, длительность участия в военных действиях которых составляла более 6 месяцев – 50% (20 чел.). В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Социально-психологический метод был направлен на исследование уровня психологического стресса. Для этого были отобраны «Опросник нервно-психического напряжения (НПН)», «Шкала психологического стресса, PSM-25», «Тест нервно-психической адаптации (НПА)» И.Н. Гурвича. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), в случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и при гомогенности дисперсий использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение

отличалось от нормального – критерий Манна-Уитни. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты и обсуждение. В зависимости от длительности участия в военных действиях у испытуемых были выявлены статистически значимые различия при исследовании уровня НПН: I группа –  $72,6 \pm 9,2$  (68,3-76,8), II группа –  $64,6 \pm 8,3$  (60,7-68,5);  $p=0,007$ . В обеих группах уровень НПН соответствует второй степени, однако у пациентов, принимающих участие в боевых действиях менее 6 месяцев он статистически значимо выше и приближается к третьей степени. Не было выявлено статистически значимых различий между группами при оценке уровня НПА/ групп психического здоровья (I группа –  $56,6 \pm 12,7$  (50,6-62,5), II группа –  $51,5 \pm 11,9$  (46-57,1);  $p=0,201$ ) и психологического стресса (I группа – 154 (114-168,5), II группа – 138,5 (117-163,5);  $p=0,570$ ). То есть вне зависимости от того сколько времени испытуемые участвовали в военных действиях, они соответствуют V группе психического здоровья, что говорит о том, что у них наблюдаются существенные признаки психической патологии. Также не было выявлено статистически значимых различий между группами в показателе психической напряженности, он соответствует среднему уровню стресса, однако в I группе он близится к высокому уровню.

Выводы. Следовательно, большинство пациентов, вернувшихся после участия в боевых действиях, вне зависимости от его длительности, дезадаптированы в той или иной степени, однако у испытуемых, которые участвовали в боевых действиях менее полугода уровень стресса выше. Это, возможно, связано с тем, что чем дольше военные участвуют в специальной операции, находятся в НПН, тем мощнее задействуются и мобилизуются их внутренние функциональные ресурсы, помогающие совладать со стрессором и обеспечить свою жизнедеятельность в экстремальных условиях, при этом, возвращаясь с боевых позиций, резервы истощаются и это приводит к высокой вероятности развития различных психических расстройств, но в несколько меньшей степени выраженности.

*Сочилин А.В., Зейналова А.А., Белоконь Т.М.*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Современная реальность, быстро меняющиеся условия внешней среды, обуславливают потребность в формировании эффективных тактик восстановительного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Особую значимость приобретают немедикаментозные технологии при различных коморбидных состояниях.

В нашей стране разработан способ повышения неспецифической резистентности организма за счет адаптации к гипоксии, развивающейся при дыхании газовой смесью, содержащей 10% кислорода и 90% азота при нормальном атмосферном давлении в циклично-фракционированном режиме прерывистой нормобарической гипоксии.

Эффект гипоксического воздействия связывают с повышением неспецифической резистентности организма к широкому спектру неблагоприятных факторов внешней среды. Включение в лечение пациентов с различными хроническими заболеваниями нормобарической гипокситерапии на этапе реабилитации положительно влияет на клинические проявления заболевания и улучшает показатели функции внешнего дыхания, и сатурации кислородом гемоглобина крови. Эффективность нормобарической гипокситерапии составляет, по данным большинства авторов, даже более 80% и является перспективным немедикаментозным методом лечения пациентов с хроническими заболеваниями в стадии компенсации.

Собственные клинические наблюдения также позволяют утверждать о значительном эффекте применения процедуры «Горный воздух» для больных ХОБЛ пылевой этиологии с сочетанными заболеваниями. Анализ результатов пик-флоуметрии у больных показал, что после комбинированного лечения отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение пиковой скорости выдоха от первого к послед-

нему сеансу курса (с  $48,0 \pm 1,9\%$  от должной величины до  $62,1 \pm 2,4\%$ ) и уменьшение суточного разброса пиковой скорости выдоха к концу курса (с  $0,90 \pm 0,02$  до  $0,20 \pm 0,02$  л/сек). Полученные данные свидетельствуют о снижении трахеобронхиальной гиперреактивности и уменьшении бронхиальной обструкции.

Адаптация к нормобарической гипоксии обладает благоприятным воздействием на клиническое состояние больных ХОБЛ, снижая количество жалоб. Сравнительный анализ показывает достоверное различие и эффективность комбинированного лечения с адаптацией к гипоксии по сравнению с одной только медикаментозной терапией.

---

*Сочилин А.В., Кошелева Е.Н., Зейналова А.А., Хомутова С.Е.*

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

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Спирометрия является ведущим методом в диагностике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Распространенность ХОБЛ, ее раннее выявление, точность диагностики зависит от применяемых критериев при направлении на спирометрию во время профилактических осмотров, а также качества проведения данного обследования, прежде всего в первичном звене здравоохранения.

ХОБЛ в настоящее время является одним из наиболее значимых заболеваний, учитывая бремя социальных проблем, которое несет общество, связанное с прогрессирующим течением болезни и ее системными эффектами. Наиболее часто ХОБЛ диагностируются у курящих пациентов старше 40 лет, с наличием таких симптомов как кашель с выделением мокроты и одышка. Однако ХОБЛ может начинаться и в более молодом возрасте! Главными факторами риска развития ХОБЛ у молодых являются курение, бронхиальная гиперреактивность, профессиональные вредности и частые респираторные инфекции в детстве. Гиподиагностика ХОБЛ чаще характерна для лиц молодого возраста и нередко связана с незначительными проявлениями у них респираторных симптомов. «Глобальная стратегия по диагностике, лечению и профилактике хронической обструктивной болезни легких (GOLD) отводит спирометрии ведущую роль в диагностике ХОБЛ и определении ее степени тяжести. Основой диагноза является выявление частично обратимой или необратимой бронхиальной обструкции. Определение степени тяжести заболевания также базируется на спирометрических критериях. Кроме того, уровень распространенности ХОБЛ находится в прямой зависимости от используемых в исследованиях диагностических критериев

ХОБЛ является 3 причиной смертности во всем мире по данным Всемирной организации здравоохранения. Численность заболевания неуклонно растет. В связи с этим все более актуальным является ранняя диагностика ХОБЛ и назначение своевременной адекватной стартовой терапии. По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируются своевременно. В помощь врачу первичного звена представляем алгоритм ранней диагностики ХОБЛ:

1. Симптомы: кашель с продукцией мокроты в утренние часы, появление одышки через несколько лет с момента кашля;

2. Анамнестические признаки: курение (более 10 пачек/лет – достоверный фактор риска), профессиональный фактор (контакт с пылью более 5 лет);

3. Спирография: отрицательный бронхолитический тест с сальбутамолом 400 мкг, ОФВ1/ФЖЕЛ меньше 0,7.

Показаниями для направления к пульмонологу являются: наличие хотя бы одного из факторов 1 и 2 пунктов, с обязательным наличием 3 пункта алгоритма.

Ранняя диагностика ХОБЛ пылевой этиологии способствует лучшей приверженности лечению увеличению продолжительности жизни. Кроме этого, спирометрия, проводимая в первичном звене, может способствовать мотивации пациентов, помогая принять решение отказаться от курения.

*Сперанский И.И.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ**

Проблема лечения больных с диабетической стопой (СДС) является одной из ведущих в гнойной хирургии. Несмотря на то, что ежегодно на территории России проводится более 20 конференций и съездов, посвященных данной проблеме, в периодической литературе печатается более 50 статей посвященных этой патологии, но все равно встречаются ошибки при диагностике и лечении данной группы больных. Свидетельством этой проблемы является рост необоснованных, особенно высоких ампутаций конечностей, послеоперационной и отдаленной летальности и инвалидности данной группы пациентов. Поэтому проведение анализа диагностических и тактических ошибок при лечении больных с синдромом диабетической стопы является весьма актуальной и необходимой проблемой.

Цель исследования: Провести анализ результатов лечения больных с данной патологией, найти причину диагностических и тактических ошибок при лечении СДС и разработать тактику профилактики и лечения гнойно- некротических осложнений у данной группы больных

Материал и методы. Выборочно проведен анализ диагностики и лечения 247 пациента с СДС, которые лечились в Отделе термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака с января 2012 г. по декабрь 2021 г. Возраст пациентов от 40 до 89 лет (средний возраст 52+5,18 года). Мужчин было 113 (45,75%), женщин – 134 (54,25%). Из них с нейропатической формой СДС было 67 (27,12%), с нейроишемической 180 (72,88%). У большинства анализируемых больных были II-V стадии гнойно-некротического процесса по F.W. Wagner. Длительность заболевания сахарным диабетом в исследуемой группе колебалась от вновь выявленного (10 пациентов – 4,04%) до более 30 лет (19 пациентов – 7,6%). СД 1 типа страдали 11 больных (4,45%), СД 2 типа – 236 пациента (95,54%). Сопутствующая патология в виде гипертонической болезни, ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярной болезни, железодефицитная анемия, гепатиты, патология опорно-двигательного аппарата, ожирение наблюдалась у 81,9% больных. Оценивалось выполнение стандартов обследования и лечения больных с СДС: объем и качество осмотра стопы, обследование сосудистой системы нижних конечностей (по показаниям), уровня сахара крови в динамике, консультации смежных специалистов – сосудистых хирургов, эндокринолога, терапевта и невропатолога (при наличии сопутствующей патологии) и др.; адекватное применение антибиотиков, спазмолитической терапии, адекватность обезболивания и местного лечения; характер и сроки проведения оперативного вмешательства, наблюдение в послеоперационном периоде и т.д. Обследование больных с гнойно-некротическими процессами при СДС должно обязательно включать: 1. Оценку объема и глубины поражения; 2. Оценку микро – и макрогемодинамики; 3. Оценку инфекционного статуса и течения раневого процесса. 4. Оценку лабораторного и клинического обследования пациентов с СДС. 54 пациентам исследуемой группы произведено рентгенологическое исследование сосудов нижних конечностей, 41 из них выполнена рентгенангиопластика. Детальная оценка микроциркуляторного русла позволяет более адекватно оценить резервы микрокровотока и строить дифференцированную тактику хирургического лечения.

Под дефектом оказания медицинской помощи понимают: ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания МП, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Медицинская ошибка: случайное причинение вреда жизни или здоровью пациента, вызванного ошибочными действиями или бездействием медицинского работника, характеризующимися его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям и отсутствию признаков умысла, халатности, небрежности либо неосторожности.

Результаты. Различные ошибки и дефекты диагностики и лечения были выявлены у 165 пациентов исследуемой группы (66,8,7%):

1. Организационные ошибки (независящие от лечащего врача): длительное лечение в амбулаторных условиях или в общехирургических отделениях; отсутствие консультации ангиохирурга, эндо-

кринолога, терапевта, невролога; не проводилось УЗИ сосудов; отсутствовало рентгенообследование при костной патологии; нет динамического наблюдения за уровнем сахара крови и др. как на догоспитальном этапе, так и в стационарах; отсутствует психотерапевтическая помощь данной группе пациентов как перед операцией, так и после неё.

2. Диагностические ошибки: поверхностный осмотр и недооценка тяжести состояния пациента при поступлении в стационар; недостаточность лабораторного и рентгенологического обследования; неправильное истолкование полученных данных; неправильное определение типа СД, использование устаревших методов диагностики.

3. Ошибки лечебного характера: недооценка тяжести состояния пострадавшего при поступлении в стационар; отсутствие или неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия; задержка с назначением антибактериальной терапии; отсутствие профилактики осложнений местного и общего характера; необоснованно длительное консервативное лечение гранулирующих и некротических ран; отказ от проведения хирургической некрэктомии или выполнение ее в поздние сроки; неадекватное хирургическое лечение и дренирование ран; расширение показаний к ампутациям конечностей на уровне бедра; применение травматичных методов хирургической обработки ран при нестабильной гемодинамике и уровне сахара. Но основной ошибкой было стремление врачей за одно оперативное вмешательство сделать весь объем хирургической помощи при данном поражении, включая элементы пластической хирургии с зашиванием наглухо ран после первичной хирургической обработки, часто с чрезмерным натяжением краев раны. При местном лечении редко использовались специальные раневые повязки, не учитывалась фаза раневого процесса, часто применялись дубящие и спирт-содержащие антисептики, что противопоказано при СДС. На основании проведенного анализа был разработан алгоритм лечебной и хирургической тактики у больных с гнойно-некротическими поражениями при СДС с учетом объема поражения и данных макро- и микрогемодинамики, фазы раневого процесса.

Общие принципы лечения больных с СДС включали: хирургическую обработку гнойно-некротического очага, направленную адекватную антибактериальную терапию, местную терапию раны с использованием современных перевязочных средств, компенсацию СД, двигательную разгрузку стопы, кожную пластику дефектов стопы (по показаниям). Конечным этапом хирургического лечения у ряда больных как с нейропатической, так и с нейроишемической формой СДС было выполнение кожно-пластических операций на стопе (некрэктомия, УЗ-кавитация, дистальная резекция стопы, аутодермопластика, пластика местными тканями, комбинированная кожная пластика).

Выводы: Лечение синдрома диабетической стопы является непростой задачей, и возможно только при взаимодействии опытных специалистов – общего хирурга, сосудистого хирурга, пластического хирурга или комбустиолога, эндокринолога, терапевта -кардиолога, психотерапевта, анестезиологов – реаниматологов.. Это особенно важно, потому что синдром диабетической стопы сопровождается с комплексами другой тяжелой соматической патологии, что увеличивает риски неблагоприятного (летального) исхода при лечении.

Наши наблюдения показали, что у больных с сахарным диабетом, осложнившимся СДС при индивидуальном подходе к местному и общему лечению, имеется возможность предотвратить неизбежную ампутацию конечности в ближайшее время и снизить послеоперационную летальность, что является основной задачей лечения данной группы больных на данном этапе развития СДС. В результате адекватной предоперационной подготовки и хирургической тактики у больных с гнойно-некротическими поражениями при СДС с учетом объема поражения и данных макро- и микрогемодинамики позволило нам снизить средний срок лечения в стационаре на 13,7 койко – дня, отказаться от ампутации у 17 больных с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

*Статинова Е.А., Бубликова А.М., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сигитова Е.В., Шевченко В.В., Масенко В.В.*

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

## **НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, проявляющееся сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений, обусловленное дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции с накоплением в них белка  $\alpha$ -синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений. Несмотря на медленно прогрессирующее течение процесса и продолжение привычной для пациента противопаркинсонической терапии, может развиваться острая декомпенсация заболевания – внезапное нарастание симптомов паркинсонизма, сопровождающееся существенным ограничением функциональных возможностей пациента и сохраняющегося более 24 часов. Данные расстройства развиваются у 0,3-1% больных БП ежегодно, а в 10% случаев приводит к летальному исходу. К ним относят:

акинетический криз (АК); акинетико-гипертермический (злокачественный) синдром (АГС); злокачественный нейролептический синдром (ЗНС); тяжелые инвалидизирующие дискинезии с гипертермией; психоз; серотониновый синдром (СС).

Неотложные состояния при БП, в зависимости от состояния и степени вовлеченности дофаминергической системы, условно можно разделить на две группы:

1. Неотложные состояния, возникающие в результате дофаминергического дисбаланса:

А- развивающиеся в период «OFF» или гиподисфункции дофаминергической системы: синдром паркинсонизм – гиперпирексия или акинетический криз; Б – развивающиеся в период «ON» или избыточной активности дофаминергической системы: психоз, тяжелая дискинезия с гиперпирексией и т.п.;

2. Неотложные состояния, не связанные напрямую с состоянием дофаминергической системы (серотониновый синдром, электролитные нарушения и т.п.)

При развитии АК и АГС в кратчайшие сроки должна быть проведена диагностика возможных интеркуррентных заболеваний, проведен комплекс лабораторных обследований. Основой терапии акинетического криза является восстановление приема дофаминергической терапии в случае ее отмены. Важным дополнением к терапии является введение раствора амантадина сульфата как препарата, способного снизить активность глутаматной системы, лежащей в основе АГС. Терапия метилпреднизолоном существенно улучшает исходы и сокращает сроки АК.

ЗНС – ятрогенная, потенциально фатальная патология, которая может развиваться на фоне приема любых препаратов, блокирующих дофаминергическую передачу. Чаще всего данный синдром развивается в ответ на прием типичных нейролептиков, однако описаны случаи развития ЗНС и при терапии атипичными нейролептиками. Патогенез ЗНС связан с блокадой дофаминергических структур в базальных ганглиях и гипоталамусе, иммунологическими нарушениями и повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, которые приводят к нейросенсибилизации организма с последующим аутоиммунным поражением ЦНС и висцеральных органов. В патогенезе ЗНС важную роль играет симпатoadренальная и серотониновая гиперактивность. Частота встречаемости ЗНС составляет 0,1-1% среди больных, получающих нейролептики. В данную группу попадают и пациенты с БП, течение которой осложнилось психотическими расстройствами. Основа терапии ЗНС – отмена нейролептика и проведение всех мероприятий, проводимых при АГС.

Инвалидизирующие дискинезии с гипертермией – редкий синдром, характеризующийся тяжелой формой дискинезий, приводящей к развитию рабдомиолиза, гипертермии, истощению мышечных волокон. Дискинезия-гиперпирексия имеет много схожих клинических черт с АГС, где главным доминирующим симптомом выступает дискинезия, а не ригидность. В отличие от АГС, при дискинезии-гиперпирексии в основе терапии лежит постепенное и осторожное уменьшение дозы дофаминергических препаратов.



Психоз является самым частым осложнением из всех психических расстройств, встречающихся при БП. По данным литературы, распространенность психозов при БП варьирует в широких пределах: от 20 до 60%, в том числе лекарственно-индуцированный психоз в 8-20% случаев. Показано, что факторами риска появления психотических нарушений у больных паркинсонизмом являются возраст больных, наличие когнитивных нарушений и общая тяжесть заболевания. Основным нейробиохимическим дефектом синдрома деменции является гиподисфункция ацетилхолинергической и глутаматергической систем, возникает необходимость применения препаратов, снижающих тоническую гиперактивность глутаматергической системы, но способные быстро покидать NMDA-рецепторы, не нарушая нейротрансмиссию.

Развитие серотонинового синдрома чаще всего вызвано комбинацией антидепрессантов (трициклических и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (МАО). В основе СС лежит избыточная стимуляция серотониновых 5-HT<sub>1</sub> и 5-HT<sub>2</sub> рецепторов и блокадой дофаминовых нейронов черной субстанции повышенным уровнем серотонина, что делает оправданным, по мнению некоторых авторов, употребление термина «серотониновая токсичность» взамен СС. В некоторых случаях клиническая картина СС может быть ошибочно расценена как ЗНС и наоборот, что требует внимательной оценки вклада в патологический процесс компонентов терапии. Принципы терапии СС должны быть направлены на незамедлительную отмену антидепрессантов, ингибиторов МАО, назначение антипиретиков и детоксикационной инфузионной терапии.

---

*Стафинова Е.А., Джоджуа А.Г., Хацко В.В., Фоминова Н.В., Потапов В.В.*

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

## **ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ**

**Введение.** С каждым годом увеличивается количество заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой (МЖ). Основными причинами МЖ являются холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, панкреатит, рубцовые стриктуры внепечёночных жёлчных протоков, эхинококкоз печени. Ежегодно число пациентов с МЖ различной этиологии увеличивается на 800000.

При МЖ активируются процессы перекисного окисления липидов, свободные радикалы разрушают мембраны клеточных и субклеточных структур, возникают выраженная токсемия, гипоксия тканей, гиподисфункция органов и систем детоксикации, печёочно-почечная недостаточность с олигурией и гиперазотемией. При прогрессирующей полиорганной недостаточности вовлекается в патологический процесс центральная нервная система (ЦНС).

Печёночная энцефалопатия (ПЭ) – это нервно-психический синдром с расстройством сознания, поведения, нервно-мышечными нарушениями, который обусловлен метаболическими расстройствами из-за острой печёочно-клеточной недостаточности, хронических заболеваний печени или порто-системного шунтирования крови. По срокам развития ПЭ выделяют сверхострую (до 7 дней), острую (до 28 дней) и подострую (до 3 месяцев) печёочную недостаточность. Успех лечения МЖ и печёочной энцефалопатии во многом зависит от рационального сочетания консервативного и оперативного лечения.

Цель работы – уточнить основные подходы к лечению печёочной энцефалопатии для снижения осложнений и летальности.

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 267 пациентов с ПЭ, которые лечились в отделениях реанимации и интенсивной терапии, I неврологическом, общехирургическом №1 ДОКТМО за последние 7 лет. Причинами ПЭ были: цирроз печени – у 29 (10,9%), токсический гепатит – у 83 (31,1%), острая жировая дистрофия печени – у 30 (11,2%), холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит – у 43 (16,1%), порто-системное шунтирование – у 5 (1,9%). 28,7% пациентов злоупотребляли алкогольными напитками.

Тип А ПЭ был у 79 (29,6%) чел., тип В – у 11 (41,6%), тип С – у 77 (28,8%). Манифестную (клинически выраженную) ПЭ наблюдали в 213 (79,8%) случаях, латентную (неявную, субклиническую) – в 54 (20,2%). Выделяли 4 степени манифестной ПЭ: I-я (лёгкая) – у 62 (29,1%) чел., II-я (средняя) – у 57 (26,8%), III-я (тяжёлая) – у 53 (24,9%), IV-я (кома) – у 41 (19,2%). По течению ПЭ выделяли: эпизодическую – в 58 (21,7%) случаях, рецидивирующую – в 119 (44,6%), персистирующую – в 90 (33,7%). В зависимости от провоцирующих факторов ПЭ была: спонтанной – у 54 (20,2%) больных, индуцированной (провоцируемой) – у 213 (79,8%).

Результаты. Медикаментозное лечение и диета явились основными направлениями лечения ПЭ. Если мало поступает с пищей белка, меньше образуется аммиака в толстой кишке. Калорийность пищи – не менее 1500 ккал/день. В медикаментозное лечение включали:

1. Гепатопротекторы для снижения уровня аммиака в крови и улучшения функций печени: Глутаргин, Гепа-Мерц.

2. Лактулозу, Дюфалак – для кишечного лаважа.

3. Специализированные аминокислоты (Гепасол, Гепасо-Нео) – для снижения содержания ароматических аминокислот, которые являются источником образования ложных нейротрансмиттеров.

4. Инфузионную терапию, гемосорбцию.

5. Больным с механической желтухой, холангитом выполняли 2-этапную операцию: 1-й этап – эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием, 2-й этап (после исчезновения желтухи) – радикальная операция на жёлчных протоках. Параллельно проводили интенсивную инфузионную терапию.

Заключение. Таким образом, лечение печёночной энцефалопатии – это комбинированная терапия, включающая на разных стадиях тяжести лечение с применением Дюфалака (лактюлозы) и орнитина аспартата. Лечение ПЭ целесообразно проводить по Российским Клиническим рекомендациям (2020).

---

**Статинова Е.А., Кабанец А.И., Масенко В.В., Шевченко В.В., Бубликова А.М.**

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

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Болезнь Паркинсона (БП) проявляется двумя и более симптомами из группы TRAP (Т – тремор покоя, R-мышечная ригидность, А – акинезия (брадикинезия), Р – нарушения позы) или синдромом «чистого паркинсонизма». Основным патоморфологическим процессом БП является дегенерация дофаминергических (D) нейронов в составе компактной части черной субстанции (SNc). До настоящего времени болезнь-модифицирующего лечения не было разработано, однако существует ряд подходов, направленных на купирование или уменьшение проявлений симптомов TRAP, ведущими из которых являются: симптоматический, генетически-ориентированный, иммунологически-ориентированный. Симптоматическая терапия включает в себя медикаментозное, хирургическое, клеточные виды лечения. Медикаментозная терапия направлена на сохранение квантового состава передачи с каждого D-нейрона SNc. Первой группой препаратов выступают предшественники дофамина, где «золотой стандарт» – это леводопа; длительный прием препарата увеличивает проявления дискинезий, двигательных флуктуаций, задержку эффекта после разового приема, поэтому показана отсрочка приема леводопы после постановки диагноза; совместно назначается карби-допа, для сохранения требуемого уровня леводопы в биофазе и снижение побочных эффектов (ПЭ). Второй группой являются агонисты D-рецепторов (DR); среди DR выделяют D1(сопряжены с Gq-белком), D2(с Gi-белком)-подобные группы; некоторые препараты: апо-морфин (используется при неотложных состояниях, тропен к обоим подтипам), бромо-криптин и перголид (тропы преимущественно к D1, обладают рядом ощутимых ПЭ), ро-пинирол и прамипексол (минимальные ПЭ, умеренные нейропротекторные эффекты, тропны преимущественно к D2-группе), ротиготин (высокоселективный D2-агонист, использующийся в силиконовой трансдермальной системе). Третья группа – это ингибиторы КОМТ, MAO-B – оба фермента катализируют превращение дофамина в метаболические производные катехоламинов;

их ингибирование способствует пролонгированию пребывания медиатора в синаптической щели; популярные необратимые ортостерические ингибиторы MAO-B это селегелин, разагилин; стандартные препараты для КОМТ – энтакапон, толкапон. Четвертую группу составляют препараты, действующие на холинергические (бензатропин, тригексифенидил), глутаматергические (амантадин), аденозиновые (тозаденант, истрадефиллин) рецепторы средних шипиковых нейронов бледного шара (Gr). Хирургическое лечение заключается в глубокой стимуляции мозга; инвазивным путем монтируются электроды во внутренний сегмент Gr и субталамическое ядро (STN), последующие высокочастотные электрические импульсы восстанавливают работу прямого и непрямого пути; возможно сочетание и с медикаментозной терапией. Клеточная терапия – инвазивным путем осуществляется имплантация в putamen определенных стволовых клеток; на данный момент результативными культурами являются индуцибельные плюрипотентные стволовые клетки (iPSC) и эмбриональные стволовые клетки (ESC); имплантированные клетки способны дифференцироваться в дофаминергические нейроны и иннервировать Gr, STN, стволовые структуры; опасность этого метода заключается в возможном развитии опухолей. Накопление и агрегация альфа-синуклеина (SNCA) в тельца Леви внутри клеток SN играет, по-видимому, ключевую роль в патогенезе БП; отсюда следует, что контроль его синтеза определяет развитие симптоматики заболевания. Генетически-ориентированная терапия осуществляет такой контроль при помощи РНК-интерференции – вирусный вектор доставляет в клетку экзогенную РНК, которая запускает селективный посттранскрипционный сайленсинг гена SNCA; недостатком метода является отсутствие полного понимания функции белка и необратимости процесса заражения. Помимо SNCA существует другие белки, играющие роль в вариациях БП, и гены объединены под дескриптором PARKX. Иммунологически-ориентированный подход заключается в пассивной иммунизации антителами против SNCA (например, сыворотка PRX001), либо активной иммунизации (например, вакцина AFFITOPE).

---

*Стафинова Е.А., Кузьменко Н.А., Шульженко А.И., Сохина В.С., Кузьменко О.О.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА**

Актуальность. За последние несколько лет во всем мире отмечается увеличение распространенности хронических форм нарушения мозгового кровообращения, что существенно снижает качество жизни пациента. Особое значение хронической ишемии мозга (ХИМ) как медико-социальной проблемы растет с каждым годом, что связано не только со старением населения, но и с увеличением в популяции числа лиц с факторами риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Несомненно, исследование сердечно-сосудистой патологии нуждается в системном подходе, который включает не только состояние церебральной и центральной гемодинамики, но и их взаимоотношения, что представляет особый интерес при изучении вегетативной регуляции сердечной деятельности у пациентов с ХИМ.

Цель. Выявить и оценить взаимосвязи между показателями variability сердечного ритма и структурно-функциональным состоянием сердца у пациентов ХИМ.

Материалы и методы. Нами были обследованы 111 пациентов в возрасте >55 лет, с установленным диагнозом ХИМ I- II стадий. В первую группу (Gr1) вошли 66 пациентов ХИМ I стадии, вторую группу (Gr2) – 45 пациентов ХИМ II, контрольную группу (КГ) составили 21 практически здоровых человека. Регуляторные механизмы вегетативной нервной системы (ВНС) исследовали методом точной variability сердечного ритма (ВСР). Кардиальную гемодинамику оценивали с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) сердца. Статистический анализ полученных результатов проводили при помощи программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., 10) и Excel. Нормально распределенные переменные были описаны как среднее  $\pm$  стандартное отклонение. Статистически значимым считалось значение  $p < 0,05$ . Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Нами проведен корреляционный анализ параметров суточной ВСР и УЗИ сердца. В КГ выявлено множество сильных корреляционных связей между параметрами ВСР и УЗИ сердца, а именно между параметрами средней продолжительности интервала R-R (mRR) и толщиной межжелудочковой перегородки в конце диастолы (МЖПд)  $r=0,639$ ; толщиной задней стенки левого желудочка (ЛЖ) в диастолу (ЗСд)  $r=0,713$ ; переднезадним конечно-систолическим размером ЛЖ в диастолу (КДР)  $r=0,789$ ; ударным объемом (УО)  $r=0,740$ ; массой ЛЖ  $r=0,820$ ; диаметром аорты (dАорты)  $r=0,819$  и др. Тогда как Gr1 нами выявлены прямые корреляционные связи средней степени выраженности между параметрами mRR и МЖПд  $r=0,616$ ; ЗСд  $r=0,572$ ; КДР  $r=0,434$ ; массой ЛЖ  $r=0,639$ ; dАорты  $r=0,482$ ; диаметром левого предсердия (dЛП)  $r=0,611$ . У пациентов группы Gr2 были установлены прямые корреляционные связи между параметрами спектра волн низкой частоты (LF) и фракцией сокращения ФС  $r=0,549$ ; фракцией выброса (ФВ)  $r=0,554$ ; между показателем симпатовагального баланса (LF/HF) и ФВ  $r=0,517$ .

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных нами установлено, что по мере прогрессирования ХИМ уменьшается количество, снижается сила и изменяется направленность корреляционных связей между параметрами ВСР и УЗИ сердца, что свидетельствует о ухудшении регуляторных влияний ВНС на структурно-функциональное состояние сердца.

**Статинова Е.А., Сигитова Е.В., Нечепуренко В.О.**

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

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НОВЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Актуальность исследования. Нейропсихологические шкалы являются диагностическим инструментом в дифференциальной диагностике неврологических заболеваний, для которых характерно наличие когнитивных нарушений. Когнитивная дисфункция чаще встречается после 60-65 лет, с распространенностью 35,6 млн. человек: среди которых в 50-60% случаев диагностируется болезнь Альцгеймера, в 30% случаев – деменция смешанного типа. В настоящее время наиболее известным и широко используемым тестом для диагностики когнитивных нарушений является краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE). Этот тест, изначально разработанный для диагностики органических и функциональных психических синдромов, не обладает достаточной чувствительностью к выявлению умеренной когнитивной дисфункции. Таким образом, целью нашего исследования является обзор новых нейропсихологических шкал, обладающих преимуществом в сравнении с рутинным использованием MMSE.

Методы исследования: обзор исследований по теме за период с 2004-2021 гг., на следующих базах: PubMed (через: [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)), BMJ Journals (через: [Jnnp.bmj.com](http://Jnnp.bmj.com)), The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences (через: [Neuro.psychiatryonline.org](http://Neuro.psychiatryonline.org)).

Результаты обсуждения. Основной целью когнитивного скрининга является выявление деменции на ранней стадии. Известно, что MMSE имеет низкую чувствительность к выявлению легких когнитивных нарушений, таким образом использование других тестов является приоритетом. За последние 30 лет описаны различные тесты для скрининга когнитивных нарушений, среди которых seven minute screen (7MS), Self Administrated Gerocognitive Exam (SAGE), Telephone Interview for Cognitive Status (TICS). Чувствительность 7 MS для выявления болезни Альцгеймера составила 92,9% при специфичности – 93,5%. Для других типов деменции чувствительность составила 89,4%, а специфичность – 93,5%. С помощью данной методики осуществляется когнитивное тестирование с высокой степенью чувствительности и специфичностью для коркового типа деменции. Однако специфичность в отношении депрессии или других аффективных расстройств низкая, что ограничивает его использование в качестве универсального скрининга. Тест SAGE направлен на выявление умеренных нарушений памяти и мышления, продемонстрировал высокую чувствительность и низкую вероятность ошибочного результата. С точки зрения точности диагностики деменции тест SAGE имеет более высокую чувствительность, чем MMSE (95% против 90%), а также более высокую специфичность (79% про-

тив 71%). Важным преимуществом данного теста является возможность проводить его самим пациентом и его родственниками, без участия врача, что значительно упрощает выявление начальных проявлений деменции. Исследование теста SAGE проводилось на базе Клиники расстройств памяти Университета штата Огайо (2014 г.), в котором приняли участие 665 пациентов. В исследование были включены пациенты с двумя визитами с интервалом в 6 месяцев, оценивание проводилось с помощью SAGE и MMSE. SAGE выявляет трансформацию легких когнитивных нарушений в деменцию на 6 месяцев раньше, чем MMSE. TICS – это краткий стандартизированный тест когнитивного функционирования, разработанный для использования в ситуациях нецелесообразного или неэффективного личного когнитивного скрининга. В период с 2004 по 2017 год участниками лонгитюдного исследования на базе Манчестерского университета проведена когнитивная оценка с использованием TICS. Результаты показали возможность его использования для выявления лиц с риском развития болезни Альцгеймера за несколько лет до манифестации явных симптомов, что расширяет возможности проведения ранней терапии и замедления прогрессирования заболевания.

Выводы. Вышеуказанные методы диагностики превосходят распространенный тест MMSE по специфичности и возможности применения в широкомасштабном скрининге когнитивных нарушений.

**Статинова Е.А., Шевченко В.В., Бубликова А.М., Масенко В.В.**

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

## **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Цель работы. Выявить и оценить вегетативные нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Нами было обследовано 60 пациентов с ГЭРБ, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО с 2018г. по 2021г. Диагноз ГЭРБ выставлен гастроэнтерологом и подтвержден эзофагогастродуоденоскопией и/или рентгенографией пищевода и желудка с контрастированием барием. Критерии включения: пациенты с изолированной, эндоскопически негативной ГЭРБ с типичными клиническими симптомами, эндоскопически позитивной ГЭРБ с катаральным и/или эрозивным рефлюкс-эзофагитом в стадии А-D, ГЭРБ с внепищеводными проявлениями с длительностью заболевания более 3 месяцев, информированное согласие пациента на участие в исследовании. У всех пациентов проводился сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование с измерением артериального давления, подсчетом частоты сердечных сокращений, оценка неврологического статуса по общепринятой методике, изучение вегетативного профиля путем заполнения опросника А. М. Вейна, оценка вегетативного индекса Кердо. Длительность анамнеза основного заболевания у всех пациентов составила от 3 месяцев до 76 месяцев  $\pm$  13,8 (средняя продолжительность  $45,17 \pm 8,39$  мес.). Из всех обследуемых пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил  $37,45 \pm 3,48$  лет) мужчин было 26 (43,3%), женщин – 34 (56,7%). Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц (15 (50%) – мужчин и 15 (50%) – женщин), средний возраст которых составил  $34,14 \pm 4,1$  лет.

Вычисляли среднее значение признака и стандартное отклонение ( $M \pm s$ ). Сравнение групп проводили с помощью непараметрических U-критерия Манна-Уитни и H-критерия Краскела-Уоллиса (процедура дисперсионного анализа ANOVA), критерий Стьюдента – t-критерий. Для сравнения различных параметров в одной и той же группе использовали критерий знаков и критерий Вилкоксона для парных сравнений. Для определения степени и знака зависимости использовали корреляционный анализ Спирмена. Статистический анализ проводился при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. На основании клинико-неврологического обследования среди пациентов с ГЭРБ выявлены следующие основные жалобы: нарушение цикла сна/бодрствования – 52 (86,7%), снижение/потеря аппетита – 39 (65%), диспептические расстройства – 38 (63,3%), головные боли преимущественно диффузного характера во второй половине дня – 26 (43,3%), головокружение

– 34 (56,7%), ощущение слабости и/или повышенной утомляемости – 23 (38,3%), эмоциональная лабильность – 16 (26,7%), изменение сердечного ритма в виде тахикардии – 12 (20%), брадикардии – 8 (13,3%), артериальная гипертензия – 19 (31,7%), артериальная гипотензия – 14 (23,3%), симпатoadреналовые пароксизмы – 19 (31,7%), ваго-инсулярные пароксизмы – 8 (13,3%), смешанные пароксизмы – 7 (11,7%), нарушение концентрации внимания – 33 (55%), снижение фона настроения и раздражительность – 26 (43,3%) пациентов.

При исследовании неврологического статуса у 35 (58,3%) пациентов выявлена рассеянная неврологическая симптоматика, снижение сухожильных рефлексов у 17 (28,3%), нарушение координации движений у 19 (31,7%) пациентов.

При исследовании нервной системы (по опроснику А.М. Вейна) установлены нарушения ВНС у 40 (66,7%) пациентов с ГЭРБ, среди которых по результатам расчета ВИК симпатикотония наблюдалась у 29 (48,3%), парасимпатикотония у 11 (18,3%), нормотония у 20 (33,4%) пациентов.

Выводы и заключения. В проведенном исследовании у 66,7% пациентов ГЭРБ независимо от пола и возраста выявлены изменения со стороны вегетативной нервной системы. Снижение тонуса парасимпатического отдела ВНС диагностировалось в 18,3% случаев, симпатического отдела в 48,3%, нормотония выявлена в 33,4% случаев.

---

**Статинова Е.А., Шевченко В.В., Голубова О.А., Масенко В.В.**

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

## **АССОЦИАЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ**

Цель исследования. Выявить и оценить психоэмоциональные нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 60 пациентов с ГЭРБ, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО в период с 2018г. по 2022 г. Диагноз ГЭРБ был выставлен гастроэнтерологом, подтвержден эзофагогастроуденоскопией. Статистический анализ проводился при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. ГЭРБ относится к хроническим рецидивирующим заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Болезнь определяется беспокоящими симптомами и/или поражением пищевода, которое вторично по отношению к спонтанному или регулярно повторяющемуся рефлюксу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод. Вследствие рефлюкса повреждается дистальный отдел пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений. Авторы относят ГЭРБ к заболеваниям, в патогенез которых вовлечены психогенные факторы. Посредством психоэмоционального стресса в организме пациента происходит дисрегуляция антирефлюксного барьера. В медицинской литературе в типичный симптомокомплекс ГЭРБ входит изжога, отрыжка, регургитация, одинофагия, дисфагия, некардиальная боль в грудной клетке и по ходу пищевода. Однако спектр нарушений, в этиологии которых гастроэзофагеальный рефлюкс играет ведущую роль, более широк и мало изучен.

Внепищеводные проявления ГЭРБ проявляются рефлюкс индуцированными синдромами, среди которых одну из лидирующих позиций занимают неврологические нарушения. Хронизация болевого синдрома в эпигастральной области со временем приводит к развитию психоэмоциональных нарушений, которые вовлекают гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс, влияющий на поведенческие реакции, эмоциональную лабильность и вегетативную дисфункцию. Среди неврологических проявлений у пациентов с ГЭРБ наиболее часто встречаются нейровегетативные нарушения и психоэмоциональные расстройства.

Из всех обследуемых пациентов в возрасте от 18 до 60 лет мужчин было 26 (43,3%), женщин – 34 (56,7%). Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц (15 (50%) – мужчин и 15 (50%) – женщин), средний возраст –  $37,5 \pm 4,2$  лет. В соответствии с полученными результатами у 40 (66,67%) пациентов выявлены психоэмоциональные нарушения. Основываясь на данных клинико-

неврологического обследования у пациентов с ГЭРБ были выявлены следующие жалобы: нарушение сна/бодрствования – 52 (86,7%), чувство тревоги, страха – 41 (68,3%), диспептические расстройства – 41 (68,3%), потеря аппетита – 37 (61,7%), головные боли преимущественно диффузного характера во второй половине дня – 25 (41,7%), головокружение – 34 (56,7%), ощущение слабости, повышенной утомляемости – 26 (43,3%), чувство нехватки воздуха – 23 (38,3%), эмоциональная лабильность – 25 (41,7%), нарушение сердечного ритма в виде тахикардии – 12 (20%), брадикардии – 4 (6,7%), артериальная гипертензия – 16 (26,7%), артериальная гипотензия – 13 (21,7%), пароксизмы симпатoadrenalовые – 6 (10%), ваго-инсулярные – 2 (3,3%), смешанные пароксизмы – 2 (3,3%), нарушение концентрации внимания – 37 (61,7%), снижение фона настроения – 38 (63,3%), ангедония – 17 (28,3%) пациентов.

При исследовании неврологического статуса у 36 (60%) пациентов выявлена рассеянная неврологическая симптоматика, снижение сухожильных рефлексов у 18 (30%), нарушение координации движений у 17 (28,3%) пациентов.

У 40 (66,7%) пациентов с ГЭРБ выявлены изменения личностной и ситуативной тревожности. Следует отметить, что у мужчин превалировал умеренный уровень ситуативной тревожности в 25,8%, над низким в 24,2% и высоким в 1,6% уровнем. Умеренный уровень личностной тревожности был характерен для 29% женщин, и превалировал над низким у 24,2% и высоким у 3,2%. На основании данных, полученных при исследовании уровня депрессии по шкале Бека установлено, что частота депрессии среди женщин встречалась чаще, чем среди мужчин; у 10 женщин (16,7%) и 6 мужчин (10%) выявлен умеренный уровень

---

*Стафинова Е.А., Шевченко В.В., Джоджуа А.Г., Масенко В.В., Бубликова А.М., Токарева А.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **КОМПЕЛЯЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ИННЕРВАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ОСЬ КИШЕЧНИК – МОЗГ**

Цель исследования. Изучить современные представления об иннервации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и взаимодействие «кишечно-мозговой оси».

Материалы и методы. Анализ результатов современных исследований, посвященных вопросу иннервации ЖКТ, опубликованных в базах данных Semantic Scholar, PubMed, РМЖ в период с 2017г. по 2022г. Из них 18 трудов отечественной и 25 – зарубежной литературы.

Результаты и их обсуждение. С момента открытия и изучения И.П. Павловым и Д.Н. Ленгли более 150 лет назад «кишечно-мозговой оси» вопрос взаимоотношений мозга с системой ЖКТ остается малоизученным, благодаря чему сохраняют актуальность среди большого круга специалистов. Анатомически считалось, что коммуникация между кишечником и мозгом осуществляется симпатической системой и блуждающим нервом вегетативной нервной системы (НС), а место взаимодействия этих структур локализуется в боковых рогах спинного мозга. Однако в виду выявленного двунаправленного влияния оси «кишечник-мозг» и значительного количества данных о нейроиммуноэндокринной иннервации, требуется структурировать имеющиеся в литературе данные.

Микробиота кишечника – это совокупность просветной микрофлоры, которая обеспечивает комменсальные и мутуалистические отношения с организмом человека. Одна из функций микробиоты – синтез метаболитов, нейроэндокринных гормонов и нейроактивных соединений, психоактивных веществ, которые участвуют в ключевом аспекте нейротрансмиссии и влияют на центральную НС и другие коммуникационные сети головного мозга (в частности, блуждающий нерв). К представителям продуцируемых веществ относятся: жирные кислоты: бутират, пропионат и ацетат,  $\alpha$ -аминопропионовая кислота триптофан, триптамин серотонин, дофамин, адреналин, норадреналин, гамма-аминомасляная кислота, белок-регулятор аппетита грелин, цитокины и другие. На основании данных современных исследований уточнено, что роль кишечной микробиоты играет критическую

роль в иммунном, эндокринном и нейроэндокринном созревании при становлении и функционировании нервной системы и ее функционировании.

Энтеральная НС – часть вегетативной НС, организованная в отдельные нейронные сети в стенке кишечника, состоящая из взаимосвязанных миэнтериального (Ауэрбахово) и подслизистого (Мейснерово) сплетений, обеспечивающих сенсомоторный рефлекс, который влияет на циркумвентрикулярные органы, вовлекая в процесс структуры неокортекса. Управление энтеральной НС можно представить в виде восходящей 4-х уровневой системы: первый уровень – ганглии кишечника и подслизистые (экстрамуральные симпатические и интрамуральные парасимпатические) ганглии, окончания дендритов чувствительных нервных клеток в интрамуральных и спинальных ганглиях, энтероглиальные клетки; второй уровень – пара- и превертебральные ганглии, лежащие между симпатическими ганглиями и органом-мишенью; третий уровень контроля расположен в сегментарном аппарате в спинномозговом тракте между ThV-LII позвонками для симпатической и SII-SV позвонками для парасимпатической иннервации; четвертый уровень контроля обеспечен спинальными афферентными волокнами, которые поднимаются по спиноталамическому тракту к нейронам корковых и базальных ганглиев, а информация от солитарного ядра идет в кору полушарий большого мозга (ядро гипоталамуса) и проходит в ретикулярную формацию, мозжечок, лимбическую систему и неокортекс.

Волокна блуждающего нерва обогащены серотониновыми, toll-подобными рецепторами, рецепторами свободных жирных кислот, конечные выступы этих волокон заканчиваются в структуре головного мозга. Около 90% волокон блуждающего нерва несут информацию от пищеварительного тракта в головной мозг. Головной мозг осуществляет контроль пищеварительного тракта через автономные эфферентные нисходящие пути, в частности, задействуя гипоталамус для регуляции энергетического метаболизма и потребления пищи, водно-солевого обмена, пищеварения и гемодинамики.

Выявлен эндокринный эффект у нервных клеток ЖКТ, подтверждающий осуществление взаимосвязи кишечной НС с центральной и вегетативной НС через эндокринную систему: гастрин обнаружен в нервных волокнах, в сером веществе коры головного мозга, в нейро- и аденогипофизе; гастрин-релизинг-пептид в структуре головного мозга; субстанция Р – в клеточных телах и отростках ауэрбаховского и мейснеровского сплетений, гипоталамусе и черной субстанции.

Выводы: Последние научные исследования показывают, что взаимодействие желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы значительно шире общепринятых представлений. Проблема лечения пациентов гастроэнтерологического профиля требует особого внимания ряда специалистов, где основную позицию занимает врач-невролог.

---

*Степанов М.С., Карпунина Н.С.*

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь

## **ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЮ ССЗ**

На сегодняшний день написано огромное количество работ, отражающих прямое и опосредованное взаимовлияние между микробиотой кишечника (МК) и развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Микробиота влияет на организм хозяина, затрагивая три главных звена: иммунорегуляцию, энергообмен и запрограммированную клеточную гибель. Коротцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) с их метаболитами (ацетатом, пропионатом и бутиратом), липополисахарид (ЛПС) и триметиламин-N-оксид (ТМАО) являются самыми важными метаболитами, принимающими участие во всех трех механизмах. Высокие уровни КЦЖК активируют выработку противовоспалительных и подавляют синтез провоспалительных цитокинов, способствуют липолизу, стимулируют секрецию инсулина и кишечный глюконеогенез, а также, могут влиять на про- и противоапоптотические механизмы клеток организма. ЛПС является активатором системного воспаления, взаимодействуя с Toll-like рецепторами 4 типа. ТМАО инициирует работу инфламмосомы и приводит к высвобождению провоспалительных факторов, усугубляет накопление триглицеридов и активирует липогенез в печени.



Существуют определенные паттерны состава и биохимического поведения микробиоты, соответствующие определенной кардиальной патологии. Для гипертонической болезни характерно: низкие уровни КЦЖК, повышенное содержание зонулина, избыточный рост *Prevotella* и *Klebsiella*, а также повышенный уровень кишечного кортикостерона. Микробный и биохимический пейзаж пациентов с хронической сердечной недостаточностью представляет собой снижение *Faecalibacterium prausnitzii*, рост *Ruminococcus gnavus*, нарушение продукции бутирата, повышенный уровень ТМАО, сниженный индекс микробного разнообразия Шэннона со значимым уменьшением представителей семейств *Coriobacteriaceae*, *Erysipelotrichaceae* и *Ruminococcaceae*. Для пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, характерно большее количество микробов и их разнообразие в кишечнике, транслокация в образцы крови *Lactobacillus*, *Bacteroides* и *Streptococcus*. Повышенный уровень ЛПС и d-лактата является предиктором неблагоприятного прогноза.

Более 40 лекарственных препаратов метаболизируются кишечной флорой, тем не менее, вопросы их биотрансформации, биодоступности и потенциальной токсичности остаются малопонятными.

Дигоксин инактивируется под действием микрофлоры человека с образованием двух главных метаболитов. Было отмечено, что колонизация толстой кишки *Eggerthella lenta* в сочетании с высокобелковой диетой снижает концентрацию дигоксина, а повышенное количество аргинина в пище – уменьшение активности гликозидредуктазы. У пациентов, регулярно принимающих ацетилсалициловую кислоту, достоверно чаще в кишечнике преобладали *Acidaminococcaceae*. Класс сартанов, блокируя AT-1R, ингибируют процессы перикисного окисления и воспаления в тонкой кишке. Дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов способны метаболизироваться микробными ферментами, что может вносить значительный вклад в выраженность фармакодинамического эффекта. Статины, ингибируя ГМГ-КоА редуктазу, препятствуют синтезу изопреноидов некоторыми бактериями. Кроме того, установлено, что на фоне приема статинов снижается количество сахаролитических бактерий, возрастает количество желчных кислот, а также отмечается антибактериальная активность в отношении широкого спектра грамположительных бактерий.

Итак, на сегодняшний день можно считать общепризнанным, что микробиота кишечника человека напрямую связана с состоянием его здоровья и причинами, обуславливающими различные заболевания.

---

*Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А.*

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

## **АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ДИСТАНЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация и сложная обстановка обусловили возросший интерес к дистанционному формату обучения, как одной из форм образовательных технологий. При дистанционном режиме обучения широко применяются мультимедийные средства, интерактивные лекции, лекции визуализации, дистанционные занятия в режиме вебинаров. Успешную интеграцию студентов первого курса в университетскую образовательную среду определяет быстрая адаптация к новым условиям обучения, умение пользоваться современными технологиями и информационными ресурсами.

Цель исследования – изучить особенности адаптации студентов первого курса к учебному процессу в условиях дистанционного обучения.

Материалы и методы. Материалом исследования служили анонимные анкеты, при помощи которых опрошены 96 студентов первого курса, обучающихся в дистанционном формате на кафедре медицинской биологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО. Анкета содержала 20 вопросов, направленных на выявление степени удовлетворенности студентов форматом обучения и трудностей, связанных с адаптацией к учебному процессу.

Результаты исследования. Студенты-первокурсники – это вчерашние школьники и лицеисты, которые в течение последних нескольких лет в различные периоды учебного года обучались в дистанци-

онном режиме. Полученный ранее опыт, позволил первокурсникам легче адаптироваться к дистанционному формату обучения в вузе. Проведенное исследование показало, что 18,6% респондентов оценили адаптацию к дистанционному обучению, как «отлично», «хорошо» – 49,5, «удовлетворительно» – 24,3% и «плохо» – 7,5% студентов. При этом большинство студентов (63%) отметили, что обучаться в дистанционном режиме «удобно, но сложно». Удовлетворенность такой формой обучения высказали 71,2% респондентов, затруднились ответить – 12,5%. Из преимуществ дистанционного обучения студенты указали комфортную и привычную обстановку образовательного процесса (89,7%), свободный доступ к контенту и возможность скачивания учебного материала (91,2%), индивидуальный темп обучения (82,4%) и низкий риск заражения инфекцией (94,7%). Анализ результатов анкетирования выявил трудности, связанные с психологической адаптацией студентов и техническими проблемами. На недостаток общения с преподавателем, не только как носителя информации, но и как источника мотивации к обучению указали 67,8% студентов. Также первокурсники были обеспокоены недостатком общения со сверстниками (89,7%), жаловались на эмоциональную лабильность (61,7%), скованность при использовании видеокамеры во время вебинара (79,4%). При этом практически все студенты (95,2%) высоко оценивали вебинары, как форму онлайн общения, которая облегчает понимание изучаемого материала. В результате опроса были выявлены технические проблемы, с которыми чаще всего сталкивались студенты: медленная загрузка и воспроизведение материала, низкая скорость интернета и перебои в электроснабжении (24,7%), недостаточное владение технологиями дистанционного образования и навыками работы в онлайн пространстве (37,3%).

**Выводы.** Анализ анкетирования показал позитивное отношение студентов к дистанционной форме обучения с использованием на занятиях вебинаров. Для быстрой интеграции первокурсников в образовательный процесс университета необходимо повышать компьютерную грамотность студентов и использовать технологии, способствующие коммуникации преподаватель – студент, студент – студент.

---

*Стефано Е.А., Алешечкин П.А., Шира А.И., Шулик А.И.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ**

**Актуальность исследования.** В последние годы на фоне разработки новых режимов лечения злокачественных новообразований значительно улучшаются показатели выживаемости пациентов, однако, обостряется вопрос о формировании кардиоваскулярной токсичности используемых лекарственных средств. Наиболее часто выявляются различные варианты кардиомиопатий (КМП) и сердечная недостаточность (СН). В то же время, в недавних ретроспективных исследованиях было обнаружено, что кардиоваскулярная токсичность проявляется в виде предсердных и желудочковых тахи- и брадиаритмий, что требует мультидисциплинарного подхода кардиологов и онкологов в терапии данной группы пациентов.

**Цель исследования.** Изучить этиологию, патогенетические особенности, факторы риска нарушения ритма сердца на фоне приема противоопухолевой терапии различных режимов.

**Материал и методы.** Анализ отечественных и зарубежных литературных источников по указанной теме (материалы докторских, кандидатских диссертаций, статьи, рандомизированные исследования).

**Результаты.** Электрофизиологическая токсичность противоопухолевой терапии проявляется в виде возникновения предсердных аритмий (наиболее часто – фибрилляция предсердий (ФП)), желудочковых аритмий (в частности, на фоне удлинения интервала QT), брадиаритмий. В общей популяции частота ФП достигает 1-2%, у пациентов же со злокачественными новообразованиями этот показатель равен 4-5%. Согласно некоторым источникам, ведущими факторами патогенеза кардиотоксичности являются хронический воспалительный процесс, миокардиальная токсичность химиотерапевтических режимов. Алкилирующие агенты (мелфалан), как показано в ретроспективном исследовании

Moffit Cancer Center (более 1000 случаев), провоцировали развитие ФП у 5% пациентов. При этом риск развития кардиотоксичности возрастал при наличии предрасполагающей патологии сердечно-сосудистой системы, хронической болезни почек. Использование антрациклинов (АЦ) (доксорибицин, идарубицин) ассоциировано с развитием КМП, аритмий. Механизм развития аритмий на фоне существующей КМП связан с изменением структуры миокарда (фиброзом), прямой токсичностью АЦ по отношению к кардиомиоцитам. При использовании препаратов платины (цисплатин), риск ФП возрастает до 66% при внутривенном введении. В исследовании RESONATE было доказано, что применение ингибиторов тирозинкиназы ассоциировано с 5% вероятностью развития ФП, в других исследованиях показатель достигает 10-15%. При этом 76% случаев формирования ФП регистрируется в первый год терапии. Особое значение при этом имеет предупреждение тромбоэмболий, ассоциированных с ФП. Желудочковые аритмии и удлинение интервала QT встречаются реже, чем предсердные аритмии. В то же время, осложнения желудочковых аритмий более серьезные, вплоть до возникновения внезапной сердечной смерти. Ингибитор тирозинкиназы ибрутиниб оказывает прямое проаритмическое действие на миокард желудочков.

**Выводы.** В связи с широкой частотой встречаемости кардиоваскулярных осложнений противоопухолевой терапии, фокус лечения злокачественных новообразований должен быть направлен не только на устранение злокачественного процесса, но и на предупреждение развития кардиоваскулярных последствий. Комплексный подход в лечении пациентов, вовлечение в терапию онколога и кардиолога, обеспечит снижение рисков возникновения кардиотоксических эффектов для обеспечения безопасности сердечно-сосудистой системы пациента, при сохранении высокой эффективности противоопухолевой терапии.

---

*Степина К.В., Склянная Е.В., Харченко А.В., Сологуб И.А.*

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

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА**

**Актуальность исследования:** В последние годы сообщается о возрастании количества случаев развития внезапной коронарной смерти и острого инфаркта миокарда (ОИМ) у пациентов без признаков атеросклеротического поражения коронарного русла, что связывают с изменением реологических свойств крови, в частности ее вязкости. Имеются данные, что частота развития ИБС у пациентов с эритроцитозами выше, чем в общей популяции. В связи с этим целью исследования было изучить клиническую характеристику пациентов с ОИМ на фоне эритроцитоза.

**Материалы и методы:** Было проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им.В.К.Гусака за период с 2016 по 2021 год. Проанализировано 408 историй болезни пациентов с установленным диагнозом ОИМ. Из них 267 (65,4%) мужчин и 141 (34,6%) женщин, средний возраст  $62 \pm 7,5$  лет. Показатели уровня эритроцитов и гемоглобина в периферической крови оценивались при поступлении. Эритроцитозом считалось увеличение уровня эритроцитов выше  $5,0 \times 10^{12}/л$  у мужчин,  $4,5 \times 10^{12}/л$  у женщин, гемоглобина – 165 г/л у мужчин, 160 г/л у женщин или гематокрита – 49% у мужчин, 48% у женщин. Все данные были обработаны на персональном компьютере с использованием статистического пакета MedStat.

**Результаты исследования:** Эритроцитоз был выявлен при поступлении у 108 (26,6%) пациентов (основная группа), среди них 84 мужчин и 24 женщины (77,8% и 22,2% соответственно). Контрольную группу составили 300 пациентов с ОИМ и нормальными показателями общеклинического анализа крови (181 мужчина, 119 женщин). Артериальная гипертензия была выявлена у 77 пациентов основной группы (71,3%), что было достоверно чаще по сравнению с контрольной, в которой у 189 пациентов (63%) ( $p < 0,001$ ). Такая закономерность сохранялась независимо от пола пациентов: 64 (76,2%) по сравнению с 59 (54,6%) у мужчин и 15 (62,5%) против 52 (43,4%) у женщин ( $p < 0,001$ ). Ишемическая болезнь сердца в анамнезе до развития ОИМ, напротив, имела место значительно реже

у пациентов с эритроцитозом: 15 пациентов (13,8%) в основной группе по сравнению с 243 пациента (81,2%) в контрольной, как среди мужчин: 12 (14,3%) по сравнению с 119 (65,7%), так и среди женщин: 3 (12,5%) против 87 (73,1%) ( $p < 0,001$ ).

Выводы: Распространенность эритроцитоза у пациентов с ОИМ составляет 26,6%. В анамнезе таких пациентов, независимо от пола, достоверно чаще имеет место артериальная гипертензия и значительно реже ИБС

---

*Стрионова В.С., Налетов А.В., Щербинин А.В., Rogовой А.Н., Музалев А.А.*

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

## **НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ОТНОШЕНИИ КОРРЕКЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ЭТАПЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

Цель. Оценить эффективность применения озонотерапии на этапе раннего послеоперационного периода у детей с аппендикулярным перитонитом в отношении нормализации маркеров воспаления и клинических симптомов заболевания.

Материалы и методы. На базе Клиники детской хирургии Республиканской детской клинической больницы (г. Донецк) обследовано 60 детей младшего школьного возраста (7-11 лет), прооперированных по поводу распространенного аппендикулярного перитонита. В основную группу вошли 30 детей, которым на этапе раннего послеоперационного периода в дополнение к комплексной терапии был проведен курс озонотерапии. 30 пациентам группы сравнения проводилась стандартная терапия. У всех детей было проведено определение исходного уровня белков острой фазы воспаления и лактоферрина перед операцией, а также динамика данных показателей на 7 и 14 сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. У всех детей с аппендикулярным перитонитом было выявлено повышение исходного уровня С-реактивного белка более чем в 10 раз, а уровня лактоферрина – более, чем в 2,7 раза относительно нормальных показателей. В основной группе на фоне проводимой озонотерапии в комплексном лечении аппендикулярного перитонита уже к 7 суткам послеоперационного периода уровень данных показателей был статистически значимо ниже относительно группы сравнения.

Выводы. Полученные результаты доказывают, что развитие аппендикулярного перитонита протекает у детей со значительным повышением уровней белков острой фазы воспаления и лактоферрина. Применение озонотерапии по предложенной нами методике на этапе раннего послеоперационного периода у большинства пациентов с аппендикулярным перитонитом позволяет в более короткие сроки снизить уровень С-реактивного белка и лактоферрина, а также ускорить регрессию основных клинических симптомов.

---

*Суслов Д.Н., Сударева Н.Н., Суворова О.М., Змитриченко Ю.Г., Галибин О.В., Анисимов В.Н.*

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Институт высокомолекулярных соединений РАН, г. Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.Петрова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

## **ВЫСОКАЯ ДОЗА ДОКСОРУБИЦИНА ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НА БАЗЕ ДОПИРОВАННЫХ КАРБОНАТНО-КАЛЬЦИЕВЫХ ВАТЕРИТОВ ЭФФЕКТИВНА И БЕЗОПАСНА**

Доксорубицин (ДОХ) – мощный антрациклиновый антибиотик широкого спектра действия. Его высокая эффективность сопровождается дозозависимой кардиотоксичностью, накоплением в печени

и быстрым выведением из организма. Использование предлагаемых нами систем доставки и депонирования ДОХ уменьшает его негативное воздействие на организм, пролонгируя высвобождение, уменьшая концентрацию в крови и, таким образом, уменьшая его кардиотоксичность при сохранении общей дозы. Кроме того, использование предлагаемой системы доставки и депонирования позволяет найти новые пути введения препарата. В качестве средства доставки и депонирования использованы: пористые ватериты карбоната кальция, допированные полианионом декстрансульфатом Na ( $\text{CaCO}_3 + \text{DexS}$ ), средние размеры которых 1-3 мкм. Изучали эффективность и переносимость терапии при использовании дозы, превышающей максимально переносимую дозу (МПД) ДОХ для мышей. Лабораторные животные – мыши самцы линии FVN/N. МПД доксорубицина для мышей 10 мг/кг однократно внутрибрюшинно.

Животным перевивалась опухоль грудной железы на наружную поверхность тазовой конечности. Через 42 дня после перевивки опухоли 5 животным подкожно, в холку введены ватериты  $\text{CaCO}_3 + \text{DexS}$  с ДОХ в дозе 250 мг/кг. Период высвобождения препарата – 21 день- пережили все животные. При осмотре опухоли были меньшего размера, чем в контрольной группе, располагались только на наружной поверхности тазовой конечности (опухоль в контрольной группе занимали практически всю конечность), имели четкую границу со здоровыми тканями и имели участки некрозов с формированием гнойников. Индекс эффективности составил 1,95, процент торможения роста опухоли – 48,79%. Вторая группа (5 животных) получили подкожно ватериты с 450 мг/кг ДОХ через 7 суток после перевивки опухоли грудной железы. Все животные пережили 21 день. При этом рост опухоли в опытной группе был отмечен только на 47 день после перевивки против 12 дня в контрольной группе. Индекс эффективности составил 4,75, процент торможения роста опухоли – 78,95%. Макроскопические характеристики опухоли были практически аналогичными описанным выше. При микроскопическом исследовании печени экспериментальных животных, получивших 450 мг/кг ДОХ спустя 21 день после введения носителей с препаратом были выявлены остаточные явления токсического гепатита, а при исследовании спустя 64 дня – морфологические проявления повышенной функциональной активности органа. Некротических изменений в месте введения носителей с ДОХ выявлено не было.

Заключение: пористые ватериты карбоната кальция, допированные полианионом декстрансульфатом Na представляются хорошим материалом для создания депо доксорубицина, позволяют использовать высокие дозы препарата, вводить препарат подкожно, токсическое действие препарата в эксперименте носит обратимый характер. Выделяемый в продолжение длительного времени препарат оказывает нужное воздействие на клетки опухоли.

---

**Сысоев К.В.**

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

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦНС**

**Введение.** Сочетанные пороки развития центральной нервной системы (ЦНС) остаются причиной стойкой инвалидизации и социальной дезадаптации больных. Учитывая показатели рождаемости, в России ежегодный прирост данной категории пациентов может составлять до 2 000 новых случаев, при этом наиболее часто речь идет о тяжелых сочетанных пороках: миеломенингоцеле, мальформация Киари II типа, гидроцефалия. В настоящее время, благодаря достижениям в лечении этих больных, большинство из них доживает до старшего возраста, однако, оптимальная тактика их ведения не определена.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ отдаленных (не менее 5 лет) результатов лечения 60 больных с сочетанными пороками развития ЦНС. В большинстве случаев это были дети дошкольного возраста с последствиями устранения миеломенингоцеле пояснично-крестцовой области (85%), сочетавшегося с гидроцефалией и мальформацией Киари II типа. Дети поступали в клинику для контрольного обследования в связи с признаками дисфункции шунтирующей системы или синдрома фиксированного спинного мозга. Учитывался объем проводимых им ранее хирургический манипуляций, а также степень выраженности неврологического дефицита, прежде всего двигатель-

ный дефицит. Части больных (20) с целью уточнения уровня поражения спинного мозга проводилась спинальная МР-трактография.

Результаты. 90% больных проводилась ранняя хирургическая коррекция гидроцефалии, в 60% наблюдений шунтирующая операция проводилась при нарастании гипертензионно-дислокационного синдрома после устранения миеломенингоцеле. У 30% детей разрыв стенки грыжевого мешка, сопровождаемый ликвореей, приводил к последующему инфицированию и ухудшению исхода заболевания. В большинстве случаев (80%) коррекции аномалии Киари II типа не требовалась, у части из них (30%) впоследствии отмечались сирингогидромиелитические изменения спинного мозга и выраженная (III-IV ст.) деформация позвоночника. У 70% детей в анамнезе имелось указание на развитие или усугубление двигательного дефицита и/или тазовых нарушений после устранения миеломенингоцеле. При этом чаще коррекция порока проводилась в экстренном порядке на фоне ликвореи из грыжевого мешка.

Выводы. В решении проблем хирургического лечения детей с сочетанными пороками развития ЦНС кажется очевидным акцент на их раннее выявление и коллегиальное решение вопроса о дальнейшем ведении беременности. Обоснованным можно считать более активное внедрение внутриутробных вмешательств, направленных, прежде всего, на профилактику развития ликвородинамических нарушений. При этом кажется оптимальным выбранный этиопатогенетический подход к решению данной проблемы, однако, по-прежнему нуждается в уточнении характер развития гидроцефалии (окклюзия/гипорезорбция), а также обоснование выбора оптимального метода ее коррекции. Несмотря на внедрение фетальной хирургии миеломенингоцеле, проведение полноценной микрохирургической коррекцией миелодисплазии в условиях нейрофизиологического мониторинга и полноценной пластики дефекта мягких тканей в раннем неонатальном периоде позволяет избежать осложнений, характерных для фетальной хирургии. Требуется уточнения тактика лечения Киари мальформации II типа, сопровождаемой сирингогидромиелией и деформацией позвоночника.

---

*Сычев И.В., Лапшова А.В., Куприянов Ю.Ю., Гончарова Л.Н.*

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

## **ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА RS115510347 ГЕНА KCNMB2 В РАЗВИТИИ СУХОГО КАШЛЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Введение: Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) за последние десятилетия по праву являются одними из наиболее эффективных средств в лечении сердечно-сосудистой патологии. Наряду с высокой эффективностью терапии, у значительной части пациентов (около 30%) встречаются нежелательные побочные реакции (НПР). Наиболее частой НПР при использовании в терапии ИАПФ является сухой кашель. Согласно современным данным, недостаточно изучены генетические предикторы развития сухого кашля на фоне приема ИАПФ, что демонстрирует актуальность данного исследования. В частности, проведены единичные исследования по поводу ассоциации полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 с развитием НПР в виде сухого кашля на фоне приема ИАПФ у пациентов в шведской популяции, где выявлена взаимосвязь данного полиморфизма с развитием сухого кашля.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 с развитием сухого кашля на фоне приема эналаприла у больных русской национальности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 217 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь II-III стадии, со средним возрастом = 65,08±8,18 лет, которые были разделены в группы в зависимости от наличия НПР в виде сухого кашля на фоне приема эналаприла. В 1 группу вошло 113 пациентов, у которых на фоне приема эналаприла развивалась НПР в виде сухого кашля, среди которых 97 женщин и 16 мужчин со средним возрастом 64,78±7,56 и 64,25±10,22 лет соответственно. Во 2 группу вошло 104 пациента, лица, у которых НПР на прием эналаприла не возникало, из них

83 женщин, средний возраст которых составил  $65,2 \pm 8,74$  лет и 21 мужчин со средним возрастом  $66,65 \pm 7,32$  лет. Группы были сопоставимы по гендерно-возрастным и клиническим данным. Для выявления генетических предикторов развития НПР на фоне приема эналаприла, всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2.

Результаты исследования. У больных ГБ с развитием нежелательной побочной реакцией в виде сухого кашля на фоне приема эналаприла, при распределении частот генотипов полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 в 100% случаев был выявлен генотип AG. Аналогичная ситуация была представлена в группе больных ГБ без развития НПР при приеме эналаприла.

Выводы. Несмотря на имеющиеся данные в литературных источниках по поводу ассоциации полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 с развитием НПР в виде сухого кашля на фоне приема ИАПФ у пациентов в шведской популяции, в проведенном нами исследовании не было выявлено различий распределения частот генотипов указанного полиморфизма гена между изучаемыми группами.

---

*Сычёва Д.Р., Рыбка С.М.*

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

## **АНАЛИЗ И СРАВНЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВИРУСЕ ГРИППА В ОРГАНАХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Введение. Новая коронавирусная инфекция имеет ряд морфологических сходств с гриппом, что может затруднять дифференциальную диагностику данных заболеваний. В данной работе представлены сходства и различия основных макро- и микроскопических изменений, возникающих в органах дыхательной системы при новой коронавирусной инфекции, при гриппе.

Цель работы. Изучить основные патоморфологические изменения, возникающие в нижних дыхательных путях при гриппе и новой коронавирусной инфекции. Выявить основные различия и сходства, необходимые для дифференциальной диагностики.

Материал и методы. Была проанализирована морфологическая картина 20 случаев вскрытия больных, с прижизненно подтвержденным методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) диагнозом «новая коронавирусная инфекция-COVID-19» и 12 случаев вскрытий с диагнозом «грипп», посмертно подтвержденным ПЦР методом. Аутопсии проводились на базе централизованного патологоанатомического отделения Центральной городской клинической больницы № 1 города Донецка за период от 1 сентября 2022-го года до 1 октября 2022-го года. Материал для гистологического исследования был представлен микропрепаратами срезов бронхов, трахеи и лёгких. Для оценки микроскопических изменений респираторного тракта применялась окраска гематоксилином и эозином.

Результаты и их обсуждение. При микроскопическом исследовании материала больных с диагнозом грипп, тяжёлая форма, с легочными осложнениями, в 7 случаях было выявлено серозно-геморрагическое воспаление в слизистой оболочке трахеи и в стенках бронхов, с наличием участков некроза. В легких в 11 случаях – геморрагическая пневмония, с фокусами острой эмфиземы и участками ателектаза. Во всех 12 случаях на вскрытиях легкие были увеличены в объеме, «печёночной» плотности, на разрезе пестрого вида, с участками кровоизлияний – картина «большого пестрого гриппозного легкого». При гистологическом исследовании в 9 случаях определялась триада альвеолярных изменений, характерных для гриппозной пневмонии: тромбоз капилляров, очаговый некроз альвеолярной стенки, с образованием гиалиновых мембран; выраженное полнокровие, очаговые кровоизлияния в межальвеолярные перегородки и в просвет альвеол, утолщение межальвеолярных перегородок. В 6 случаях часть альвеол микроскопически- с фибринозным экссудатом, с примесью слущенных альвеолоцитов (десквамативный некротизирующий альвеолит), наличием распавшихся нейтрофилов. Во всех случаях – выраженная эритроцитарная инфильтрация межальвеолярных перегородок, скопление эритроцитов в альвеолах.

При микроскопическом исследовании материала пациентов с диагнозом новая коронавирусная инфекция в 19 случаях в слизистой оболочке трахеи и в стенке бронхов-отёк, полнокровие, неболь-

шие группы лимфоцитов. На вскрытии во всех случаях лёгкие увеличены, тяжелые, отёчные, пестрые, темно-бордового цвета, плотной, резиновой консистенции. При гистологическом исследовании лёгких в 15 случаях присутствовали выраженные нарушения в сосудах микроциркуляторного русла – полнокровие, со сладжами эритроцитов, внутриаальвеолярный отёк. В 18 случаях – гиалиновые мембраны в альвеолах. В 17 случаях – выраженная инфильтрация межальвеолярных перегородок лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами. В 11 случаях – склероз интерстиция.

Вывод. При гриппе в трахее и бронхах преобладает альтеративно-экссудативный тип воспаления, при коронавирусной инфекции – экссудативный. Оба заболевания имеют схожую макроскопическую картину изменений в лёгких, с формированием «большого пёстрого лёгкого». Гриппозная пневмония геморрагическая по характеру экссудата, при коронавирусной инфекции – серозная. Для обоих заболеваний характерно образование гиалиновых мембран в альвеолах. При гриппе в ткани лёгких более выражен экссудативный процесс, при коронавирусной инфекции – пролиферативный в строме.

*Талалаенко И.А., Боечко Д.С., Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Боечко Н.Д.*

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

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Актуальность. Говоря о значении оториноларингологии, хотелось бы подчеркнуть, что её роль особенно велика именно для педиатрии. Так, из общего числа пациентов, обращающихся за помощью при болезнях уха, горла, носа, более 50% составляют люди моложе 17-18 лет. Эффективная работа оториноларингологической службы в значительной степени определяется состоянием профессиональной подготовки оториноларингологов. Хорошо подготовленный специалист является гарантией качества оказания медицинской помощи в учреждении. Цель работы: Улучшить результаты преподавания оториноларингологии детского возраста слушателям факультета интернатуры и последипломного обучения (ФИПО). Материалы и методы. За 2014 – 2022 годы на кафедре оториноларингологии факультета интернатуры и последипломного обучения (ФИПО) прошли обучение 40 интернов, 8 ординаторов и около 700 слушателей различных циклов последипломного обучения. Следует отметить, что в этот период преподавание осуществлялось в сложных условиях военного времени и пандемии Covid-19. Коллективом преподавателей использовались классическая и инновационная технологии обучения. Последние два года, наряду с традиционным очным обучением, мы применяли дистанционные методы преподавания. Результаты и обсуждение. Какие медицинские проблемы являются предметом преподавания в детской оториноларингологии? Это проблема аллергии. Следующая совместная проблема – это тонзиллярная и её роль у детей, часто болеющих острыми респираторно-вирусными инфекциями. Не теряют актуальности обструктивные ларинготрахеобронхиты, «ложный круп» (подслизистый ларингит). Важнейшим разделом преподавания остаются острые средние и рецидивирующие средние отиты у новорожденных и грудных детей. Классической проблемой амбулаторной оториноларингологии являются острые, рецидивирующие и хронические риносинуситы. Отдельной проблемой во все времена были ранняя диагностика внутричерепных осложнений (абсцесс мозга, менингит), отогенного сепсиса и орбитальные осложнения риносинуситов у детей. Всегда актуальна выработка единых рациональных подходов к эффективному использованию лекарственных средств в детской оториноларингологии и определение дифференцированных показаний к их назначению. Сравнительно новым направлением является детская сурдология. Основной особенностью преподавания оториноларингологии детского возраста на нашей кафедре является возрастной принцип в изучении каждого отдельного заболевания. В раннем возрасте у детей встречаются заболевания, которые у взрослых не проявляются. Например, остеомиелит верхней челюсти новорожденных, стридор. Следует также подчеркнуть и важность информации о гестационном периоде, течении беременности и родов. Так как слуховой анализатор может пострадать уже в эти периоды, а некоторые негативные виды воздействия еще до рождения ребенка могут стать в дальнейшем факторами риска нарушения слуховой функции. Следующим важным отличием является диагностика, а



точнее ее трудности. Жалобы и данные анамнеза часто малоинформативны для постановки предварительного диагноза. Нужно учитывать и отсутствие у ребёнка естественного для взрослого человека беспокойства за свое здоровье. В некоторых ситуациях (в частности, при попадании инородного тела в дыхательные пути или пищевод) врач должен в кратчайшие сроки определить первичную тактику лишь на основе описания первых симптомов (приступ кашля, затруднение дыхания, изменение голоса), инородного тела и точного времени происшествия. О состоянии слуховой функции в раннем детском, не говоря уже о грудном, возрасте вообще невозможно дать квалифицированное заключение на основании ответов ребёнка. Поэтому в детской оториноларингологии так велика роль объективных методов диагностики. Кроме того, течение болезней уха, горла и носа также различно у детей и взрослых. Чем ниже функциональная зрелость организма, тем более выражена общая реакция, яркие клинические проявления (высокая температура тела, интоксикация, возможны даже диспепсические явления) на фоне минимальных локальных проявлений. Однако, и обратному развитию при правильном своевременном лечении эти реакции подвергаются быстрее в сравнении со зрелым организмом. Из-за незавершённого развития костей черепа ребёнка воспалительные процессы в области уха, полости носа легко и достаточно быстро могут распространяться в глазницу, на мозговые оболочки; повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера приводит к увеличению внутричерепного давления и опасности сдавливания продолговатого мозга отёчными тканями. У взрослых пациентов данная ситуация возникает редко и, как правило, на фоне осложнений. Возрастной принцип является основным и при определении показаний к операции у ребёнка, а также при выборе и проведении анестезии. К важнейшим особенностям преподавания детской оториноларингологии следует также отнести важность медицинской этики, любовь и сочувствие к заболевшему ребёнку, уважение родительских чувств, ответственность перед родственниками, повышенные требования к нравственному облику детского врача, в данном случае детского оториноларинголога.

Выводы:

1. Основной особенностью преподавания оториноларингологии детского возраста является возрастной принцип в изучении каждого отдельного заболевания.
2. Важной задачей преподавания в детской оториноларингологии и залогом клинического успеха является обучение объективным методам диагностики и их правильной трактовке.

---

*Тарадин Г.Г., Калуга А.А., Ракитская И.В., Цыба И.Н.*

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

## **ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ С КУРЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ**

«Повреждение легких, связанное с употреблением электронных сигарет или продуктов вейпинга» (E-Cigarette or Vaping Use-Associated Lung Injury), сокращенно EVALI- так назвали легочную «чуму» эксперты из Центра по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), Соединенные Штаты Америки (США). Вейпы охватили широкий диапазон возрастов: начиная от 10-11 лет и заканчивая людьми преклонного возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2019 году электронные сигареты использовали 41 млн человек. По состоянию на 18 февраля 2020 года было зарегистрировано 2807 случаев EVALI, приведших к госпитализации или смерти. Средний возраст пациентов составил 24 года. Термин «вейпинг» имеет английское происхождение и происходит от слова «vapor» – пар. Внутри электронной сигареты расположена емкость для специальной жидкости, нагревательный элемент и батарея. При активации происходит замыкание цепи, в результате раскаляется нагревательная спираль, образуя пар. Температура парения достигает 3000С. К базовым компонентам относятся следующие: пропиленгликоль, глицерин, вода, жидкий никотин. А так же ряд потенциально токсичных соединений: ароматизаторы, летучие органические соединения (бензол, толуол), карбонилы, бактериальные эндотоксины, ацетат витамина Е. При EVALI наблюдаются различные варианты повреждения легких, включающие в себя острую эозинофильную пневмонию, организирующую пневмонию, липоидную пневмонию, диффузное повреждение альвеол и острый респи-

раторный дистресс-синдром (чаще), диффузное альвеолярное кровоизлияние, гиперчувствительный пневмонит, редкий гигантоклеточный интерстициальный пневмонит и респираторный бронхит. В исследовании J. Layden et al. проанализирована вспышка заболевания в 2019 году. В исследование вошли 53 пациента с инфильтративными изменениями в легких и различными жалобами, которые не могли быть объяснены другими причинами. Пациенты жаловались на одышку (87%), кашель (83%), тошноту (70%), рвоту (60%), диарею (43%), лихорадку (81%). Двусторонние инфильтративные изменения были обнаружены у 100% больных. При гистологическом исследовании обнаружены признаки воспаления, диффузное повреждение альвеол, пенистые макрофаги, гранулематозный пневмонит. 92% пациентов были назначены системные глюкокортикостероиды внутрь или внутривенно, 65% отметили улучшение состояния в течение первых 3-х дней. На основании имеющихся данных можно выделить следующие факторы риска: возраст до 35 лет, частое использование электронных устройств (5 и более раз в сутки), использование жидкостей, содержащих ацетат витамина E и тетрагидроканнабинол. При наличии респираторных симптомов у лиц использующих электронные сигареты всегда необходимо учитывать возможность повреждения легких связанного с вейпингом, особенно когда клинику нельзя объяснить другими причинами. Своевременная диагностика и максимально раннее начало лечения стероидами могут сократить время пребывания в стационаре и ассоциированы с более благоприятным прогнозом. При появлении первых симптомов необходимо незамедлительное прекращение воздействия вредных веществ. Возобновление курения ассоциировано с развитием рецидива. Окончательно патофизиологические механизмы повреждения легких на сегодняшний день изучены не до конца. Не все пациенты нуждаются в госпитализации и могут лечиться амбулаторно короткими курсами стероидов. Лучший способ избежать проблем – не использовать электронные сигареты, в том числе в качестве метода избавления от вредной привычки.

*Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Куглер Т.Е*

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

## **НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ**

Непрерывное медицинское образование (НМО) – это система последиplomного образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование знаний и навыков, умений в течение всей профессиональной жизни врача, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций.

Сотрудниками кафедры терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядька Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» разработаны рабочие программы, согласно которым в 1-ый год в системе НМО терапевты обучаются на Модуле 1, посвященном вопросам кардиологии, во 2-й год обучения проходят Модуль 2, где разбираются актуальные вопросы ревматологии. В 3-ий год обучения – Модуль 3, в ходе которого рассматриваются вопросы пульмонологии и гастроэнтерологии, 4-й год обучения – Модуль 4, посвящен вопросам нефрологии, гематологии, эндокринологии. Пятый год обучения – цикл тематического усовершенствования (72 часа) «Актуальные вопросы терапии», в него вошли темы, не рассматриваемые в предыдущие 4 года. После окончания пятилетнего цикла обучения предусмотрена сдача квалификационного экзамена.

За прошедшие 5 лет обучение в системе НМО начали 1313 врачей-терапевтов, ежегодно подключаясь к новой форме ПК начиная с 2018 г. Еще у 199 человек курсы запланированы на второе полугодие 2022 г.

Нынешний 2022 г. завершает первый 5-летний цикл ПК по специальности «Терапия» в системе НМО на кафедре терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядька. Итоговую аттестацию (квалификационный экзамен) успешно сдали 41 терапевт, еще 31 слушателю предстоит завершающий этап (тематическое усовершенствование с последующим экзаменом) во втором полугодии 2022 г.

Первый 5-летний цикл НМО ознаменовался трудностями в связи с имевшей место пандемией новой коронавирусной инфекции Covid 19, проведением (2022г) специальной военной операции на Украине. В связи с этим большое количество времени обучение проводилось с применением дистанционных образовательных технологий (ДОТ).

Сложный период обучения 2020 -2022 (пандемия Covid 19, специальная военная операция) привели к сложностям в наборе ЗЕТ (баллов) по дополнительной образовательной деятельностью нашими обучающимися. К проведению итоговой аттестации у 60% врачей терапевтов было набрано менее 250 ЗЕТ (баллов). С целью ликвидации этой проблемы кафедра терапии ФИПО по согласованию с руководством ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО и МЗ ДНР провела дополнительные циклы тематического усовершенствования «Актуальные вопросы лечения внутренних органов в период пандемии Covid 19» с применением ДОТ. Проведение этих циклов не только позволило врачам-терапевтам набрать нужное количество ЗЕТ (баллов), и быть допущенными к итоговой аттестации, но и значительно повысило качество ведения пациентов с инфекцией Covid 19.

Безусловно, эффективность системы НМО требует дальнейшего совершенствования. Однако, опыт обучения врачей-терапевтов в системе НМО в 2018-2022 г показал работоспособность этой системы, что нашло отклики в результатах анкетирования врачей- терапевтов. Коллектив кафедры терапии ФИПО им проф. А.И. Дядька будет продолжать работы над реализацией непрерывного медицинского образования.

*Тарануха С.В., Левенец А.А., Авраменко О.О.*

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

## **СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Актуальность темы. Болезнь Педжета (деформирующий остеоит)- это хроническое патологическое состояние отдельных костей скелета у взрослых, в котором происходит нарушение процесса нормального синтеза или восстановления костной ткани, в результате чего формируются очаги повышенного распада костных клеток с последующим замещением их большим количеством неполноценной костной ткани. В связи с тем, что течение заболевания чаще является бессимптомным, своевременная диагностика крайне затруднительна.

Цель. На примере представленного клинического случая продемонстрировать сложность дифференциальной диагностики болезни Педжета с которой может столкнуться челюстно-лицевой хирург в своей практике.

Материалы и методы. В 2018 году в отделение челюстно-лицевой хирургии ЦГКБ №1 обратилась пациентка К. 24 лет с жалобами на наличие припухлости и деформации верхней челюсти. После сбора анамнеза и комплексного обследования, для уточнения диагноза, произведена операция – инцизионная биопсия. Патогистологическое исследование- остеобластокластома верхней челюсти. По результатам обследования выполнена операция – резекция альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Больная выписана из отделения с улучшением на диспансерное наблюдение. В 2019 году пациентка повторно обратилась в клинику с жалобами на наличие подобного новообразования на нижней челюсти слева, боли в левой половине лица, затруднённое носовое дыхание, боли в лопаточной области, шейном и грудном отделах позвоночника. Для уточнения диагноза и планирования дальнейшего лечения больной проведено комплексное обследование, включающее КТ, СКТ, МРТ, лабораторные исследования крови. В результате обследования выявлены: Множественные смешанное деструкция костных структур лицевого скелета, деформация скулоорбитального комплекса слева, альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти слева (в виде вздутия), деструкция тел позвонков, в анамнезе сифилис, уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови превышен в 2,5 раза, что свидетельствовало о наличии болезни Педжета.

Результаты и обсуждения. Специалистами нашей клиники проведена дифференциальная диагностика с такими заболеваниями как третичный сифилис, остеобластокластома, болезнь Энгеля-

Реклингаузна («коричневая опухоль»), фиброзная дисплазия. Сифилис отличается множественным поражением скелета, также как и болезнь Педжета, но характер поражения различен. Рентгенологически определяется значительно утолщённая кость, костномозговой канал отсутствует, а при болезни Педжета наоборот происходит разрежения костных структур. Остеобластокластома – единичная опухоль, как правило, вначале отличается эксцентричным расположением, на рентгенограмме её структура различна. Болезнь Энгеля-Реклингаузна характеризуется поражением всех костей, а не только, ограничивается теми, которые несут значительную механическую как при болезни Педжета. При фиброзной дисплазии костная ткань превращается преимущественно в волокнистую фиброзную ткань.

Выводы: Описанный клинический случай демонстрирует важность анамнеза и проведения комплексного обследования, что определяет дальнейшую тактику дифференциально-диагностического алгоритма и лечения.

---

*Тарасова Н.В., Соколова М.В.*

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

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Сегодня в Российской Федерации свыше 30 млн людей пожилого возраста. Старше 65 лет в нашей стране 13% населения, пенсионеров – свыше 23% от общего числа граждан[1].

Волгоградская область является крупнейшим промышленным и культурным регионом юга России. По причине большой концентрации промышленных предприятий и заводов существуют острые экологические проблемы. Так же есть особенности климата города Волгограда – он расположен в засушливой области и отличается обилием тепла, при недостаточном уровне увлажнения[3]. Результаты исследований позволят осуществить индивидуальный подход к каждому пациенту, усовершенствовать комплекс лечебно – профилактических мероприятий и повысить эффективность терапии хронических заболеваний полости носа у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: выявить функциональные особенности слизистой оболочки полости носа у лиц пожилого и старческого возраста в Волгоградской области.

Материал и методы исследования: В исследование включено 60 пациентов пожилого и старческого, которые проживали всю жизнь на территории Волгоградской области. Первая группа – это пациенты без хронической ЛОР патологии, 2 группа – пациенты с хроническими заболеваниями полости носа. Всем пациентам проводили эндоскопический осмотр ЛОР органов. Для исследования мукоцилиарного клиренса использовали сахаринный тест. Дыхательную функцию оценивали с помощью передней активной риноманометрии. Оценка обонятельной функции. Анализ калориферной функции полости носа (эндоназальная термометрия).

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализируя результаты исследования, в пожилом и старческом возрасте в группе пациентов с хронической ЛОР патологией более выражены атрофические процессы слизистой оболочки полости носа. Внутриносое сопротивление структур воздуха в группах снижено за счет уменьшения в раз- мере носовых раковин.

У лиц пожилого и старческого возраста температура слизистой оболочки носа снижена в двух исследуемых группах, при этом в группе больных хроническим риносинуситом внутриносое температура незначительно выше, чем в контрольной группе. Нами было предположено, что это связано с возрастными изменениями слизистой оболочки полости носа, особенностями кровоснабжения слизистой оболочки полости носа большого мозга, а так же особенностями климата нашего региона.

Литература:

1. Бюллетень «Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2020 года». Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. Ссылка активна на 25.05.21.

2. Демографическое старение: историко-социологический аспект ( на примере г.Волгограда и Волгоградской области) журнал Современные проблемы науки и образования. – 2021. – №1 (часть1)
3. Сажин А.Н. Природно-климатический потенциал Волгоградской области. -Волгоград: Перемена , 1995 – С. 109-132
4. Н.Э. Пайганова, А.П. Ястремский Слизистая оболочка полости носа в пожилом возрасте: особенности, современные подходы к терапии воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух – Вестник оториноларингологии 2021, Т. 86, №5, с. 103-108
5. Д.С. Юлдашов К вопросу об инволюционных изменениях слизистой оболочки полости носа у человека Морфологические ведомости № 3-4, 2008 с.93-94

---

**Татаркова Ю.В., Петрова Т.Н.**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

## **ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВУЗОВ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

С каждым годом, особенно за последнее десятилетие, состояние здоровья молодежи ухудшается, переходя от медицинской к социальной проблеме. Происходящие в стране преобразования сократили возможности реализации гарантий бесплатной медицинской помощи и ее профилактической направленности, что привело к социальной дезадаптации молодежи, росту хронической заболеваемости и инвалидности студентов высших учебных заведений.

На первом этапе исследования проанализирована общая численность населения (официальные статистические данные офтальмологической службы Департамента здравоохранения Воронежской области (статистические формы № 12, 14, 14ДС, 17, 30, 39, 47), и выборочные исследования (на основе выкопировки данных амбулаторных и стационарных карт). Всего было заполнено 1500 карт изучения, общее количество посещений составило 3200. По состоянию здоровья 48241 студента из 14 вузов Воронежской области, заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2017 году на 1000 студентов составила 94,8. Характерна тенденция к росту как общей, так и первичной заболеваемости глаз. Увеличение общей заболеваемости составило 10,5%, а первичной заболеваемости – 8,7% Используя метод аппроксимации динамического ряда показателей распространенности глазных болезней у лиц молодого трудоспособного возраста за 4-летний период, получен прогноз заболеваемости на ближайшие годы, свидетельствующий о статистически значимом росте заболеваемости глаз у молодых людей, в том числе до вузовского возраста.

В структуре глазной заболеваемости у студентов лидирующее место занимают аномалии рефракции 62,3% (в т.ч. миопия – 40,1%), воспалительные заболевания глаз 24,3%. На косоглазие приходится 6,4%, врожденную патологию зрительного нерва – 1,25%, заболевания зрительного нерва и сетчатки – 0,9%, травму глаза – 0,8%. Важно отметить, что по результатам профилактического осмотра миопия была выявлена у каждого 4-5 выпускника школ, причем в 6-8% случаев имела место миопия высокой степени, ограничивающая возможности профессиональной деятельности. Анализ распространенности заболеваний глаза и его придаточного аппарата свидетельствует о необходимости оптимизации деятельности по ранней диагностике, лечению и, особенно, профилактике заболеваний глаз в студенческие годы. В то же время следует подчеркнуть, что системе первичной офтальмологической помощи студентам, медицинская помощь имеет все существующие недостатки, присущие современному здравоохранению. В значительной степени они обусловлены организационными издержками и нерациональным распределением и использованием людских ресурсов.

Анализ полученных данных показал отрицательную тенденцию к росту как общей, так и первичной заболеваемости глазными болезнями. Рост числа болезней глаза и его придаточного аппарата связан с высокой интенсификацией учебного процесса, внедрением компьютеризации в этот процесс, сопровождающийся увеличением зрительных нагрузок, а также, с увеличением контингента студен-

тов, поступающих в вуз с уже имеющейся патологией органа зрения. Особое внимание следует уделить мнению студентов большинства вузов, что квалифицированная офтальмологическая помощь не всегда доступна. Поэтому важное совершенствование, особенно первичное звено, способное решать вопросы профилактики заболеваний глаза, а также инвалидности (с акцентом на донозологическую диагностику и медико-социальную профилактику) среди студентов. Крайне важная роль в реализации данной работы принадлежит образовательным организациям различного уровня. При проведении очередной масштабной диспансеризации особая роль должна отводиться студенческой поликлинике города Воронежа, которая призвана обеспечить эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий на уровне вуза.

*Темертей С.И., Климов А.А., Врублевский Р.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
 ПАО «Мобильные Теле Системы» – Россия (ПАО «МТС – РОССИЯ») г. Москва РФ  
 ПраО «ВОДАФОН – УКРАИНА» г. Киев Украина

## **ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА И ДЕВАЙСЫ**

Практически невозможно встретить сейчас ребёнка, который не умел бы пользоваться планшетом, смартфоном или мобильным телефоном. Дети быстро осваивают такие «игрушки». Однако на вопрос когда можно давать ребёнку мобильный телефон и другие девайсы – ответ остаётся за наукой. Родители решают этот вопрос когда ребёнок идёт в школу, но во всём необходимо ограничение временем пользования такими устройствами.

Учёными установлено, что вред связан с электромагнитным излучением, которое создает телефон вокруг себя и чаще всего находится вблизи головы при разговоре. Электромагнитное воздействие имеет свойство накапливаться в организме со временем, что подавляет в первую очередь иммунную систему. Наиболее чувствительными к воздействию излучений различных диапазонов являются клетки в стадии деления и роста. Поэтому молодой растущий организм и плод в период беременности особенно чувствительны к электромагнитному излучению. Чтобы оценить вредное воздействие «мобильников» на организм, был введен специальный показатель – удельный коэффициент поглощения электромагнитной энергии (SAR). Он показывает, какое количество энергии электромагнитного поля (в Ваттах) было поглощено одним килограммом тела человека за одну секунду. SAR – это первое, чем нужно поинтересоваться при покупке нового сотового телефона, заглянув в прилагаемую к нему инструкцию. Если SAR не превышает 0,2 Вт/кг, у телефона очень низкая облучающая способность. Если этот показатель попадает в интервал 0,2 – 0,5 Вт/кг – низкая, а если он больше 0,5, но меньше 1,0 Вт/кг – средняя. Облучающая способность считается высокой у аппаратов с SAR, превышающим 1,0 Вт/кг. К сожалению, до сих пор в мире не разработана единая методика определения этого коэффициента, поэтому результаты одинаковых исследований, проведенных в различных лабораториях, существенно отличаются друг от друга.

Воздействие электромагнитных волн способно нарушить их развитие. Действие радиоволн может влиять на психическое и физическое состояние ребенка. Некоторые исследования доказали, что сотовые телефоны могут стать причиной нарушения сна, вялости, сонливости, снижения иммунитета, нарушению памяти и психическим расстройствам. Основным проявлением является синдром раздражительной слабости. У детей младшего возраста он выражается капризами; неустойчивостью настроения и эмоциональной несдержанностью – у детей старшей возрастной группы. Сон становится тревожным, с неприятными сновидениями. Ребенку трудно заснуть, но также трудно ему и проснуться утром. Часто перед сном у ребенка возникает чрезмерное возбуждение, иногда сменяющееся слезами, страхами. Детям дошкольного возраста свойственна чрезмерная расторможенность, они начинают испытывать трудности в учебе, ребенок становится рассеянным, ему трудно удержать свое внимание, сконцентрироваться. Ребенку становится трудно запомнить что-то новое, а то, что он уже знал, начинает забывать. Дети жалуются на частые головные боли. Ребенок не может сидеть спокойно, он постоянно двигает руками, плечами – так называемая детская нервозность.

Родителям следует тревожиться если ребёнок проводит за компьютером более 30 часов в неделю; ухудшилось зрение и аппетит; не спит по ночам; после пользования компьютером испытывает тошноту и головную боль; не выходит на улицу и не имеет реальных друзей; нервничает и капризничает.

В данном случае одним из важнейших элементов здоровья – режим дня.

---

*Темертей С.И., Петрова Л.А.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
ГОО ВПО «Донбасская аграрная академия», г. Макеевка

## **ОПАСНЫЙ ЛИ ЛЕЙКОЗ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА**

В нашей стране лейкоз крупного рогатого скота (ЛКРС) возглавляет «рейтинг» инфекционных болезней животных и остаётся серьёзной проблемой для ветеринарной службы в первую очередь в части обеспечения населения и пищевой промышленности качественным и безопасным мясо-молочным сырьём.

ЛКРС – вялотекущее онкологическое заболевание опухолевой природы. Патология характеризуется поражением кроветворной системы, лимфоцитозом, возникновением новообразований. Вирус лейкоза крупного рогатого скота (ВЛКРС) способен годами пребывать в изоляции, ожидая ослабления иммунитета. Молоко больных коров содержит канцерогенные вещества, которые могут запустить опухолевый процесс у человека.

По результатам изучения американских учёных о возможности инфицирования ВЛКРС человека путём исследования методом ПЦР ткани груди у женщин, больных раком молочной железы и здоровых, было установлено, что ДНК ВЛКРС обнаруживается чаще (59% случаев) у больных раком молочной железы женщин, т. е. ДНК ВЛКРС присутствовала в ткани молочной железы женщин, ассоциируясь с раком молочной железы. Но в любом случае проблема о возможной связи между заболеванием лейкозом и другими болезнями опухолевой природы у животных и человека остаётся открытой. Вопрос насколько опасен ВЛКРС для человека предстоит выяснить науке. На данный момент возбудитель ЛКРС не включен в перечень опасных возбудителей ВОЗ и надзорных органов.

На территории Российской Федерации действуют «Правила по профилактике и борьбе с лейкозом», утвержденные в 1999 году Минюстом. Согласно правилам использовать молоко от больных лейкозом коров запрещено, то есть оно должно быть утилизировано. Молоко от инфицированных лейкозом коров в любом случае проходит термическую обработку на молокоперерабатывающих предприятиях согласно технологическому регламенту.

Основной метод профилактики и борьбы с лейкозом в различных странах мира – своевременно проведенная диагностика, вакцинация и удаление из стада инфицированных животных.

Эпизоотическая ситуация на территории ДНР и г. Макеевки в 2022 году следующая. На территории Донецкой Народной Республики в хозяйствах всех форм собственности за 10 месяцев 2022 года подвергнуто диагностическим исследованиям на лейкоз 18712 голов крупного рогатого скота, из них 1382 головы (7%) положительно реагировали на лейкоз, в г. Макеевке подвергнуто исследованиям 665 голов, из них 19 голов (2,8%) положительно на лейкоз. Осуществляется санитарно-гигиенический и ветеринарный контроль за мясо-молокоперерабатывающими предприятиями и рынками в части использования и реализации безопасного и доброкачественного мясного и молочного сырья. Проводится разъяснительная работа среди населения. Всем владельцам больных животных по результатам лабораторных исследований и на основании инструкции «По профилактике и оздоровлению крупного рогатого скота от лейкоза» вручаются предписания с рекомендациями по вопросу не распространения данного заболевания на территории хозяйства, не возможности использования молочной продукции в потребительских целях и дальнейшей сдачи больного животного на бойню или мясоперерабатывающее предприятие. В ходе проведения противоэпизоотических мероприятий по оздоровлению крупного рогатого скота среди владельцев животных проводится широкая разъяснительная работа об опасности инфекционных заболеваний общих для животных и человека, а также мерах их профилактики.

*Терехов Н.Л., Широков В.А., Потатурко А.В.*

ФБУН «ЕМНЦ ПОЗРПП» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

## **БОЛЬ В СПИНЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЭПИГЕНЕТИКА**

Боль в спине широко распространена и беспокоит почти каждого человека в течение всей его жизни. Первичная профилактика болей в спине на рабочем месте обычно является наиболее распространённой стратегией, используемой работодателями. Многие случаи болей в спине могут быть предотвращены изменениями условий труда на рабочем месте. На данный момент изучены многие аспекты патогенеза спондилогенной болевой патологии. Там не менее остаются неучтенные факторы риска, степень влияния которых на патогенез этой патологии требует дальнейших исследований. В последние годы во всем мире идет активное изучение эпигенетических механизмов различных патологических процессов. Эпигенетические модификации влияют на экспрессию генов без фактического изменения последовательности дезоксирибонуклеиновой кислоты. Кроме того, воздействие окружающей среды в критические периоды развития может повлиять на профиль эпигенетических меток и привести к развитию патологии. Более глубокое понимание эпигенетических механизмов, лежащих в основе патогенеза спондилогенных болевых синдромов, может помочь в профилактике, основанной на изменениях образа жизни.

Нами было проведено исследование по влиянию уровня физической активности на вероятность возникновения боли в спине среди работников промышленных предприятий Свердловской области на основании персонифицированного регистра 2915 работников. Физическая активность оценивалась с помощью международного опросника IPAQ (International physical activity questionnaire). Рассчитаны ОШ (отношение шансов) с 95% ДИ (95% доверительный интервал) и р-значение. Так же мы провели обзор эпигенетических исследований, целью которого было оценка и выявление эпигенетических модификаций, которые могут оказать влияние на вероятность возникновения спондилогенной болевой патологии.

При изучении влияния различных уровней физической активности на развитие боли в спине получены данные, что максимальная распространенность выявлена у работников, имеющих высокий уровень физической активности в производственных и бытовых условиях (37,25%). При этом ОШ составляет 1,5 с 95% ДИ 1,6-2,11. На втором месте по распространенности боли в спине выявлена у работников, имеющих низкий уровень физической активности (29,3%) с ОШ = 2,15 и 95% ДИ 1,07-4,3. Наиболее низкую распространенность боли в спине имеют работники с умеренным уровнем физической активности (21,6%). При изолированном сравнении влияния низкой и высокой физической активности получены результаты, согласно которым ОШ = 1,43 при 95% ДИ 0,76-2,69. При многофакторном анализе наибольшая распространенность и шансы возникновения боли в спине выявлена у комбинаций комбинации «Интенсивная ФА на работе + Низкая ФА вне работы», с распространенностью в 37%, при ОШ=2,96 с 95% ДИ 1,59-5,49 ( $p < 0,05$ ).

По результатам литературного обзора выявлено что одним из основных эпигенетических механизмов метилирование ДНК. Метилирование ДНК заключается в присоединении метильной группы к цитозину в составе CpG-динуклеотида в позиции С5 цитозинового кольца. Метилирование в промоторной зоне гена, как правило, приводит к подавлению соответствующего гена. На данный момент одним из наиболее активно изучаемых факторов, влияющих на метилирование ДНК, является физическая активность. Для людей, ведущих низкую физическую активность характерно пониженное метилирование. Тем не менее шестимесячная тренировка повышает уровень метилирования до уровня людей ведущих активной образ жизни. По данным литературы снижение метилирования ДНК коррелирует с повышением ноцицептивной сенсibilизации и воспаления. Это может служить объяснением противовоспалительному эффекту физических упражнений и косвенно влиять на снижение риска возникновения боли в спине.



*Терещенко Д.К., Финаева Д.Е.*

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

## **СЛУЧАИ БОЛЕЗНИ ЛЕРИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА**

Актуальность. Среди пациентов, направленных в Республиканский онкологический центр (РОЦ) им. профессора Г.В. Бондаря на консультацию с подозрением на онкопатологию костной системы, было обнаружено 5 случаев заболеваний болезнью Лери (мелореостозом). С момента открытия этого заболевания Лери и Джоанни в 1922 году по данным Национального Института Здоровья США в мире зарегистрировано чуть более 400 пациентов.

Цель. Избежать неверной диагностики и последующего лечения доброкачественной врожденной дисплазии костной ткани у пациентов, направляемых в онкоцентры с подозрением на злокачественные поражения костей.

Материалы и методы. На базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря было обследовано 5 пациентов, у которых при гистологическом исследовании выявлена деформация гаверсовых каналов, атипизм остеоцитов (различная величина, форма, беспорядочное склеивание в системе остеонов), вызывающих избыточное новообразование костного вещества в виде неравномерных напластований. Из 5 пациентов: 4 – женщины и 1 – мужчина, в возрасте от 24 до 66 лет. Был проведен обзор литературы.

Результаты. В 2018 году в публикации Timothy Bhattacharya, Joan Marini и др. описана теория генетической этиологии болезни Лери. Дальнейшие исследования авторов в 2020 г. подтвердили эту теорию. Тем не менее методов этиопатогенетического лечения до сих пор не разработано. Пациентам проводится симптоматическая терапия. Среди обратившихся в РОЦ пациентов у 3х было отмечено поражение нижней конечности (2 – большеберцовой кости, 1 – бедренной) с одним случаем перехода на кости стопы; у 2х – верхней конечности (1 – костей кисти, 1 – локтевой кости). Все пациенты с детства отмечали чувство тяжести и тупые боли в костях по ночам, усиливающиеся с каждым годом. Одна пациентка отметила нарастание этих симптомов во время 3х лет работы в банке, где руки систематически подвергались облучению ультрафиолетом. При рентгенографии – неравномерный гиперостоз диафизов длинных костей (симптом «оплывшей горячей свечи») преобладал у 4 пациентов. Энностоз, проявляющийся сужением костномозгового канала, преобладал у 1 (у пациентки не наблюдались явления гиперостоза). Во всех случаях постепенное увеличение гиперостоза приводило к сдавлению мягких тканей, сосудов, нервных окончаний. У 1 пациентки 66 лет были выявлены выраженные трофические нарушения в мягких тканях пораженных конечностей.

Выводы. Болезнь Лери – редкое заболевание, но так как этих больных направляют с подозрением на онкопатологию костной системы, необходимо его иметь в виду при дифференциальной диагностике с остеогенной саркомой (остеобластическая форма) и остеобластическими метастазами.

---

*Терещенко Д.К., Финаева Д.Е., Середенко Е.В.*

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

## **МЕЛОРЕОСТОЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА**

Актуальность. Среди пациентов, направленных в Республиканский онкологический центр (РОЦ) им. профессора Г.В. Бондаря на консультацию с подозрением на онкопатологию костной системы, было обнаружено 5 случаев заболеваний мелореостозом (болезнь Лери и Джоанни). С момента открытия этого заболевания в 1922 году по данным Национального Института Здоровья США в мире зарегистрировано чуть более 400 пациентов.

Цель. Избежать неверной диагностики и последующего лечения доброкачественной врожденной дисплазии костной ткани при обследовании пациентов, направляемых в онкоцентры с подозрением на злокачественные поражения трубчатых костей.

Материалы и методы. На базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря было обследовано 5 пациентов, у которых при гистологическом исследовании выявлена деформация гаверсовых каналов, атипизм остеоци-

тов (различная величина, форма, беспорядочное склеивание в системе остеонов), вызывающих избыточное новообразование костного вещества в виде неравномерных напластований. Из 5 пациентов: 4 – женщины и 1 – мужчина, в возрасте от 24 до 66 лет. Был проведен обзор литературы.

Результаты. В 2018 году в публикации Timothy Bhattacharya, Joan Marini и др., описана теория генетической этиологии мелореостоза. Дальнейшие исследования авторов подтвердили эту теорию. Тем не менее методов этиопатогенетического лечения до сих пор не разработано. Пациентам проводится симптоматическая терапия. Среди обратившихся в РОЦ пациентов у 3х было отмечено поражение нижней конечности (2 – большеберцовой кости, 1 – бедренной) с одним случаем перехода на кости стопы; у 2х – верхней конечности (1 – костей кисти, 1 – локтевой кости). Все пациенты с детства отмечали чувство тяжести и тупые боли в костях по ночам, усиливающиеся с каждым годом. Одна пациентка отметила нарастание этих симптомов во время 3х лет работы в банке, где руки систематически подвергались облучению ультрафиолетом. При рентгенографии – неравномерный гиперостоз диафизов длинных костей (симптом «оплывшей горячей свечи») преобладал у 4 пациентов. Эностоз, проявляющийся сужением костномозгового канала, преобладал у 1 (у пациентки не наблюдались явления гиперостоза). Во всех случаях постепенное увеличение гиперостоза приводило к сдавлению мягких тканей, сосудов, нервных окончаний. У 1 пациентки 60 лет были выявлены трофические нарушения в мягких тканях пораженных конечностей.

Выводы. Мелореостоз – редкое заболевание, но так как этих больных направляют с подозрением на онкопатологию костной системы, необходимо его иметь в виду при дифференциальной диагностике с остеогенной саркомой (остеобластическая форма) и остеобластическими метастазами.

*Терещенко И.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В.*

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

## **РОЛЬ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ**

Актуальность: В структуре заболеваемости периферической нервной системы от 67 до 95% случаев составляют дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, имеющие полиморфные неврологические проявления. С каждым годом растет интерес к комплексной медицинской реабилитации таких пациентов, последнее десятилетие ознаменовано широким применением кинезиологического тейпирования у лиц с данной патологией.

Цель исследования - оценка роли кинезиологического тейпирования для повышения эффективности восстановительного лечения пациентов с вертеброгенной пояснично-крестцовой радикулопатией.

Материалы и методы. Исследовали 110 пациентов в возрасте от 40 до 62 лет с хронической вертеброгенной пояснично-крестцовой радикулопатией в период обострения по данным неврологического обследования, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии. Пациенты были разделены на три группы. В первой (контрольной) группе 36 больных получали традиционное медикаментозное лечение. Во второй, на фоне проводимой терапии для оказания противоотечного, обезболивающего, трофического действия на область боли 36 пациентам проводили низкочастотную магнитотерапию импульсным магнитным полем от аппарата ВТЛ-09с магнитной индукцией 1 до 6 мТл, продолжительностью 20 минут, 12 процедур, ежедневно, амплипульстерапию от аппарата ВТЛ-06 с параметрами обезболивания, 12 процедур ежедневно и вакуумный массаж пояснично-крестцовой и ягодичной областей от аппарата ВТЛ-12, 12 процедур, ежедневно. В комплекс восстановительного лечения была включена специальная лечебная гимнастика. У 38 пациентов третьей группы на фоне выше изложенного восстановительного лечения проводили аппликации кинезиологическими тейпами ВBALANCE. Исследовали степень выраженности болевого синдрома по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), степень нарушения функций по результатам теста Освестри (при поступлении, через 14 дней восстановительного лечения).

Результаты обсуждения: выраженность клинических проявлений до лечения во всех группах не имели статистического различия: интенсивность болевого синдрома была преимущественно умеренной (5-7 баллов), степень нарушенных функций соответствовала: 1 группа – 26,11±7,68 баллам, 2 группа – 25,93±8,42 баллам, 3 группа – 26,13±3,90 баллам. Через две недели максимальный лечебный эффект наблюдался в группе больных, получавших физические факторы, процедуры кинезиотерапии и аппликации кинезиологическими тейпами. Снижение интенсивности боли и степени нарушения функций выявлялись во всех группах, но наиболее выражено у пациентов 3 группы: 1 группа – 22,13±5,28 баллов, 2 группа – 16,20±4,93 баллов, 3 группа – 14,34±9,90 баллов; показатели по шкале ВАШ: 1 группа 3-4 балла, 2 группа 1-2 балла, 3 группа 0-1 балл соответственно. Наиболее быстро улучшение состояния у больных отмечено в 3 группе, в среднем на 3-4 дня.

Выводы: данные исследования свидетельствуют о максимальной эффективности комплексного восстановительного лечения в сочетании с кинезиотейпированием за счет снижения внутритканевого давления, активации лимфотока и микроциркуляции страдающего региона, нормализации работы мышечно-связочного аппарата, мышечного тонуса, улучшения трофики, облегчения болевого синдрома, увеличения объема движений в статике и динамике. Методика кинезиологического тейпирования может использоваться в лечение данной категории пациентов.

---

**Терникова Е.М., Корчина Т.Я.**

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

## **ОЦЕНКА ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНОВ-АНТИОКСИДАНТОВ С ПИЩЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА**

Пищевой статус – обобщенный показатель, который отражает количественную и качественную стороны фактического питания, общее состояние человека, особенности обмена веществ, последствия воздействия факторов среды обитания. Нерациональное питание служит одним из факторов риска преждевременного старения. Поэтому как важнейший фактор здоровья, питание играет важную роль особенно в пожилом и старческом возрасте. Цель: изучение поступления витаминов А, Е, С и D с пищей у пожилых людей, проживающих в северном регионе. Материалы и методы: с применением программы «АСПОН-питание» изучено поступление с суточными рационами питания витаминов-антиоксидантов А, Е, С, D у 63 пожилых людей 60-74 лет, более 10 лет проживающих в городах и населенных пунктах Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО). Среди них 28 (43,8%) мужчин и 35 (56,2%) женщин. Полученные результаты сравнивали с физиологической потребностью (ФП) согласно МР 2.3.1.0253-21. Результаты: установлено избыточное поступление с пищевыми рационами витамина А (м – 122,2% ФП, ж – 111,1% ФП) в сочетании в недостаточным поступлением витамина Е (м – 80% ФП, ж – 81,3% ФП), витамина С (м – 69,7% ФП, ж – 71,9% ФП) и выраженным дефицитом потребления витамина D (м – 36% ФП, ж – 37,1% ФП). Избыток пищевого потребления ретинола можно интерпретировать как результат значительного потребления богатых витамином А продуктов животного происхождения: сливочного масла, сыра, сметаны, яиц и пр. Это связано с потребностью покрытия повышенной энергетической ценности пищи для жителей Севера за счет высококалорийных липидов. Умеренная недостаточность поступления с пищей витамина Е, более характерная для мужчин ХМАО, связана со значимым превышением потребления животных жиров над растительными. Доказано физиологическое потенцирование всасывания жирорастворимых витаминов-антиоксидантов А, Е, D при объединенном поступлении в организм человека с пищей. Выявлена самая значительная недостаточность поступления с пищевыми рационами витамина D – незначительно больше третьей части от ФП, как среди мужчин, так и среди женщин. Наиболее богаты витамином D жирные сорта рыбы, менее значимые – молочные продукты, яйца и печень. На употребление рыбы 2-5 раз в неделю в анкетах указали только 39,7% обследованных лиц. Пищевое потребление витамина С составило менее ¼ от ФП. Известно, что потребность в витамине С покрывается за счет свежих овощей и фруктов, которые на Севере являются привозными. Установлено, что фермент аскорбиназа, содержащийся во всех растительных продуктах, постепенно выделяется при

хранении и необратимо разрушает аскорбиновую кислоту до биологически неактивного вещества, поэтому реальное поступление с привозными овощами и фруктами витамина С будет значимо ниже с учетом сравнения полученных нами данных с общероссийскими. У обследованных нами лиц употребление в пищу овощей, фруктов и соков варьировало от 1 до 4 порций (2-3 в день), что обусловило дефицит поступления витамина С с пищей. Согласно рекомендациям ВОЗ в день необходимо употреблять в пищу 5 порций овощей и фруктов. Доказано, что свежие фрукты и овощи являются частью здорового питания: они уменьшают риск развития многих неинфекционных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых, онкологических, иммунной системы и др.

Закключение. С целью оптимизации рационов питания у людей пожилого и старческого возраста необходима коррекция витаминного статуса с использованием биологически активных добавок к пище и обогащенных витаминами-антиоксидантами продуктов питания.

---

*Тимофеева И.Б., Фролова О.А.*

Мариупольский государственный университет, г. Мариуполь

## **ФОРМИРОВАНИЕ ГИБКИХ НАВЫКОВ (SOFT SKILLS) У БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Успешный человек тот, кто осознанно относится к жизни, понимает смысл своих действий, способен эффективно планировать и проектировать, конструктивно выстраивать коммуникацию, в целом – решать имеющиеся и предупреждать возникающие проблемы. «Гибкие» навыки – комплекс неспециализированных социально-психологических умений и навыков, обеспечивающих успешность и эффективность деятельности. [1, с.27].

Модель подготовки будущих специалистов на педагогическом факультете Мариупольского государственного университета основывается на Федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования по направлениям магистратуры 44.04.01, 49.04.01, разработанных образовательных программ и др. Одним из требований к результатам освоения программы магистратуры являются универсальные компетенции, которые формируются через умения и навыки.

Рассмотрим пример выполняемых заданий для формирования гибких навыков по видам компетенции и навыка:

1) Системное и критическое мышление – Дисциплина «Педагогика высшей школы»: анализ проблемных педагогических ситуаций, разработка стратегии действий адаптации первокурсников.

2) Разработка и реализация проектов – Дисциплина «Адаптация физической культуры в процессе комплексной реабилитации»: разработка модели, комплекса мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде; коррекция спортивно-оздоровительных программ.

3) Командная работа и лидерство – Дисциплина «Медико-биологические аспекты оздоровительной деятельности»: разработка группы медико-биологических показателей для определения физических нагрузок, интенсивности тренировочного и соревновательного процессов.

4) Коммуникация – Дисциплина «Педагогика высшей школы»: написание тезисов для студенческого круглого стола «Современные технологии преподавания», в том числе на иностранном(ых) языке(ах).

5) Межкультурное взаимодействие – Дисциплина «Педагогика высшей школы»: разработка концепта семинара: Межкультурное взаимодействие в студенческой среде.

6) Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение) – Учебная практика (ознакомительная). Задание: провести мониторинг профессиональной деятельности реабилитологов/менеджеров в сфере образования, оформить приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования.

Таким образом, формирование мягких навыков будущих специалистов состоит из шести навыков, в свою очередь, состоит из нескольких компонентов и объединённых в три группы: когнитивные, социальные, эмоциональные. Примеры формирования мягких навыков приведены в таблице 1.

В основу формирования системы «гибких» навыков положен полисубъектный подход, в рамках которого в процессе социализации происходит взаимодействие между «Я» и «Мы», между личностью будущего специалиста и другими людьми, а виды деятельности существуют во внешнем плане (в культуре, обществе) и осваиваются (становятся «своими»), переходят во внутренний план.

Список источников:

1. Персонализированная модель образования : методическое пособие / АНО «Платформа новой школы». – М., 2019. – 36 с.

---

**Тинаева Р.Ш., Иванова А.Р., Скворцов В.В.**

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

### **МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ (СВД) В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИБОРА ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКИ**

Введение. Более 91% переболевших COVID-19 имеют неврологическую симптоматику и когнитивные нарушения в течение 7 месяцев после перенесенной коронавирусной инфекции. Наиболее частыми симптомами являются нарушения сердечного ритма и артериального давления, одышка, постнагрузочное недомогание, гипергидроз, нарушения сна и утомляемость. На эти симптомы влияет вегетативная нервная система, при этом усталость описывается как один из основных признаков дизавтономии у пациентов с COVID-19. В широком смысле дизавтономия, или вегетативная дисфункция, определяется как состояние, при котором изменения в функционировании одного или нескольких компонентов вегетативной нервной системы отрицательно сказываются на здоровье. Несмотря на распространенность, взаимосвязь между постковидным синдромом и нарушениями вегетативной функции недостаточно изучена. Цель исследования: выявить распространенность и особенности проявлений вегетативной дисфункции у пациентов, перенесших COVID-19. Материалы и методы: проведено тестирование состояния здоровья на приборе электродиагностики RaDoTech среди 60 пациентов, имеющих в анамнезе COVID-19 и столкнувшихся с проявлениями постковидного синдрома. Обследовались пациенты стационарных медицинских учреждений. Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel. Результаты. В тестировании состояния здоровья на приборе RaDoTech принимали участие 60 пациентов, имеющих в анамнезе COVID-19 и столкнувшихся с проявлениями постковидного синдрома, средний возраст составил  $45 \pm 1,0$  лет. Из них 10% исследуемых (6 человек) переболели COVID-19 в легкой форме, 68% пациентов (41 человек) – в средней и 22% (13 человек) – в тяжелой. 70% пациентов (42 человека) составляли женщины. Согласно методике применения RaDoTech, уровень психоэмоционального состояния в норме составляет 0,8-1,1. Протестировав участников исследования, мы обнаружили, что у 95% пациентов (57 человек) нарушено психоэмоциональное состояние. Так, у 67% пациентов (4 человека), переболевших COVID-19 в легкой форме, были обнаружены отклонения в психоэмоциональном состоянии, их средние значения показателей составили 0,77. Среди пациентов, перенесших COVID-19 средней степени тяжести, у 98% (40 человек) были зарегистрированы психоэмоциональные нарушения, средние значения показателей равны 0,61. Наконец, у 100% пациентов (13 человек), имеющих в анамнезе COVID-19 тяжелой формы, прибор RaDoTech обнаружил резкое снижение показателей психоэмоционального состояния, средние значения составили 0,45. Обсуждение. Тестирование состояния здоровья постковидных пациентов с помощью прибора RaDoTech демонстрирует, что у большинства пациентов, перенесших COVID-19, отмечается вегетативная дисфункция. Временная связь между инфекцией и вегетативными симптомами подразумевает наличие очевидной причинно-следственной связи. Стоит отметить, что чем тяжелее был перенесенный COVID-19, тем сильнее будут симптомы вегетативной дисфункции в постковидном периоде. Заключение. Постковидный синдром – довольно плохо изученный аспект нынешней пандемии, клинические признаки которого во многом совпадают с симптомами вегетативной дисфункции. Согласно данным нашего исследования на приборе RaDoTech, многие пациенты с постковидным синдромом имеют клинические признаки вегетативной дисфункции. Кроме того, был сде-

лан вывод, что чем тяжелее был перенесенный COVID-19, тем сильнее будут симптомы вегетативной дисфункции в постковидном периоде. При этом высокая частота синдрома вегетативной дисфункции после перенесенного COVID-19 может свидетельствовать о том, что постинфекционная вегетативная дисфункция чаще встречается после COVID-19 по сравнению с другими вирусными инфекциями.

*Титиевский С.В., Воеводина В.С., Данилова Е.М., Гостюк И.М., Черепков В.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Медико-психологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИЛЕНТНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

В настоящее время внимание психиатров стал привлекать тот факт, что у большинства людей, переживших стихийные бедствия или другие травмирующие события, не развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) либо другое продолжительное психическое расстройство, хотя у них могут в течение определенного периода возникать «временные волнения на поверхности эмоциональной жизни» и субклинические симптомы (Tucker Ph., 2021). В психиатрии и психологии резилентность определяется как положительная адаптация человека к жизненным задачам в стрессовых и неблагоприятных социальных ситуациях либо как позитивный рост, влияющий на скорость восстановления после каких-либо нарушений (Рєсію М., 2016; Luthar S.S., 2003; Haddidi P., Ali Besharat M., 2010; Richardson G.E., 2017). Обнаружена обратная корреляция между резилентностью и тяжестью психических расстройств, например, тревожных расстройств (Uzunova G. et al., 2021), депрессии (Verdolini N. et al., 2021) и ПТСР (Zheng P. et al., 2020). Люди с более высоким уровнем тяжести симптомов более склонны к демонстрации более низкого уровня резилентности (Zheng P., 2021).

С помощью русскоязычной версии краткой шкалы резилентности (BRS) (Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А., 2022) нами обследованы 30 участников боевых действий, госпитализированных в период проведения спецоперации по освобождению Донбасса в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу-медико-психологический центр МЗ ДНР с наличием непсихотических психических расстройств. ПТСР было диагностировано у 6 чел. (20,0%), реактивная депрессия (умеренный депрессивный эпизод) – у 3 чел. (10,0%). В 9 случаях (30,0%) на фоне клинически отчетливого церебраленического синдрома в подостром периоде контузии (сотрясения) головного мозга в результате минно-взрывной травмы отмечались различной степени выраженности проявления боевого посттравматического стресса (от легкой тревоги до более сложного комплекса симптомов). В 3 случаях (10,0%) церебраленический синдром в подостром периоде контузии (сотрясения) головного мозга сочетался с выраженной реактивной депрессией вследствие участия в боевых действиях. В 6 случаях (20,0%) на фоне энцефалопатии небоевого характера проявлялись признаки посттравматического стресса, и у 3 чел. (10,0%) диагностировано органическое эмоционально лабильное расстройство, не связанное с боевой церебральной травмой. Результаты применения шкалы BRS продемонстрировали варьирование резилентности обследуемых в диапазоне от 6 до 20 баллов (при максимуме 30 баллов). Наиболее низкий уровень резилентности выявлен при сочетании выраженной реактивной депрессии с сотрясением головного мозга. Низкую резилентность продемонстрировали также участники боевых действий с наличием энцефалопатии небоевого характера. В целом, можно сделать предварительные выводы об обратной зависимости между резилентностью и тяжестью психических расстройств (наличием выраженной реактивной депрессии) и о связи хронической церебральной патологии с низкой резилентностью у обследованных нами участников боевых действий, хотя, безусловно, необходимо дальнейшее углубленное исследование данной весьма актуальной проблемы.

*Тихонов М.Г., Чуркин Д.В., Коробов-Латынцев А.Ю.*

ГБОУ ВО «Донецкое высшее общевойсковое командное училище», г. Донецк

## **ДВА ЛИЦА ОДНОЙ ПОБЕДЫ – К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДОПОЛНЯЕМОСТИ ВОЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ**

В специфичных условиях, связанных с переходным периодом функционирования системы высшего образования Донецкой Народной Республики, а также в связи со спецификой организации образовательного процесса ряда образовательных организаций высшего образования, обусловленного как участием студентов в специальной военной операции, так и соображениями безопасности, основной формой обучения является дистанционная, которая позволяет обучаемому освоить лишь базовые дефиниции и компетенции, предусмотренные рассматриваемой дисциплиной.

Такой глубоко вынужденный подход не позволяет рассматривать образовательный процесс как практико-ориентированный, что требует дополнительного освоения необходимого объема практических навыков в факультативном формате.

Отметим, что в ГБОУВО «ДВОКУ», образовательный процесс реализуется в очном формате в связи с критической значимостью необходимости должного освоения и владения практическими навыками огневой, тактической подготовки, других специальных дисциплин для будущих командиров.

Следует отдельно сказать о том, как важно для будущих командиров владеть навыками оказания первой помощи, базовыми принципами организации медицинской эвакуации, а также элементами доврачебной помощи, в т.ч. с использованием специального оборудования.

Принципиально важно, что решение этой сложной и важной задачи подготовки будущих офицеров, которые сразу же после выпуска убывают в зону СВО, было успешно реализовано путем взаимодействия ГБОУВО «ДВОКУ» (начальник – генерал-майор М.Г. Тихонов) и ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО» (ректор – чл.-корр. НАМН, д.мед.н., проф. Игнатенко Г.А), а конкретно путем проведения курса тактической медицины на базе тренировочного комплекса ГБОУВО «ДВОКУ» (инструктор – преподаватель кафедры внутренней медицины №3 Советов В.Ю.), а также курса расширенной догоспитальной поддержки при травме на базе кафедры анестезиологии, реанимации, медицины неотложных состояний (заведующий кафедрой д.мед.н., проф. Городник А.Г.).

Особенно подчеркнем, что все описанные выше мероприятия были проведены сотрудниками ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО» на добровольной волонтерской основе, что отражает высокие традиции гуманизма, патриотизма и гражданственности, сформированные при личном участии руководства Университета.

Несомненно, что освоенные в ходе подготовки знания, умения и навыки способствуют росту выживаемости как собственно офицеров-выпускников ГБОУВО «ДВОКУ», так и личного состава и подчиненных им подразделений.

Также представляется целесообразным с целью достоверного приближения учебных занятий к реальным условиям современного военного конфликта прописать ситуационные задачи, ситуационные и тестовые задания. Все это осуществляется преподавателями ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО». Кроме того, для референсирования учебных пособий по дисциплинам: «Военно-полевая терапия», «Военно-полевая хирургия», «Военная гигиена и эпидемиология» привлекать преподавателей тактики ГБОУВО «ДВОКУ» в разделе, касающемся описания тактической обстановки, что позволит сформировать у будущих врачей понимание тактики современного военного конфликта, специфики деятельности медицинской службы в составе различных родов войск в современных условиях основных видов общевойскового боя.

Таким образом, взаимодействие между ГБОУВО «ДВОКУ» и ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО» являет пример комплексного сотрудничества, основанного на принципах взаимовыручки, традициях гуманизма и этике товарищества, – такого сотрудничества, при котором сотрудники обеих образовательных организаций могут обмениваться компетенциями и повышать свои профессиональ-

ные навыки для наиболее плодотворной педагогической деятельности в условиях, которые диктуются новыми реалиями.

*Тищенко А.В., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Ермаченко Т.П.*

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

## **НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАНОМ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ**

Увеличения количества случаев острых отравлений метаном на угольных шахтах влечет за собой необходимость определения особенностей этих отравлений среди горнорабочих угольных шахт, которые составляют наибольшую часть пострадавших.

С целью выявления причин острых отравлений метаном проведена комплексная гигиеническая оценка угольных предприятий Донбасса. Все шахты, где регистрировались случаи острых отравлений метаном были сверхкатегорийными по метану. Наибольшее количество случаев острых отравлений регистрировалось на шахтах с пологим залеганием угольных пластов ( $0^\circ$  до  $18^\circ$ ). При анализе зависимости выбросов от глубины залегания разрабатываемых пластов установлено, что в глубоких шахтах (глубина залегания пластов 700 м и более) пострадавших с отравлениями было в несколько раз больше, чем в неглубоких. Наибольшую часть, а именно  $81,3 \pm 2,0\%$  составляли ГРОЗ, проходчики, горнорабочие, машинисты горнодобывающих машин, горные мастера и забойщики, в то время как другие (вспомогательные) специальности и инженерно-технические работники составляли лишь  $18,7 \pm 2,0\%$ .

Определение основных субъективных симптомов пострадавших вследствие острых отравлений метаном и в контрольной группе, согласно с неврологическим анамнестическим опросником проф. К.Ф. Клауссена, показало: наиболее распространенным симптомом у пострадавших была головная боль, которая составила  $77,1 \pm 4,3\%$ , в отличие от контроля –  $10,0 \pm 3,9\%$  при  $s^2=66,51$ ,  $p<0,001$ , она локализовалась преимущественно в лобной и теменной областях; отмечались снижение жизненной активности, слабость и забывчивость ( $53,1 \pm 5,1\%$ ,  $78,1 \pm 4,2\%$  и  $37,5 \pm 4,9\%$  соответственно) пострадавших, а контроля лишь  $5,0 \pm 2,8\%$ ,  $5,0 \pm 2,8\%$  и  $5,0 \pm 2,8\%$  при  $s^2=37,78$ ,  $p<0,001$ ,  $s^2=78,97$ ,  $p<0,001$  и  $s^2=20,80$ ,  $p<0,001$ . Утомляемость отмечали  $20,8 \pm 4,1\%$  пострадавших, в контрольной группе  $1,7 \pm 1,6\%$ ,  $s^2=11,64$ ,  $p=0,001$ .

В процессе лечения у  $61,46 \pm 4,97\%$  пострадавших вследствие острого отравления метаном проявлялось незначительным улучшением, у  $19,79 \pm 4,07\%$  оставалось без изменений,  $11,46 \pm 3,25\%$  пострадавших отметили значительное улучшение и  $7,29 \pm 2,65\%$  пострадавших охарактеризовали свое состояние как незначительное ухудшение. Никто из обследованных пострадавших не отмечал значительного ухудшения состояния.

Почти у трети пострадавших  $20,8 \pm 4,1\%$  в отличие от контроля  $3,3 \pm 2,3\%$ ,  $s^2=9,33$ ,  $p=0,0023$  отмечалась тахикардии, носившая компенсаторный характер.

Вестибулярных нарушений разной степени тяжести отмечались у  $80,2 \pm 4,1\%$ , из которых  $55,2 \pm 5,1\%$  – легкой степени,  $19,8 \pm 4,1\%$  – средней и  $5,2 \pm 2,3\%$  – тяжелой степени. Вестибулярные показатели находились в пределах нормы лишь у  $19,8 \pm 4,1\%$  пострадавших. Поддержание оптимального уровня функционирования вегетативной нервной системы у пострадавших вследствие острого отравления метаном характеризовалась избыточностью у  $63,5 \pm 4,9\%$  пострадавших в отличие от  $16,7 \pm 4,8\%$  в контроля  $s^2=32,72$ ,  $p<0,001$ , что в дальнейшем может привести к срыву компенсаторных реакций организма.

Таким образом, острые отравления метаном оказывают комплексное влияние, как на нервную, так и на сердечно-сосудистую системы, приводят к напряженности вегетативного ответа, поскольку большая часть пострадавших имела недостаточное вегетативное обеспечение, что в дальнейшем может способствовать срыву компенсаторных механизмов.



*Токарева Н.С., Рязанова А.Ю.*

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

## **БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМДЕСИВИРА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19**

**Введение.** В декабре 2019 г в Китае были зафиксированы первые вспышки новой коронавирусной инфекции COVID-19. Инфекция получила мировое распространение и ее этиотропная терапия остается актуальной проблемой современности в связи с постоянной мутацией вируса и появлением новых штаммов.

**Цель.** Оценка безопасности применения ремдесивира у пациентов, госпитализированных с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 лёгкого течения.

**Материалы и методы.** Проводилась оценка жалоб пациентов, результатов общеклинического анализа крови, печеночных трансаминаз, билирубина и его фракций, щелочной фосфатазы, показателей коагулограммы 66 пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционных отделениях Волгоградской области в марте 2022 г с легким течением COVID-19. Из них 41 пациент (15 мужчин/26 женщин, 60,0±17,2 года) получал ремдесивир, 21 пациент получал гриппферон и 4 не получали противовирусную терапию (2 мужчин/19 женщин, 28,3±10,3 года), они составили контрольную группу. Анализ результатов осуществлялся с использованием программ Excel и SPSS.

**Результаты исследования.** За время терапии у пациентов группы ремдесивира не было выявлено появления дополнительных жалоб. Средняя продолжительность госпитализации пациентов на фоне терапии ремдесивиром составила 7,6±2,8 койко/дней, в группе контроля – 5,6±2,2 койко/дней. Динамика гемоглобина составила исходно 129,2±20,9, в динамике 127,2±18,1, тромбоцитов 220,0±95,6 и 263,6±134,3 соответственно. При поступлении в стационар незначительное повышение активности АЛТ (максимально до 68 ЕД/л) выше верхней границы нормы (ВГН) 42 Ед/л для мужчин, 30 ЕД/л для женщин наблюдалось у трех пациентов группы ремдесивир (7,3%) и у одного пациента контрольной группы (4,7%). Повышение активности АСТ исходно было выявлено у 1 пациента контрольной группы (4,7%). Общий билирубин и протромбиновое время исходно были в пределах нормы у пациентов обеих групп. На 4-10 сутки терапии ремдесивиром повышение активности АЛТ по сравнению с исходными значениями наблюдалось у 27% (11/41), из них у 7,3% (3/41) – выше 3 ВГН, повышение АСТ наблюдалось у 17% (7/41), но не выше 3 ВГН. Повышение прямого билирубина выше ВГН наблюдалось в 5% случаев (2/41). У пациентов контрольной группы перед выпиской активность трансаминаз, билирубина и протромбинового времени были в пределах нормальных значений.

**Выводы.** У пациентов с лёгким течением COVID-19, получающих ремдесивир, отсутствовало появление дополнительных жалоб в течение терапии, изменение показателей общеклинического анализа крови, щелочной фосфатазы. Но было выявлено повышение активности АЛТ с 27,6±15,9 ЕД/л исходно до 50,2±37,1 ЕД/л на 4-10 сутки терапии ( $p<0,05$ ), АСТ с 24,7± 16,7 ЕД/л исходно до 33,6±18,9 ЕД/л на 4-10 сутки терапии ( $p>0,05$ ). У 7,3% (3/41) пациентов, получающих ремдесивир, на 4-10 сутки терапии активность АЛТ превысила 3 ВГН, что соответствует критериям лекарственное-индуцированного поражения печени.

*Токарева О.Г., Ряполова Т.Л.*

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

## **СОСТОЯНИЕ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО СТРЕССА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

Эскалация вооруженного конфликта, возникшая на Донбассе в феврале 2022 года, стала серьезным психотравмирующим фактором для населения. Для большого числа людей, которые ранее потеряли близких из-за коронавирусной инфекции, это стало дополнительным триггером, превратившим пере-

живаемый стресс в комбинированный. Беспокойство о своем состоянии и перспективах вновь вышли на первый план, заняли доминирующую позицию в сознании населения, а также актуализировали необходимость в работе с каждым из компонентов стресса для специалистов в области психического здоровья.

**Цель исследования.** Оценка уровня тревоги у студентов, близкие родственники и/или друзья которых перенесли COVID-19 в тяжелой форме (с госпитализацией) и/или умерли от коронавирусной инфекции, в зависимости от их трудовой занятости.

**Материалы и методы.** В исследовании, проходившем в декабре 2021 года, оценивалось психическое состояние 276 студентов 1-6 курса в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 21,93±3,7 лет). В зависимости от трудовой занятости испытуемые были разделены на 3 группы: I группа – студенты, оказывающие помощь больным с COVID-19 (80 чел.; 29%), II группа – студенты, работающие в других лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) (91 чел.; 33%), III группа – студенты, работающие не в медицине, а также не работающие (105 чел.; 38%). Для систематизирования социально-демографических параметров использовался специально разработанный анкетный комплекс, оценка психического состояния проводилась с помощью методики ГТР-7 (GAD-7). Метод математической обработки осуществлялся с помощью пакета статистического анализа «MedStat». Различия были статистически значимы на уровне  $p \leq 0,01$ .

**Результаты и обсуждение.** Уровень тревоги в исследуемых группах составил: I гр. – 3,35±4,5 (минимальный уровень); II гр. – 3,95±3,7 (минимальный уровень); III гр. – 5,85±5,3 (умеренный уровень). Статистически значимые различия наблюдались только между I и III группой, однако обращает на себя внимание и разница между показателями во II и III группе.

Полученные данные можно интерпретировать таким образом, что студенты, чья трудовая занятость не связана с медициной, подвержены значительно большей тревожности по сравнению с работающими студентами. Вероятно, подобный феномен связан с тем, что они, в подавляющем большинстве, не имеют опыта взаимодействия с тяжелой болезнью и смертью в ее результате. У них могут возникать тревожные переживания о своем состоянии, безопасности и будущем, а также о симптоматике различных заболеваний.

**Выводы.** Разработка специальных персонализированных программ, направленных на работу с молодежью, должна включать психообразовательный блок по вопросам, связанным с возникновением тех или иных заболеваний – как психических, так и соматических. Кроме того, необходимо работать с негативными установками в отношении актуальных стрессовых ситуаций, а также роли человека в их разрешении.

*Томачинская Л.П., Поважная Е.С.*

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

## **ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СПОСОБ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Настоящее исследование было предпринято с целью определения влияния различных режимов двигательной активности студентов на функциональное состояние центральной нервной системы. Наблюдения проводились в течение 4-х лет. Объектами исследования были 86 студентов-первокурсников в возрасте 17-19 лет, из которых экспериментальную группу составили 44 юноши, 42 – контрольную. Контрольная группа занималась на кафедре физического воспитания по действующей программе. Экспериментальная выполняла физическую нагрузку с высокой интенсивностью и значительно большим объемом работы с акцентом на развитие выносливости. Более расширенный двигательный режим в экспериментальной группе регламентирован методической разработкой к программе физического воспитания, составленной преподавателями кафедры физического воспитания и спорта медицинского университета. Все студенты были предварительно обследованы и по состоянию здоровья зачислены в основную группу занятий физической культурой. Первичное обследование проводилось

в начале обучения на 1-м курсе, повторное – через 2 года занятий физической культурой, заключительное – к концу 4-го года обучения.

О функциональном состоянии центральной нервной системы (ЦНС) судили по данным определения латентного периода простой акустико-моторной и зрительно-моторной реакций и подвижности нервных процессов. Последний параметр определяли по наличию тормозного последствия в ответ на положительный сигнал, поданный вслед за отрицательным, и по способности к простым дифференцировкам в ответ на отрицательный сигнал, следующий за положительным. На каждом этапе исследования проводились в состоянии покоя, на 1 и 10 минутах дозированной физической нагрузки (5-минутный степ-тест).

Результаты 1-го обследования не отличались от имеющихся в литературе данных. Не было также существенных различий между изучаемыми показателями в контрольной и экспериментальной группах наблюдения как в состоянии покоя, так и после физической нагрузки ( $P > 0,5$ ). При повторном обследовании у студентов экспериментальной группы отмечены положительные изменения в функциональном состоянии ЦНС и показателях умственной работоспособности, что выражалось в достоверном укорочении латентного периода звуко- и свето-моторных реакций и улучшении подвижности нервных процессов (количество ошибок при дифференцировке существенно снизилось). В контрольной группе наблюдений изменения были несущественными: изучаемые показатели не отличались от исходных ( $P > 0,5$ ). Результаты обследования, проведенного к концу 4-го года обучения, свидетельствуют о более выраженных по сравнению с предыдущим обследованием положительных изменений функционального состояния ЦНС у студентов экспериментальной группы ( $P < 0,05$ ). Длительность латентного периода сенсомоторных реакций достоверно уменьшилась, а подвижность нервных процессов достоверно улучшилась (количества ошибок при дифференцированной реакции снизилось до 11% по сравнению с 48% в контрольной группе). В контрольной группе изменения изучаемых показателей имели ту же тенденцию, однако отличались меньшей степенью выраженности по сравнению с результатами, полученными в экспериментальной группе.

Сравнение результатов первичного и заключительного обследования позволило установить наличие высоко достоверных изменений, характеризующих повышение функциональной активности ЦНС у студентов экспериментальной группы ( $P < 0,01$ ) и тенденцию к улучшению у студентов контрольной группы ( $P > 0,5$ ).

Полученные данные, подтверждая положительное влияние на функциональное состояние ЦНС более расширенного режима двигательной активности, убеждают в необходимости корректировки действующей программы по физическому воспитанию в медицинском университете.

---

*Томачинская Л.П., Поважная Е.С.*

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

## **ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФИЗИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Физиотерапевтические методы широко используются в комплексном лечении больных язвенной болезнью. При их назначении необходимо руководствоваться исходным состоянием больного, определить ведущий синдром и его форму. В каждом конкретном случае следует разобраться в патогенетических механизмах заболевания: это вариант кортико-висцерального дисбаланса, где доминирует астено-невротический синдром, или инфекционный – с развитием воспалительных явлений. В случае преобладания астено-невротического синдрома определить его форму. Наличие у больного повышенной возбудимости, раздражительности, эмоциональной лабильности служит предпосылкой к назначению седативной терапии: электросон, центральная электроаналгезия, общие методики гальванизации или электрофореза седативных препаратов, магнитотерапия, седативная гидротерапия. При депрессивном состоянии целесообразно использование адаптационной терапии: общая аэроионизация или франклинизация, дарсонвализация шейно-воротниковой зоны, хлоридно-натриевые ванны, души, светолечение, крайне высокочастотная терапия (КВЧ). Если доминирует воспалительный синдром,

подбор методов физиотерапевтического воздействия зависит от его характера. При гиперэргическом воспалении (выраженный отек) приоритет отдается методам с первичным противовоспалительным эффектом: электромагнитные поля ультравысокой и сверхвысокой частоты, магнитотерапия, гальванизация. При гипоэргическом воспалении (множественные эрозии, вялые грануляции) рекомендуются физические факторы с первичным провоспалительным влиянием: КВЧ, лазер, импульсные токи низкой и звуковой частоты (диадинамические, синусоидальные модулированные, флюктуирующие).

Эффективность физиотерапии зависит не только от правильного выбора физических факторов, но и от выбора оптимальных методик воздействия. В период обострения целесообразно применение общих и сегментарно-рефлекторных методик, с последующим переходом на локальное воздействие. При составлении комплекса физиопроцедур следует учитывать, что оптимальной является комбинация общих и местных процедур в один день в дозировке малой и средней интенсивности.

Зонами воздействия при язвенной болезни 12-перстной кишки являются: центральная нервная система (ЦНС), эпигастральная область, нижнегрудной отдел позвоночника, рефлексогенные зоны центральной и периферической нервной системы. При выборе зон руководствуются ведущим синдромом.

При астено-невротическом синдроме используют трансцеребральные методики (лобно-затылочная, лобно-сосцевидная, трансорбитальная, битемпоральная), папавертебральные, на шейные симпатические нервные узлы, заднюю область шеи и наружную поверхность плеча по ходу срединного нерва). При болевом синдроме воздействуют на ЦНС и локально (на эпигастральную область), а также паравертебрально на уровне У1-1Х грудных позвонков.

При воспалительном синдроме – на проекцию щитовидной железы, шейные симпатические ганглии; эпигастральную зону и нижнегрудной отдел позвоночника; поверхностно расположенные вены в области локтевого сгиба, подколенной ямки, сонного и пахового треугольников. При дискинетическом синдроме: на эпигастральную область, переднюю брюшную стенку и проекцию солнечного сплетения, воротниковую зону, нижнегрудной и поясничной отдел позвоночника. При диссекреторном синдроме: на эпигастральную область, вдоль позвоночника, в проекции почек и печени.

Использование данной тактики при назначении физиотерапевтического лечения больным язвенной болезнью 12-перстной кишки позволит в значительной степени повысить его эффективность.

*Тришкин К.С., Петраевский А.В., Гндоян И.А.*

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

## **ТАКТИКА ОФТАЛЬМОЛОГА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Введение.** Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ИВЧГ) – редкий нейроофтальмологический синдром, включающий повышенное давление нормальной по составу спинномозговой жидкости (СМЖ) при люмбальной пункции, билатеральный отек дисков зрительных нервов (ДЗН), отсутствие очаговой неврологической симптоматики и деформаций желудочковой системы головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ). Болеют как правило женщины детородного возраста с избыточным весом. Применяют как консервативное, так и хирургическое лечение ИВЧГ. При отсутствии лечения у пациентов развивается двусторонняя атрофия зрительных нервов, ведущая к слабовидению или слепоте в молодом возрасте (Markey K.A. et al., 2016; Пархоменко Е.В. и соавт., 2017).

**Цель и задачи.** На основании детального анализа трех клинических случаев ИВЧГ продемонстрировать эффективность и безопасность ее консервативного лечения.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились три пациентки с ИВЧГ в возрасте 26, 30 и 32 лет. Диагноз ИВЧГ был установлен совместно с неврологом и нейрохирургом. В объем обследования кроме обычных офтальмологических методов входили МРТ головного мозга и люмбальная пункция.

Результаты и обсуждение. Все пациентки первично оказались на приеме у офтальмолога с жалобами на постоянное или транзиторное ухудшение зрения. У всех был повышенный индекс массы тела, причем набор веса предшествовал развитию зрительных нарушений. У двух пациенток острота зрения обоих глаз была 1,0; у одной отмечалось ее снижение на правом глазу до 0,05 при полной остроте зрения левого глаза (1,0). Дефектов поля зрения в глазах с высокой остротой зрения не было отмечено, в одном случае при низком зрении поле зрения не определялось. Внутриглазное давление было нормальным. Биомикроскопия обоих глаз – без особенностей. Офтальмоскопически у всех пациенток отмечался двусторонний застойный ДЗН. Результаты МРТ головного мозга: формирующееся пустое турецкое седло.

Всем пациенткам было предложено следующее лечение: люмбальная пункция и люмбоперитонеальное шунтирование, затем консервативная терапия. От предложенного хирургического лечения две пациентки категорически отказались, предпочли наблюдение и консервативное лечение. Одна больная дала согласие лишь на люмбальную пункцию. Ее результаты: давление СМЖ составляло 260 мм вод. ст., ликвор был нормальным по составу.

Консервативное лечение включало в себя низкокалорийную диету, таблетки ацетазоламида 250 мг утром два дня подряд с двухдневным перерывом в течение 2 мес. Данный препарат снижает продукцию ликвора на 6-50%. Дополнительно была назначена нейропротекторная и антиоксидантная терапия цитофлавином по 2 таблетки 2 раза в день в течение месяца и внутримышечные инъекции кортексина по 10 мг в течение 10 дней.

У пациентки, подвергшейся люмбальной пункции, через 2 месяца все жалобы исчезли, полностью восстановилась острота зрения правого глаза – до 1,0. Отек ДЗН обоих глаз разрешился. Пациентка находилась под наблюдением в течение года со стабильными функциями и картиной глазного дна. Следует отметить, что она снизила вес за 2 месяца на 2 кг, что является значимой потерей массы при ИВЧГ.

Две пациентки, отказавшиеся от операций, принимают ацетазоламид уже год. Они также снизили вес на 1,5-3 кг. Функциональных потерь со стороны органа зрения пока не отмечено, однако двусторонний отек зрительного нерва сохраняется.

Заключение. Представленные случаи свидетельствуют о возможности консервативной терапии при ИВЧГ при отказе пациентов от хирургических вмешательств. Необходимо сочетать снижение веса и прием ацетазоламида. Однако прогноз течения заболевания и состояния зрительных функций при такой тактике остается сомнительным.

---

**Тронова О.Ю.**

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ С УЧЁТОМ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КИСЛОРОДА В ВОЗДУХЕ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ**

Погодно-климатические факторы способны вызывать выраженные в разной степени функциональные изменения в организме, так называемые метеопатические реакции, которые зависят не только от колебаний погодных условий, но и от индивидуальных особенностей функционального состояния организма, сопутствующих заболеваний, возраста и пола больного, его образа жизни, физической активности, эмоционального равновесия, характера питания и степени нарушения обменных процессов.

Следует отметить важность прямой зависимости обеспеченности организма человека кислородом от климатопогодных условий. В период 1965-1985 гг. были проведены исследования, позволившие опровергнуть представление о стабильности содержания кислорода в воздухе на равнинах (Овчарова В.Ф. Климат и здоровье человека // Труды международного симпозиума ВМО/ВОЗ/ЮНЕП СССР. Л.: Гидрометеиздат, 1988). В связи с относительно малой изменчивостью процентного содержания кислорода в смеси газов атмосферы и парциального давления у земной поверхности, для исследования

его влияния на жизнеобеспечивающие функции организма была предложена более изменчивая характеристика – парциальная плотность, то есть весовое содержание кислорода в воздухе, выраженное в отношении массы к объёму.

Евпатория является климатическим и бальнеогрязевым черноморским курортом степной зоны и имеет удобное расположение в равнинной, юго-западной части Крымского полуострова на берегу Каламитского залива. Евпаторийская биоклиматическая станция (БКС) в течение 90 лет проводила климатический мониторинг в регионе Западного Крыма, обеспечивая медико-метеорологической информацией санаторно-курортные учреждения различного ведомственного подчинения. Многолетние данные о климатических особенностях Евпатории, сохранившиеся в архиве ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», позволяют проанализировать изменения парциальной плотности кислорода в воздухе в Евпатории за 30-летний период. Первые исследования парциальной плотности кислорода на биоклиматической станции относятся к 1971 году.

Анализируя суточные особенности изменения парциальной плотности кислорода, можно сказать, что она увеличивается в ночные и предутренние часы, а, говоря о сезонной тенденции, можно сделать вывод, что она возрастает в осенне-зимнее время.

Необходимо отметить, что, кроме ритмичных (суточных и сезонных) периодических колебаний плотности кислорода в воздухе, наблюдаются её непериодические изменения, связанные с циркуляционными процессами в атмосфере.

По многолетним данным минимальная парциальная плотность кислорода в воздухе на евпаторийском курорте наблюдается летом (средняя многолетняя величина – 273,6 г/м<sup>3</sup>), максимальная – зимой (297,9 г/м<sup>3</sup>), в весенний и осенний периоды – средние величины практически одинаковы (287,7 и 287,1 г/м<sup>3</sup> соответственно). Минимальная годовая амплитуда плотности кислорода в воздухе в период 1971-2007 гг. отмечена в 1981 году (49,2 г/м<sup>3</sup>), а максимальная – в 2006 году (75,4 г/м<sup>3</sup>).

С целью предупреждения обострений заболеваний, вызванных патогенным влиянием климатических факторов у пациентов, находящихся на лечении в санаторно-курортных учреждениях Евпатории, в современных условиях необходима организация системы мониторинга парциальной плотности кислорода в воздухе, что предоставит возможность своевременно проводить дифференцированную профилактику метеопатических реакций с учётом изменения погодных-климатических условий и индивидуальных особенностей больных.

*Трошина Е.О., Лубенская О.А.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ИХ РАБОТЫ**

Целью данного исследования явилось изучение влияния информационного стресса на психическое благополучие студентов в зависимости от места их работы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе лаборатории психического здоровья ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО осенью 2021 года. В нем приняли участие 673 студента 1-6 курсов. Респондентам предлагалось ответить на вопрос о предпочитаемых способах получения информации о коронавирусной инфекции. Социальные сети и другие средства массовой информации стали предпочитаемыми источниками получения сведений для 202 (30%) студентов. Из них 87 (43%) не работали в ЛПУ, они вошли в I группу исследования; 74 (37%) работали в ЛПУ, не оказывающих помощь больным COVID-19 (II группа); 41 (20%) работали в ЛПУ, оказывающих помощь больным COVID-19 (III группа). Исследование уровня депрессии проводилось с помощью Шкалы депрессии Бека, выраженности тревоги – с помощью опросника Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7), симптомов посттравматического стрессового расстройства – с помощью опросника Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Для сравнения выборок был использован критерий Kruskal-Wallis.

Результаты. Средний показатель по Шкале депрессии Бека у респондентов I группы равнялся  $9.8 \pm 1.0$  балла, у респондентов II группы –  $7.0 \pm 0.8$  балла, III –  $8.1 \pm 1.3$  балла, что соответствовало отсутствию симптомов депрессии. Статистически значимого различия между показателями трех групп выявлено не было ( $p \geq 0.05$ ). Средний показатель опросника GAD-7 составил  $5.2 \pm 0.5$  балла у респондентов I группы,  $7.7 \pm 0.8$  балла – у респондентов II группы, что соответствовало умеренному уровню тревоги. Респонденты III группы набрали в среднем  $4.3 \pm 0.7$  балла, что соответствовало отсутствию или минимальному уровню тревоги. Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ( $p < 0.05$ ). Средний показатель опросника PCL-5 у респондентов I группы составил  $15.9 \pm 1.8$  балла, у респондентов II группы –  $13.1 \pm 1.7$  балла, у респондентов III –  $13.8 \pm 2.7$  балла, что соответствовало отсутствию симптомов посттравматического стрессового расстройства. Статистически значимого различия между показателями трех групп выявлено не было ( $p \geq 0.05$ ).

Выводы. Среди всех опрошенных, при изучении данных о новой коронавирусной инфекции COVID-19, только 30% полагались на социальные сети и средства массовой информации. Большая часть из них не работала в медицине (43%) или работала в медицине, но не оказывала помощь больным с COVID-19 (37%), меньшая часть – работала в коронавирусных госпиталях (20%). По данным Шкалы депрессии Бека, воздействие информационного стресса не стало причиной развития депрессивных симптомов у всех групп респондентов. По данным опросника PCL-5, ни у одной из групп респондентов не наблюдалось симптомов посттравматического стрессового расстройства. Респонденты I и II групп, согласно опроснику GAD-7, имели симптомы умеренной тревоги в то время, как студенты III группы симптомов тревоги не имели ( $p < 0.05$ ). Личный опыт работы в ковидных госпиталях явился фактором защиты психического благополучия студентов от информационного стресса, провоцирующего развитие тревоги у студентов, которые такого опыта не имели. Учитывая продолжительное воздействие комбинированного стресса на студентов нашего вуза, вопрос о факторах, способствующих сохранению психического благополучия, требует дальнейшего изучения.

---

*Труняков Н.В.*

ГУ ЛНР «Стахановская психиатрическая больница», г. Стаханов

## **ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

Целью работы было изучение показателей клеточного иммунитета у больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Под нашим наблюдением было 46 больных ХДЗП от 28 до 59 лет. При проведении иммунологических исследований было установлено, что у подавляющего большинства лиц с ХДЗП до начала лечения имеют место нарушения со стороны показателей клеточного звена иммунитета. Указанные иммунные нарушения принципиально характеризовались существенным уменьшением показателя РБТЛ с ФГА, что свидетельствовало об угнетении функционального состояния Т-лимфоцитов, а также наличии Т-лимфопении различной степени выраженности и дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, который в основном заключался в уменьшении числа CD4<sup>+</sup>-клеток (циркулирующих Т-хелперов/индукторов) на фоне умеренного снижения у части обследованных числа Т-супрессоров/киллеров (CD8<sup>+</sup>-лимфоциты), в то время содержание в крови В-клеток (CD22<sup>+</sup>) в большинстве случаев имело лишь незначительную тенденцию к снижению.

Так, установлено, что имело место достоверное снижение количества лимфоцитов с фенотипом CD3<sup>+</sup> в абсолютном исчислении в среднем до  $0,75 \pm 0,05$  Г/л, что было ниже нормы в 1,73 раза ( $P < 0,01$ ). В относительном исчислении количество лимфоцитов с фенотипом CD3<sup>+</sup> у больных ХДЗП снижалась до  $46,8 \pm 1,5\%$  что было менее нормальных значений в 1,49 раза ( $P < 0,05$ ). Кроме того, у больных ХДЗП до начала лечения был обнаружен дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно за счет снижения числа лимфоцитов с хелперной активностью (CD4<sup>+</sup>). При этом число Т-лимфоцитов с фенотипом CD4<sup>+</sup> составляло в абсолютном отношении в среднем  $0,52 \pm 0,05$  Г/л, что было менее нормальных значений в 1,62 ( $P < 0,01$ ). Относительное количество CD4<sup>+</sup>-клеток у

больных ХДЗП до начала лечения составляло в среднем  $32,8 \pm 1,1\%$ , что было менее значений нормы в 1,39 раза ( $P < 0,05$ ). Число Т-супрессоров/киллеров (Т-клетки с фенотипом CD8+) в абсолютном исчислении составляло до начала лечения в среднем  $0,37 \pm 0,02 \cdot \Gamma/\text{л}$ , в относительном –  $21,8 \pm 1,1\%$  ( $P < 0,05$ ). Количество клеток с фенотипом CD22+ у больных пневмокозиозом на фоне ХГБП составило в среднем в относительном исчислении  $0,38 \pm 0,02\%$ , в абсолютном исчислении количество В-клеток составляло  $20,8 \pm 0,9 \cdot \Gamma/\text{л}$ . Таким образом, у всех больных ХДЗП до лечения выявлялось наличие вторичного иммунодефицитного состояния по относительному супрессорному варианту, что требует соответствующих коррекционных мероприятий.

После завершения лечения при повторном иммунологическом обследовании было установлено, что у больных ХДЗП имела место некоторая положительная динамика показателей клеточного звена иммунитета, однако полной нормализации изученных показателей не отмечалось.

Количество клеток с фенотипом CD4+ у лиц, получавших предложенное лечение, в относительном исчислении составило на момент завершения лечения в среднем  $37,7 \pm 1,2\%$ , что равнялось нижней границе нормы ( $P > 0,1$ ). Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 у больных ХДЗП составлял в среднем  $1,69 \pm 0,02$ , ( $P > 0,1$ ).

Таким образом, при проведении общепринятого лечения имела место положительная динамика изученных иммунологических показателей, однако сохранялись достоверные сдвиги со стороны показателей клеточного звена иммунитета относительно нормы.

*Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Кузель М.А., Рудской С.А*

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

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

## **ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ С НАЛИЧИЕМ ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Актуальность исследования. С начала боевых действий на территории Донецкой Народной Республики и их интенсификации в 2022 году, возникла острая необходимость в пересмотре методик реконструктивных вмешательств в условиях военного времени. Несмотря на существование множества различных оперативных пособий при повреждении магистральных сосудов конечностей, в условиях военного времени наиболее остро стоит вопрос о возможности восстановления магистрального кровотока и закрытии дефекта мягких тканей одномоментно, либо отсрочено в зависимости от характера повреждения.

Цель исследования. Проведение анализа различных методов лечения для определения их преимуществ, недостатков и оптимизации подходов хирургического лечения.

Материалы и методы. Были отобраны литературные источники, подверглись анализу материалы отечественных и зарубежных статей, монографий, клинических случаев. Применен описательный метод.

Результаты исследования. Аутовенозное протезирование с первичным закрытием дефекта несвободными лоскутами является надежным и популярным методом. Наиболее применимым способом для закрытия таких дефектов показала себя методика несвободных лоскутов. Однако присутствует существенный недостаток – метод не является универсальным в виду высокой частоты эрозивных кровотечений и тромбозов в раннем послеоперационном периоде, не учитывает принципы Damage Control Orthopedics (DCO). Использование экстраанатомической техники решает одновременно не только проблему восстановления кровообращения в дистальных сегментах, а и необходимость укрытия зон анастомозов и шунта. Данная методика применима при повреждении сосудов конечностей, когда проксимально и дистально аутовенозный шунт анастомозируется с интактным сегментом проксимальнее и дистальнее зоны повреждения и проводится вне зоны мягкотканого дефекта и зоны молекулярного сотрясения. Вернуться к решению вопроса о закрытии мягкотканого дефекта можно после стабилизации витальных функций пациента и оценки границ вторичного дефекта мягких тка-



ней. Применение методики вакуумной терапией обладает множеством достоинств в лечении глубоких ран, но данный метод обладает негативным действием на зону анастомоза и обладает риском развития аррозивного кровотечения, поэтому его применение в случае нарушения целостности магистральных сосудов противопоказано. Свободная микрохирургическая пересадка комплексов тканей дает возможность сохранения поврежденной конечности и создаёт условия для восстановления её функций, а также достижения приемлемого эстетического результата. К преимуществам данной методики можно отнести решение сразу трех задач: восстановление артериального кровотока в тканях, замещение мягкотканого дефекта и обеспечение полноценного покрытия для сосудистой вставки. По данным различных авторов, при адекватной микрохирургической технике приживаемость транзитных лоскутов может варьироваться от 74 до 97%, что является достаточно надежным. Метод оценен по достоинству во всём мире, но в ряде случаев, по принципу DCO не может быть применим.

Заключение: С учетом тяжести состояния больных с огнестрельными ранениями магистральных сосудов, тактика лечения должна базироваться на принципе Damage Control Orthopedics. Наиболее универсальным в военное время методом является экстраанатомическое шунтирование с отсроченным закрытием дефекта. Данная методика позволяет восстановить кровоснабжение поврежденного сегмента и сократить время нахождения пациента в операционной путем уменьшения этапов оперативных вмешательств.

---

*Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Рудской С.А., Стойчев А.А.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ МЯГКОТКАНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ КОМПЛЕКСАМИ НЕСВОБОДНЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?**

Актуальность исследования. Лечение пациентов с огнестрельными повреждениями верхней конечности остается одной из актуальных проблем травматологии как мирного, так и военного времени в виду социально-экономической и функциональной значимости кисти и верхней конечности как органа труда. Отсутствует единый тактический подход к хирургической обработке огнестрельных ран, по срокам закрытия мягкотканых дефектов. Так же остается дискуссионным вопрос о возможности первичного закрытия дефектов с первичным восстановлением поврежденных структур. Остается высоким процент неудовлетворительных результатов лечения.

Цель исследования. Провести анализ хирургического лечения у больных с огнестрельными ранениями верхних конечностей с дефектами мягких тканей для оптимизации тактики хирургического лечения и повышения его эффективности.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 23 клинических наблюдений и результатов лечения больных с дефектами мягких тканей при ранениях верхних конечностей в отделении микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г. Донецка и других лечебных учреждений МЗ ДНР, где была оказана выездная медицинская помощь по линии РЦЭМПиМК за период с февраля 2022 по октябрь 2022 гг. В ходе анализа были применены следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, статистический. Всем пациентам было выполнено первичное закрытие мягкотканых дефектов комплексами несвободных тканей. Среди пациентов преобладали лица мужского пола – 22 человека (95,6%), женского пола – 1 (4,4%). По механизму травмы у всех пациентов наблюдали огнестрельные осколочные ранения. Локализация повреждений распределена следующим образом: кисть и лучезапястный сустав – 5 пациентов (21,7%), предплечье – 18 пациентов (78,3%). Средняя площадь дефекта после выполненной радикальной хирургической обработки ран составила 50 см<sup>2</sup>. Хорошие исходы лечения были получены у всех пациентов. Незначительные крае-

вые некрозы наблюдались в 4 случаях (17,3%), и не повлияли на исход лечения. Гнойно-септических осложнений не было.

**Результаты.** При выполнении хирургической обработки огнестрельных ранений важным этапом являлась подготовка реципиентной зоны. Для удаления нежизнеспособных тканей, загрязненных грунтом и инородными телами активно применялся метод ультразвуковой кавитации, мягкие ткани радикально иссекались в пределах видимых жизнеспособных тканей. При закрытии раны несвободными комплексами тканей важным этапом являлось создание хорошего оттока раневого отделяемого – с этой целью использовались пластинчатые и активные дренажи, для удаления раневого отделяемого и цитостатического действия на аэробную микрофлору. У ряда пациентов с обширным разрушением мягких и костной тканей налаживалась система проточно-промывного дренирования. При необходимости фиксации костных фрагментов предпочтение было отдано моностерильным аппаратам внешней фиксации стрежневого типа. Предпочтение отдавалось первичному восстановлению поврежденных структур при отсутствии их дефектов. Всем пациентам проводилась двухкомпонентная антибактериальная терапия с учетом исследования в РТЦ о чувствительности микрофлоры в Донецком регионе.

**Заключение.** Основываясь на полученных данных, необходимо продолжать исследование данной проблемы, для выработки единого подхода к тактике хирургического лечения огнестрельных ран с возможностью первичного закрытия мягкотканых дефектов и восстановлением поврежденных структур для улучшения анатомо-функциональных результатов и сокращения сроков лечения.

*Трущелева С.В., Иванов В.П., Ким А.В.*

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

## **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В АСПЕКТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КРАНИОСИНОСТОЗА У ДЕТЕЙ**

**Цель исследования:** выявить наиболее характерные признаки деформации черепа для различных форм краниосиностозов (КС), определить принципы ранней и объективной диагностики, оценить эффективность существующих способов хирургической коррекции.

**Материалы и методы:** выполнен морфометрический анализ результатов компьютерной томографии ГМ и оценка волюметрии (по методу Симпсона и с помощью автоматизированных систем) у 276 больных, проходивших оперативное лечение в НМИЦ В.А. Алмазова за период с 2017 по 2021 год, с различными формами КС. Возраст пациентов составил от 2 месяцев до 7 лет. Выбор метода оперативного лечения зависел от вида деформации и возраста пациента: выполнялись малоинвазивные операции, открытые реконструктивные вмешательства и дистракционный остеосинтез. Дополнительно оценивались данные неврологического статуса, офтальмоскопии, нейропсихологической оценки.

**Результаты:** для каждого типа краниосиностозов были определены основные изменения морфометрических индексов. Наиболее значимыми, по данным статистического анализа, являлись значения цефалического индекса, фронтального угла, фронтального стеноза и индекса асимметрии свода черепа. У всех пациентов с фенотипическим проявлением специфической деформации (скафоцефалическая, тригоцефалическая, брахицефалическая, по типу передней и задней плагиоцефалии) были выявлены изменения специфических индексов, а также изменение интракраниального объема, во всех случаях полученные значения выходили за рамки возрастных норм. Хирургическое лечение было выполнено всем пациентам. Нормализация морфометрических показателей достигнута у всех пациентов. Функциональный эффект достигнут у большинства пациентов, за исключением части детей с синдромальными формами краниосиностозов, что обусловлено системным характером патологии.

**Выводы:**

1. Особенности деформации черепа при КС определяются видом и количеством пораженных швов, а также возрастом пациента, что позволяет качественно проводить раннюю диагностику при осмотре.

2. Объективно оценить вид КС и степень тяжести деформации позволяет морфометрический анализ результатов компьютерной томографии. Дополнительные параметры оценки морфологии черепа, такие как волюметрический анализ, наличие пальцевых вдавлений, изменение окружности черепа, имели меньшее диагностическое и прогностическое значение, однако могут использоваться в качестве инструмента оценки эффективности оперативного лечения.

3. Рациональная тактика лечения связана с ранним выявлением патологии и зависит от типа деформации черепа и возраста пациента.

---

*Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Тутова К., С., Былым Г., В., Сенчукова Ю.А.*

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

## **ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**

Большой опыт дистанционного обучения на кафедре акушерства и гинекологии был получен во время пандемии коронавируса. Нашей кафедре, как и всем остальным кафедрам медицинского вуза, пришлось столкнуться с неожиданными трудностями в связи с введением режима самоизоляции. Это было связано с особенностями преподавания в вузе. Решению сложившихся проблем в данной ситуации помогло то, что еще до пандемии, на многих кафедрах нашего вуза при подготовке учебных программ учитывалось относительно интенсивное применение информационно-компьютерных технологий и разнообразия их использования.

Большие возможности в данном направлении открывали различные системы управления курсами. С их помощью активные студенты участвовали в чатах, форумах по различным темам, а также создавали собственные форумы, на которых студенты задавали вопросы преподавателям, используют ресурс системы управления курсом «задание», который позволяли выполнить дома, затем прикрепить файл с отчетом, а после проверки его преподавателем студенты имели возможность просмотра.

При переходе на дистанционную форму обучения огромная ответственность легла на преподавателей в организации и осуществления преподавания в связи с тем, что он должен владеть активными методами обучения и помогать студентам формировать собственные стили обучения в онлайн – режиме, овладевать возможностями платформы онлайн-обучения и необходимым программным обеспечением, преодолевать трудности и барьеры электронного общения. Для эффективного управления онлайн-курсом преподавателям нужно было использовать инструменты стимулирования обучающихся к освоению курса, соблюдению сроков выполнения заданий, осуществлять своевременную оценку студенческих работ и предоставлять оперативную обратную связь.

При проведении дистанционного обучения в военное время мы старались учесть все недостатки выявленные в процессе обучения во время коронавирусной инфекции. А основные проблемы этой формы обучения, как показал опыт, заключались в отсутствии высокоскоростного интернета в городах, плохой интернет – коммуникации или полное их отсутствие в сельской местности, отключения ряда платформ для проведения видеоконференций, необходимости приобретения студентами и преподавателями современных гаджетов (персональных компьютеров и ноутбуков с веб-камерами), что требовало немалых финансовых затрат, недостаточная компьютерная грамотность у всех участников образовательного процесса.

Два года работы в условиях пандемии коронавирусной инфекции помог нам решить ряд важных вопросов в преподавании студентам дисциплины акушерства и гинекологии. Для более качественной самостоятельной подготовки студентам на информационно-образовательной среде вуза были размещены видеоуроки по каждой изучаемой теме и видеofilьмы с демонстрацией практических навыков, которыми обязан владеть студент. Предложен алгоритм подготовки, включающий в себя: самостоятельное ознакомление с соответствующими главами базового учебника, изучение материала в дополнительном учебном пособии и методических рекомендациях кафедры для самостоятельной работы студентов, прохождение интерактивной лекции. После успешного ее прохождения студент обязан выполнить ряд проверочных задач по теме занятия и отправить свои ответы преподавателю.

Затем пройти заключительное тестирование. Со студентами ежедневно проводятся вебинары. На которых углубленно разбираются материалы данного занятия.

*Тутов С.Н., Чурилов А.В., Былым Г.В., Подоляка Д.В., Сенчукова Ю.А.*

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

## **ДОМИНИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Актуальность.

Прогнозирование и профилактика преждевременных родов остаётся одной из актуальных проблем современного акушерства. По данным различных авторов частота преждевременных родов колеблется от 7 до 25%. Актуальность данной проблемы определяется не только медицинской, но и её социальной значимостью, так как заболеваемость и смертность среди недоношенных и особенно маловесных детей достигает 70% и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования.

Целью исследования явилось проведение комплексного изучения основных факторов риска у беременных с преждевременными родами в сроке 22-32 недели.

Материалы и методы исследования.

Данные исследования выполнялись в два этапа. На первом этапе проведено ретроспективное исследование данных из 198 историй родов беременных женщин, поступивших в родильное отделение ЦГКБ№3 г.Донецка с угрожающими преждевременными родами, и 103 истории родов женщин с реализовавшимися преждевременными родами в срок гестации 22-32 недели. На втором этапе работы проведено исследование 76 пациенток, которые для выполнения поставленных в исследовании задач были разделены на три группы: I-я группа включала 29 беременных с угрожающими преждевременными родами в срок гестации 22-27 недель, II-я группа – 27 женщин с начавшимися преждевременными родами в срок гестации 28-32 недели. Контрольную группу составили 20 женщин, у которых беременность протекала без осложнений и закончилась рождением здоровых доношенных детей.

Стандарт обследования беременных выполнялся в соответствии с приказами МЗ ДНР.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакетов приложений Microsoft Office XP для статистической обработки материала – Microsoft Excel (версия 7.0) и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0) с учетом вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины.

Исследование факторов высокого риска преждевременных родов в популяции беременных дало возможность их ранжировать, выявить наиболее значимые в группах и рассчитать прогностический коэффициент в баллах. Математическая обработка результатов показала, что первое ведущее место занимает группа факторов, характеризующих репродуктивное здоровье женщины. Среди них наибольший удельный вес имеют: первая беременность (19,18%), заболевания шейки матки (13,69%), воспаление матки и придатков (6,09%), аборт перед первыми родами (4,90%) и самопроизвольные выкидыши в анамнезе (0,91%). На второе ранговое место выходят социальные факторы – неблагоприятное семейное положение (31,46%), вредные привычки – курение, прием алкоголя (23,17%), возраст матери старше 30 лет (10,94%). Третье ранговое место занимает группа факторов, возникающих во время беременности: анемия (21,47%), кольпит (16,03%), кровотечения в I и II триместрах (9,93% и 7,93%), отеки беременных (7,91%), плацентарная недостаточность (10,41%), инфекции мочевыводящих путей (3,41%) и острые инфекции, возникающие во время беременности (2,27%). Среди факторов со стороны соматического здоровья, занявших четвертое место, наибольшее значение имеют инфекции, передающиеся половым путем (20,35%), хронический пиелонефрит (15,42%), гипотензивный синдром (12,24%), ожирение (6,91%), дефицит массы более 25% (5,56%), хронические инфекции (3,88%). На пятом месте – группа факторов, возникающих со стороны плода – гипоксия (58,67%), внутриутробная инфекция (14,61%), синдром задержки развития плода (7,34%), тазовое предлежание (6,56%).

*Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А., Подоляка Д.В.*

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

## **ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА И МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Актуальность.

Искусственное прерывание нежелательной беременности – один из наиболее значимых факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Из 210 млн. беременностей, наступающих в мире ежегодно, 46 млн. (22%) заканчиваются медицинским абортom. До тех пор, пока женщины делают аборты, необходимо стремиться к тому, чтобы искусственное прерывание беременности из опасного стало безопасным.

Цель исследования.

Целью данного исследования явилось снижение количества осложнений при прерывании беременности малых сроков путем определения оптимального времени и метода производства аборта.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 57 пациенток обратившихся в ЦГКБ №3 г. Донецка по поводу прерывания нежеланной беременности малых сроков. Все пациентки были разделены на две клинические группы: группа 1 включила в себя 25 женщин, которым был проведен медикаментозный аборт – 13 в 1 фазу «условного» цикла и 12, во 2 фазу «условного» менструального цикла. В группу 2 вошли 32 женщины, которым была проведена мануальная вакуум-аспирация – 17 в 1 фазу «условного» цикла и 15, во 2 фазу «условного» менструального цикла. Прерывание беременности производилось медикаментозным методом согласно Приказу Минздрава ДНР №2364 и инструкции о применении мефипристона, а также методом мануальной вакуум-аспирации. Беременность и срок гестации были подтверждены при комплексном клинико-лабораторном и ультразвуковом обследовании. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Excel 2010» и пакета прикладных программ «STATISTICA», версии 8.0. Различия средних значений параметров в группах пациенток проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты.

Результаты исследования показали, что у пациенток 1 группы, произведших аборт в 1 фазу «условного» цикла, на третьи сутки после начала кровянистых выделений гормональная палитра соответствовала базальному уровню гормонов фолликулярной фазы менструального цикла. ФСГ –  $5,6 \pm 0,52$  МЕД/мл, эстрадиол –  $620 \pm 21,4$  пмоль/л, прогестерон –  $47,3 \pm 2,4$  нмоль/л. У пациенток, беременность которых была прервана во 2 фазу «условного» менструального цикла, на 3 день постабортного периода уровень ФСГ составил  $4,9 \pm 0,1$  МЕД/мл, эстрадиола –  $748 \pm 3,2$  пмоль/л, прогестерона –  $67,5 \pm 3,2$  нмоль/л. То есть, показатели гормонального статуса остались в той же 2 фазе условного цикла, что, свидетельствует об отсутствии восстановления физиологического менструального цикла. Во 2 клинической группе к 3 дню после аборта в 1 фазе «условного» цикла отмечался достоверный подъем уровня ФСГ до  $5,9 \pm 1,2$  МЕД/мл. У пациенток к 3 дню после аборта во 2 фазе «условного» цикла уровень ФСГ составлял всего  $3,2 \pm 0,13$  МЕД/мл, что достоверно меньше, чем у пациенток, произведших аборт в условную 1 фазу цикла ( $p < 0,001$ ).

Проведенные исследования показали, что эффективность медикаментозного аборта составила 97,9%. Эффективность мануальной вакуум-аспирации составила – 94,2%. У всех пациенток в обеих группах, произведших аборт в 1 фазе «условного» цикла, показатели гормонального профиля практически соответствовали преовуляторным (восстановление менструального цикла), а у всех пациенток после аборта во 2 фазе «условного» цикла, формировался явный гормональный дисбаланс.

*Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ**

Актуальность.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенной эндокриннопатией женщин репродуктивного возраста, с частотой встречаемости от 8% до 13%. СПКЯ является мультифакторным заболеванием с генетической предрасположенностью, которая усугубляется избыточной массой тела у женщин.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения поликистоза яичников у женщин с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 58 пациенток с синдромом поликистозом яичников находящихся на диспансерном учете в женской консультации ЦГКБ №3 г.Донецка. Обследованные были подразделены на две клинические группы: в первую (основную) вошли – 30 (51.8%) женщин с поликистозом яичников и избыточной массой тела у которых индекс массы тела был выше 30,0 кг/м<sup>2</sup>. Во вторую (контрольную) – 28 (48.2%) пациентки с поликистозом яичников и массой тела ниже 25,0 кг/м<sup>2</sup>. В группу участников вошли женщины в возрасте от 16 до 36 лет, средний возраст которых составил 25,4±4,7 лет. При обследовании больных изучались данные анамнеза, проводились: биохимические, общеклинические, гормональные обследования. Для оценки степени выраженности ожирения у больных определяли индекс массы тела согласно классификации ожирения ВОЗ

Результаты.

Произведенное нами комплексное обследование позволяет сделать выводы, что у 28 из 58 больных ведущим в клинической картине было нарушение менструального цикла и бесплодие, возникшее на фоне ожирения. У 5 обследуемых этой группы отмечалось выраженное превышение массы тела. Индекс массы тела у 4 больных превышал 39,9 кг/м<sup>2</sup>. При изучении уровня пролактина по группам выявлено, что уровень его был достоверно повышенным у 29,5% больных 1-й и 19,4% больных 2-й группы. В базальных уровнях фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеостимулирующего (ЛГ) гормонов отмечалось преобладание ЛГ в 1 группе над второй ( $p < 0,05$ ). Уровень тиреотропного (ТТГ) и соматотропного (СТГ) гормонов в основной группе достоверно снижен по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ). Глюкозотолерантный тест изучен у 52 больных (90,2%), из них 28 (79%) пациенток с ПКЯ и избыточной массой тела и 11 (20,9%) больных с ПКЯ. У 13 пациенток с ПКЯ (29%) выявлено диабетическое состояние, у 16 (33,9%) больных выявлена латентная форма сахарного диабета, у 4 (2,2%) из обследованных больных выявлена клиническая форма сахарного диабета. У остальных 17 (33,9%) пациентки результатами глюкозотолерантного теста патологических изменений углеводного обмена не установлено. При изучении гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового звена установлено достоверное ( $p < 0,01$ ) повышение уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) в обеих группах. Причем, значения гормона во 1-й группе были больше, чем во 2-й.

У больных с поликистозом яичников и ожирением в отличие от контрольной группы: уровень лютеостимулирующего гормона превышает базальный, содержание в крови соматотропного и тиреотропного гормонов снижено, содержание пролактина, адренокортикотропного гормона и инсулина повышено. Клинико-биохимические обследования позволили обнаружить у женщин основной группы нарушения гликолиза 66,1% (латентная форма диабета 33,9%, диабетическое состояние 29%, клиническая форма диабета 3,2%). У больных с поликистозом яичников и ожирением обнаружена выраженная дисфункция вегетативной нервной системы, высокий процент начальных признаков, характерных для «атеросклероза», преобладание в структуре личности тревожно-мнительных и депрессивных черт.

*Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тутова К.С., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А., Подоляка Д.В.*

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

## **ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

В последние годы в связи с эпидемией коронавируса все медицинские вузы вынуждены были перейти на дистанционную форму обучения.

Еще до эпидемии во многих вузах онлайн обучение стало очень популярным инструментом для получения новых знаний. Это связано с тем, что стало возможным не выходя из дома получить новую информацию для подготовки к занятиям или повышать свою квалификацию. Многие вузы начали включать онлайн-курсы в свою обязательную учебную программу (например: студенты смотрят лекции находясь дома, а на семинарах в очном формате их только обсуждают). С одной стороны, может показаться что в онлайн обучении преимущественно одни плюсы, но на самом деле все гораздо сложнее, чем мы думаем.

Преимущества онлайн обучения заключается в том, что учиться можно где угодно и как угодно. Можно выбрать индивидуальный темп обучения. Вы можете много раз пересматривать видео лекций или презентаций если вам что-то стало не понятно, при этом не отвлекая остальную группу. Все это можно делать в удобное для вас время обучения. Вам не нужно будет подстраиваться под группу или преподавателя. Программы обучения онлайн обычно более гибки и адаптивны под потребности пользователя. Нет необходимости тратить на учебные пособия. Все необходимые материалы для образования будут вам доступны онлайн уже внутри курса. Подобное обучение обычно дает точечные практические навыки, которые будут применимы для реальной жизни. Онлайн курсы более индивидуализированы. Если вам вдруг начинает казаться, что ваш вопрос будет глупым, то вы его всегда можете задать лично в переписке с преподавателем. В случае пропуска занятия – вы ничего не потеряете и сможете пересмотреть все чуть позже.

Но надо заметить, что онлайн обучение имеет и ряд недостатков. Основные проблемы этой формы обучения заключаются в отсутствии высокоскоростного интернета в городе, плохие интернет – коммуникации или полное их отсутствие в сельской местности, необходимость приобретения студентами и преподавателями современных гаджетов (персональных компьютеров и ноутбуков с веб-камерами), что требует немалых финансовых затрат, недостаточная компьютерная грамотность у всех участников образовательного процесса. При данной форме обучения отсутствует непосредственная коммуникация с преподавателями. А для студентов медицинских вузов это является важным. Студентам гораздо удобнее задавать вопросы и получить сразу на них ответы, что невозможно при обучении онлайн. Преподаватель может не увидеть вопрос в обсуждении или ответить слишком поздно, в отличие от вопроса в аудитории. Особенно это касается вопросов на клинических кафедрах, где основным является работа с больным. Необходим жесткий тайм менеджмент и мотивация. При дистанционной форме обучения студент должен сам планировать свое время, а самодисциплина является решающим фактором успеха в таком формате обучения. В процессе обучения очень легко отвлечься и вы с чистой душой будите откладывать на потом, выполнения задания считая, что все сделаете чуть попозже. А это позже может совпасть с итоговым занятием или окончанием семестра.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что в медицинских вузах дистанционное обучение может применяться только в качестве дополнительного метода к традиционной очной форме обучения.

---

*Тышлек Д.В.*

Центр психопрофилактики и восстановительного лечения Медицинского отдела МВД ДНР

## **ВЛИЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ И ИХ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ**

В современном мире существует очень много различных источников информации, с помощью которых можно получить именно ту, которая интересует. Одной из самых доступных является глобальная компьютерная сеть. В ней хранится в том числе и та, которая имеет ограничения «18+».

К сожалению, доступ к сайтам, которые рассчитаны на взрослую аудиторию, может получить любой несовершеннолетний. В результате подростки, которые ещё не успели испытать всю гамму первых нежных чувств, сначала сталкиваются с примерами, где всё представлено в искаженном свете, а не так, как это должно происходить в нормальных взаимоотношениях между мужчиной и женщиной. Таким образом они впитывают в себя формат потребительского, бездушного отношением к противоположному полу. Зачастую, интересующие их видео носят постановочный, безэмоциональный и утрированный характер. Что уже с самого начала формирует в девушках и юношах неправильное отношение к противоположному полу и интимной стороне их жизни.

В видео такого рода демонстрируются тела не в том виде, какими их создала природа. Зачастую они не соответствуют действительности, так как уже предварительно прошли коррекцию пластической хирургией. Но подростки, не обращая на это внимание, дают себе ориентир для сравнения собственного тела, а также формируют идеализированный образ будущего партнера. И то, и другое, на самом деле не совпадает с реальностью, что влечет за собой разочарование и стремление найти лучшее. От этого подростки, с одной стороны, пребывают в поиске все новых и новых партнеров, которые будут соответствовать их идеальным ожиданиям, с другой – оформится комплекс, что он сам (парень или девушка) не соответствуют персонажам из просмотренных видеороликов. Как следствие, подростки начинают стремиться к идеальному образу, либо «закрываются» от внешнего мира.

Девушки истязают себя диетами, у них нарушаются обменные процессы, что в дальнейшем оказывает пагубное влияние на организм в целом, и на репродуктивную функцию в частности. Также подростки не задумываются и о пластических операциях, которые в последствии могут отрицательно сказываться на их репродуктивных способностях. По данным социологических исследований известно, что часть школьниц при наличии возможности рассматривает обращение к хирургу по достижении совершеннолетия. Удивительно, что девушка, у которой еще окончательно не сформировалось женское тело, уже с 16 лет мечтает вставить себе импланты в молочные железы или ягодицы. При этом она совсем не задумывается о своем здоровье и о том, какие последствия понесет оперативное вмешательство. Девушка мечтает, как бы усовершенствовать себя, так как считает, что только в этом случае она будет более востребованной в глазах противоположного пола.

Так же и юноши, которые ради соответствия идеальному образу с картинки, начинают употреблять различные вещества (например, анаболики), которые в последующем отрицательно влияют на их репродуктивные органы. Молодые люди гонятся за наращиванием своих мышц, чтобы так же соответствовать образу «идеального мужчины». Юноши считают, что акцентируя внимание на рельефе своего тела, они будут больше пользоваться популярностью у противоположного пола.

Есть еще одна важная проблема, которая основывается на почве контентов взрослого характера. Она заключается в формировании «холодных» взаимоотношений с интимным партнером. А в связи с этим навязываются противоестественные форматы половых связей. Что также несет пагубное воздействие на организм, а именно репродуктивные возможности будущих родителей. Параллельно с этим формируется искаженное понимание построения семейных отношений. Ведь некоторые девушки и юноши сближаются не потому, что влюблены в своего партнера и не потому, что нашли близкого по духу себе человека, а потому, что так делают окружающие их сверстники.

Как сказал Лев Толстой «Любовь – это бесценный дар. Это единственная вещь, которую мы можем подарить и все же она остается у тебя». Но мало кто из подростков, усвоивших образец отношений из запрещенных видео, обратит внимание на его слова и задумается о чувствах.

Чтобы не упустить подрастающее поколение, ситуацию с доступом к взрослому видео-контенту необходимо брать под особый контроль, который не позволит растлять молодежь.

*Тышлек Д.В., Гаикова Л.А.*

Центр психопрофилактики и восстановительного лечения медицинского отдела МВД ДНР  
 ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

## **ВЛИЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ**

В современном мире существует очень много различных источников информации, с помощью которых можно получить именно ту, которая интересует. Одной из самых доступных является гло-



бальная компьютерная сеть. В ней хранится, в том числе и та, которая имеет ограничения «18+». К сожалению, доступ к сайтам, которые рассчитаны на взрослую аудиторию, может получить любой несовершеннолетний. В результате подростки сначала сталкиваются с примерами, где всё представлено в искаженном свете, а не так, как это должно происходить в нормальных взаимоотношениях между мужчиной и женщиной. Таким образом, они впитывают в себя формат потребительского, бездушного отношением к противоположному полу.

Как правило, интересующие подростков видео, носят постановочный и утрированный характер, что уже с самого начала формирует в девушках и юношах неправильное отношение к противоположному полу и интимной стороне их жизни. В видео такого рода демонстрируются тела не в том виде, какими их создала природа. Обычно они не соответствуют действительности, так как уже предварительно прошли коррекцию пластической хирургией. Подростки не обращают на это внимание, дают себе ориентир для сравнения собственного тела, а также формируют идеализированный образ будущего партнера. И то, и другое, на самом деле не совпадает с реальностью, что влечет за собой разочарование и стремление найти лучшее. От этого подростки, с одной стороны, пребывают в поиске все новых и новых партнеров, которые будут соответствовать их идеальным ожиданиям, с другой – формируется комплекс, что он сам (парень или девушка) не соответствует персонажам из просмотренных видеороликов. Как следствие, подростки начинают стремиться к идеальному образу, либо «закрываются» от внешнего мира. Девушки истязают себя диетами, у них нарушаются обменные процессы, что в дальнейшем оказывает пагубное влияние на их организм.

Также подростки задумываются и о пластических операциях, которые в последствии могут отрицательно сказываться на состоянии их здоровья. По данным социологических исследований известно, что часть школьников при наличии возможности рассматривает обращение к хирургу по достижении совершеннолетия. Девушка, у которой еще окончательно не сформировалось женское тело, уже с 16 лет мечтает вставить себе имплантаты в молочные железы или ягодицы. При этом она совсем не задумывается о своем здоровье и о том, какие последствия несет оперативное вмешательство. Мечтает только о том, как бы усовершенствовать себя, так как считает, что только в этом случае она будет более востребованной у противоположного пола. Так же и юноши, которые ради соответствия идеальному образу с картинки, начинают употреблять различные вещества, например, анаболики, которые в последующем так же отрицательно влияют на их организм. Молодые люди гонятся за наращиванием своих мышц, чтобы так же соответствовать образу «идеального мужчины». Юноши считают, что, акцентируя внимание на рельефе своего тела, они будут больше пользоваться популярностью у противоположного пола.

«Любовь – это бесценный дар. Это единственная вещь, которую мы можем подарить и все же она остается у тебя», сказал Лев Толстой. Но мало кто из подростков, усвоивших образец отношений из запрещенных видео, обратит внимание на его слова и задумается о чувствах. Чтобы не упустить подрастающее поколение, ситуацию с доступом к взрослому видео-контенту необходимо брать под особый контроль, который не позволит растлевать молодежь.

---

*Тюменцева С.Г., Кабанько Т.П., Толстова Н.В., Мицук Я.Г., Полатынская И.Р.*

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

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Аннотация. Данная статья посвящена оценке эффективности использования комбинированной терапии больных с патологией печени находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения комбинированной терапии для предупреждения развития тяжелой печеночной дисфункции у больных с различным генезом развития печеночной недостаточности.

Материал и методы. Для решения поставленной цели проанализированы результаты лечения больных, находившихся в критическом состоянии в отделении интенсивной терапии ДокТМО с ра-

нением печени без повреждения крупных сосудов (воротная вена, печеночная артерия и вена, полая вена) и внепеченочных желчных протоков; отравлением гепатотоксичными ядами, аутоиммунным поражением печени. Механизм поражения печени при этом не одинаков, между тем для построения программы лечения используются аналогичные методы оценки – лабораторные и функциональные.

Объем хирургического вмешательства на печени был минимальным: тампонирование, ушивание раны печени, дренирование брюшной полости. Возраст больных колебался от 22 до 45 лет. По степени тяжести травмы печени (классификация американской ассоциации по хирургическому лечению травм печени) раненые были отнесены ко II-III степени тяжести. После выполнения неотложных и срочных оперативных вмешательств, проводимых параллельно с выведением пострадавшего из состояния травматического и геморрагического шоков, пациент переводился в отделение интенсивной терапии. Консервативная терапия состояла из гепатопротекторов: 400 мг гептрала внутривенно, препараты альфа-липоевой кислоты, дуфулак; при наличии признаков энцефалопатии – аммиакснижающие препараты (глутаргин), инфузионно-трансфузионной терапии. Эфферентные методы были представлены плазмаферезом.

Исследования крови осуществлялись в 1-е, 3-и и 5-е сутки после операции. Анализировали клинические анализы крови и мочи, показатели биохимического состава крови, отражающие функции печени (общий белок, альбумин, билирубин общий и фракции, аланин- и аспаратаминотрансферазы (АлТ, АсТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутаматтранспептидаза (ГГТ), показатели гемостаза (протромбиновый индекс, протромбиновое время, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ)).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ белковой синтетической функции печени показал, что в начальных стадиях поражения печени у всех пациентов имело место снижение альбумина, протромбинового индекса и увеличение АЧТВ при нормальном уровне тромбоцитов. Эти показатели имели тенденцию к нормализации в последующие сутки, не достигая к 7-м суткам нормальных значений. Начальные этапы заболевания сопровождались многократным повышением уровня трансаминаз (результат цитолиза вследствие воспаления). К 3-м суткам регистрировали выраженную положительную динамику в снижении аминотрансфераз, и к 7-м суткам их уровень не превышал нормы. Такая динамика, по нашему мнению, свидетельствует о положительном влиянии комбинированной терапии на уменьшение воспалительного процесса в гепатоцитах и восстановлении белково-синтетической функции печени.

Выводы. Для оценки потенциальной возможности развития острой печеночной недостаточности у больных с ранением печени наиболее информативны показатели цитолитического (АЛТ, АСТ) процесса и белково-синтетической функции печени (АЧТВ, ПИ).

Использование комбинированной терапии в ранние сутки послеоперационного периода способствует быстрому регрессу лабораторных проявлений печеночной дисфункции и предотвращает развитие острой печеночной недостаточности.

---

*Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., Малинин А.М., Константинова Н.Н., Седых Н.П.*

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

## **ПРЕДИКТОРЫ ПОЛУЧЕНИЯ ВТОРОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Национальные интересы и стратегические приоритеты определяют внимание государства к механизмам и условиям развития личностных и общественных ценностей. Система образования, сочетающая процессы обучения и воспитания, выступает основой формирования социально ответственной личности, стремящейся совершенствовать интеллектуальные, нравственные, духовные, физические качества. В период глобальных изменений, приводящих к социокультурной трансформации, целесообразны поиски стратегий дополнительной адаптации, в качестве которых нами рассматриваются: дополнительное профессиональное образование посредством дополнительных профессиональных программ, программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки.

Законодательство Российской Федерации предусматривает возможность получения второго или последующего высшего образования лицами, имеющими высшее образование соответствующего уровня.

Цель исследования: с позиции адаптационного потенциала рассмотреть основные психологические и социальные механизмы получения второго или последующего высшего образования лицами; использованы аналитические методы.

Результаты исследования. В качестве очевидных обобщений, относящихся к позитивным адаптивным предикторам получения второго высшего образования (в том числе, не связанного с ранее полученным), следует отметить опыт ранее полученного высшего образования, наличие трудовой деятельности, определенный возрастной континуум обучающихся лиц, предполагающий большую социальную зрелость и ответственность. Изучение новой специальности или дисциплин, не входивших в ранее полученное образование, также можно отметить в качестве позитивных адаптивных механизмов психологического и социального свойства: обучающемуся лицу, равно и системе высшего образования, предоставляются уникальные возможности поиска оптимальной жизненной стратегии, предполагающей создание новых ценностных ориентиров и направленной на удовлетворение актуальных социальных запросов.

Понимание важности образовательной стратегии при получении второго или последующего высшего образования с позиции формирования жизненной траектории и ее логической инкорпорации в социум требует ответственного рассмотрения стимулов к обучению представителями системы образования и потребителями образовательных услуг.

Таковыми стимулами следует назвать перспективы новых вакансий на рынке труда, финансовый, карьерный, интеллектуальный рост, преодоление конкуренции в профессиональной среде, тенденции цифровизации, процессы междисциплинарной интеграции и трансформации. Причинами также оказываются миграционные процессы, низкая котируемость ранее обретенной профессии, «девальвация» ранее полученных знаний.

Приведенные стимулы характеризуются как внешние, а, следовательно, доминируют над свободой личностного выбора, способствуют дополнительному стрессу. Однако, любой внешний фактор, умноженный внутренней мотивацией (самореализация, самоутверждение, личностный рост, интерес, убежденность, социальная значимость, потребность в общении, базовое благополучие) значительно повышает адаптацию, мотивацию к образовательному процессу, снижает тревогу и напряжение, ведет к построению оптимальной стратегий.

Прояснение мотивов целесообразно механизмом их скринингов с одновременным представлением специальностей при выборе и в процессе получения образовательной услуги.

Заключение. Получение второго высшего профессионального образования – эффективный механизм социализации; потребителю и производителю образовательной услуги необходимы осознание, категорирование, трансформация мотивов к обучению.

---

*Фабер Т.И., Ахундова С.А.*

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

## **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ**

Контроль знаний и умений студентов является важным звеном учебного процесса для оценки степени усвоения дисциплины. Серьезное значение имеет этапный контроль знаний по мере освоения разделов дисциплины. Подготовка к подобным итоговым диагностическим занятиям (ИДЗ) помогает учащимся повторить, систематизировать знания и умения по данному разделу и сформировать целостную картину пройденного материала. Применение разнообразных форм работы на ИДЗ активизирует учебную деятельность студентов, формирует повышенное внимание и интерес к дисциплине гистология.

Итоговые диагностические занятия проводятся в 2 этапа: 1. Тестовые контрольные задания

2. Практические навыки и умения. Первый этап включает компьютерное тестирование по разработанным тестам, которые соответствуют вопросам рабочей программы. Для положительного результата тестирования необходимо дать правильный ответ не менее, чем на 60% от предложенных вопросов. Второй этап направлен на контроль практических навыков и умений, студентам необходимо охарактеризовать орган (ткань) на микропрепарате и определить основные ключевые морфологические признаки. При реализации второй части ИДЗ возможно применение интеллектуальных игр, представляющие собой индивидуально-личностное или коллективное выполнение заданий, сопровождаемые логической деятельностью в ограниченных временных условиях и атмосферы соперничества. Конкретная методика способствует индивидуальному мышлению, требующего умения обосновать свои умозаключения, применяя сообразительность и коммуникабельность, учитывать мнение своих коллег и нести ответственность за последствия принятого решения. Опыт публичных выступлений и ведение дискуссий пополняют общепрофессиональные навыки будущего врача. Игра представляет собой видоизмененный экзамен, который повышает интерес к учебе и активизирует внеучебную образовательную деятельность студентов. Проведение итоговых диагностических занятий (ИДЗ) с внедрением в методику интеллектуальных игр, способствует улучшению качества знаний студентов по предмету, позволяет провести комплексную оценку знаний и умений студентов. Интеллектуальная игра, являясь универсальной методической оболочкой, повышает эффективность преподавания вузовской программы обучения.

---

**Фадлалла Мохамед Халед Рагаб, Фатеева Ю.Г.**

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

## **ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТОМ РОССИЙСКОГО ВУЗА: ДОРОГА К ALMA MATER**

Выбор профессии, дела жизни – самое важное решение, которое рано или поздно принимает каждый человек. Важно как можно раньше сделать данный выбор. Это особенно важно, если Вы хотите получить образование не в родной стране.

С целью выявления пути в высшее образование нами было проведено ряд встреч с иностранными студентами 2-3 курсов, на которых студентам было предложено ответить на несколько вопросов: Почему ты выбрал профессию врача? Почему ты выбрал ВолгГМУ? Считаешь ли ты свой выбор правильным?

Наиболее часто в ответ на первый вопрос были предложены следующие причины выбора профессии: антропогенные причины (лидеры мнений: родители, персональные авторитеты, друзья), оценочно-эмоциональные (уважение со стороны семьи, друзей; желание получать благодарность и приносить пользу), материальные (для современной молодежи это один из важных критериев). Однако иногда молодой человек самостоятельно делает выбор, руководствуясь при этом своими увлечениями и желаниями. Справедливости ради отметим, что таких меньшинство.

В ответе на второй вопрос антропогенные и материальные причины были ведущими. Однако в данном случае лидерами мнений в большинстве случаев являлись друзья, не родители и прочие взрослые люди; материальный аспект также являлся важным, т.к. высшее образование во всем мире стоит достаточно дорого, а система денежных поощрений и помощи работает только в отношении вчерашних школьников с высокими аттестационными результатами. Престиж университета в данном случае заключается только в его аккредитованности в родной для будущего студента стране, т.е. выполняет роль первичного фильтра при выборе учебного заведения.

Третий вопрос дал два варианта ответов: положительный и отрицательный. Испытывает разочарование в выбранном университете небольшое количество студентов 2 курса, однако при этом они признают, что большая часть существующих проблем вызвана не недостатками учебного заведения и/или страны обучения, а недостатками в организации собственной учебной жизни, низкий уровень мотивации и самодисциплины. При этом количество недовольных выбранным университетом среди студентов 3 курса представлено единичными ответами. Большая часть студентов 2 и особенно 3 курса

отмечает правильность выбора как профессии, так и вуза. Полагаем, это в большей степени объясняется с завершившимся процессом социальной, культурной и учебной адаптации.

В заключение отметим, что перспективным представляется разработка каждым вузом не только информационных программ рекрутинга, но и системы профориентационных занятий для привлечения абитуриентов. Считаем, что участие в таких мероприятиях поможет сегодняшнему школьнику подойти к выбору профессии и вуза более ответственно, даст ему первые уроки ответственности за собственное будущее.

**Фатеева Ю.Г.**

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

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Коммуникативная компетенция является неотъемлемой частью профессионализма, особенно для тех, чья деятельность связана с необходимостью взаимодействовать с людьми. К каким профессиям относятся педагогические и медицинские. Примечательно, что, если вопросы коммуникативной этики педагога изучались давно, интерес к профессиональному анализу речевой деятельности медицинских работников появился сравнительно недавно, т.к. общество стало более требовательным в отношении качества оказываемых услуг и помощи. При этом исторически доказан факт, что «успешные коммуникации между экспертом в области медицины и человеком, нуждающимся в медицинской помощи, способствуют углублению отношений, повышают доверие к оказываемой помощи» [Федорова, с. 490].

Профессиональная коммуникация медицинского работника, в частности врача, включает следующие этапы:

- установление контакта;
- диагностирование;
- планирование;
- оценка эффективности.

Отметим, что первые 2 этапа взаимодействия врача и пациента имеют сугубо коммуникативный характер (диалогичный по форме), потому должны строиться в соответствии с целевыми тактиками и стратегиями [подробнее см.: Чигринова]. Если этап установления контакта во многом определяется степенью сформированности общего коммуникативного навыка и нормами профессиональной этики, то на этапе диагностирования и последующих необходимым условием успешности взаимодействия врача и пациента являются профессиональные знания и навыки врачебной деятельности, здесь коммуникативных навыков недостаточно для выполнения работы. Однако недостаточная коммуникативная компетентность или полное ее отсутствие также станет причиной профессиональной неудачи.

На этапе планирования и оценки эффективности выбранного лечения ведущей становится стратегия убеждения, при помощи которой имеющиеся профессиональные знания в сочетании с коммуникативной компетентностью становятся действенным инструментом и способствуют восстановлению здоровья пациента.

Таким образом, умение использовать как естественнонаучные, так и гуманитарные знания, оптимально выбирать коммуникативные стратегии и приемы являются обязательными в профессиональной деятельности медицинского работника.

Список литературы:

1. Федорова М.А. Профессиональная коммуникация в области медицины // Язык. Общество. Медицина. Материалы XVIII Республиканской студенческой конференции и XV Республиканского научно-практического семинара. Отв. редактор Е.П. Пустошило. Гродно, 2019. С. 489-492.

2. Чигринова Е.А. К проблеме определения коммуникативных стратегий и тактик как способа достижения цели // Актуальные проблемы межкультурной коммуникации. Материалы международной научной конференции, посвященной 50-летию кафедры русского языка и культуры русской речи. 2018. С. 31-34.

*Фёдорова Е.П., Корчин В.И.*

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

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЮНОШЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА**

Известно, что чрезмерная активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) способствует снижению мышечной активности и уменьшает двигательные возможности организма. Исходя из этих предпосылок, очевидно, что и в спортивной деятельности развитие окислительного стресса имеет место, особенно в экстремальных условиях Севера. Принимая во внимание негативное влияние липидной перекисидации на состояние функциональных систем организма, актуальность настоящего исследования не подлежит сомнению.

Цель: выявить физиологические особенности состояния окислительного метаболизма у юношей при различной физической нагрузке в условиях северного региона.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 104 юношей, постоянно проживающих в экстремальных условиях северного региона (ХМАО-Югра) и имеющих разный уровень физической нагрузки. В I группу (основная) вошли 58 студентов колледжа-интерната олимпийского резерва с направлением подготовки биатлон, лыжные гонки, которые обладали различным уровнем спортивной квалификации. Вторая группа (контроль) была сформирована из 46 студентов медицинского ВУЗа, отличающихся низкой физической активностью. Возраст участников исследования был сопоставим между группами и в среднем составлял  $19,3 \pm 0,49$  лет. Исследования осуществлялись строго на основе этических норм, изложенных в Хельсинской декларации и Директивах Европейского сообщества (8/609ЕС). От всех обследуемых лиц было получено добровольное согласие на участие в исследовании. Для анализа состояния системы ПОЛ / антиоксидантная защита (АОЗ) у всех обследуемых лиц в образцах крови определяли гидроперекиси липидов (ГПл), общую антиоксидантную активность (ОАА) и тиоловый статус (ТС), которые выявляли с помощью соответствующих коммерческих наборов фирм «BCM Diagnostics», «Cayman Chemical», «Immundiagnostik AG» (Германия). Коэффициент окислительного стресса (КОС) рассчитывали по формуле:  $КОС = ГПл / ОАА \times 100$ .

Результаты исследования: установлена зависимость между уровнем липидной перекисидации и характером физической нагрузки у обследуемых юношей обеих групп. Выявлена связь между изменением активности процессов ПОЛ, истощением ресурсов системы АОЗ и физической нагрузкой (в контрольной группе), а также степенью тренированности спортсменов и их квалификацией (основная группа). Так, сравнительный анализ данных убедительно продемонстрировал достоверное превышение концентрации ГПл в 1,3 раза у студентов-медиков относительно такового показателя у спортсменов ( $478,4 \pm 21,2$  против  $359,6 \pm 23,2$  мкмоль/л,  $p < 0,032$ ). Заслуживает особого внимания изменения в системе АОЗ, которые свидетельствовали о значимом снижении уровня как ОАА, так и ТС среди 85% студентов-медиков и 44% спортсменов. В условиях тренировочного периода подготовки спортсменов расходуются резервы системы АОЗ, которые не обеспечиваются их восполнением за счёт усиленного рациона питания, что, по-видимому, связано с дополнительным воздействием природно-климатических факторов на организм, обуславливающих специфический тип метаболизма.

Таким образом, полученные результаты исследования указывают на разработку комплексных мероприятий, способствующих формированию динамического равновесия в системе ПОЛ/АОЗ с использованием природных антиоксидантов и более тщательному подбору микронутриентов в суточном рационе питания.

**Федуличев П.Н.**

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», г. Симферополь

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА**

Остеоартрит (ОА) представляет собой сложное многофакторное заболевание всего сустава, характеризующееся дегенеративной утратой суставного хряща, образованием остеофитов, ремоделированием и склерозом субхондральной кости, воспалением и фиброзом инфрапателлярной жировой ткани сустава, синовиальным воспалением и структурными изменениями капсулы сустава, связок и связанных с ними мышц. Заболевание занимает 15-е место среди основных причин инвалидности, а распространенность ОА среди жителей Российской Федерации в возрасте 18 лет и старше составляет 13% и характеризуется ежегодным ростом.

Целью исследования явился анализ зарубежных и отечественных научных публикаций, посвященных изучению основных факторов риска остеоартрита и оценке их значимости в развитии патологии суставов.

Материалы и методы. При подготовке работы использовались научные публикации, вышедшие в период за 2000-2022 гг., представленные в электронных базах eLIBRARY, PubMed, PubMedCentral, GoogleScholar на английском и русском языках по ключевым словам «остеоартрит», «факторы риска», «отношение шансов», «osteoarthritis», «risk factors», «odds ratio».

Результаты и обсуждение. Обобщая современные представления о развитии остеоартрита, необходимо выделить следующие основные факторы риска ОА: эндогенные (возраст, пол, этническая принадлежность, наследственность, метаболические нарушения), экзогенные (травмы, профессиональная деятельность, занятие спортом) и локальных (различные формы изменения геометрии сустава). Как правило, ни один фактор риска в отдельности не становится определяющим в возникновении или прогрессировании болезненного процесса. Риск заболевания является результатом взаимодействия спектра факторов, при этом к наиболее значимым относятся возраст и травма сустава. Так, отношение шансов (ОШ) возникновения ОА коленного сустава среди лиц старше 38 лет составляет 8,9 (95% доверительный интервал ДИ 4,8-16,5), среди лиц старше 58 лет – 13,9 (95% ДИ 6,9-28,0). Общее объединенное ОШ развития посттравматического ОА после травмы колена составляет 4,20 (95% ДИ 3,11-5,66). В то же время, связь между травмами колена в анамнезе и остеоартритом сустава значительно отличается в зависимости от типа травмы. Для травмы связок или сухожилий, повреждения мениска или менискэктомии, а также перелома бедренной кости, колена или нижней части голени ОШ составляет 5,95 (95% ДИ 4,57-7,75), в то время как для неуточненных травм ОШ = 3,12 (95% ДИ 2,17-4,50).

Выводы. Знание роли факторов риска остеоартрита позволяет проводить эффективные профилактические мероприятия, корректируя те из них, которые относятся к модифицируемым факторам (ожирение, повышенный индекс массы тела и т.д.). Кроме того, открываются перспективы развития персонализированного подхода – составлению прогностических формул для количественного определения степени предрасположенности к заболеванию у каждого конкретного индивидуума задолго до манифестации заболевания с целью заблаговременного активного использования потенциально защитных средств и подходов, замедляющих дегенеративно-дистрофическое поражение суставов. При этом необходимо учитывать, что возникновение и прогрессирование патологии суставов зависит от одновременного сочетанного влияния комплекса вышеуказанных факторов риска заболевания.

**Фейсханова Л.И., Ахмедиева Д.В., Виволанец А.А.**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ИМТ, ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ И УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ**

Актуальность. На данный момент ожирение является одной из главных мировых проблем. Оно влечет за собой возникновение физиологических и психологических патологий. Кроме того, наруше-

ние пищевого режима и снижение двигательной активности в современных реалиях способствуют его еще большему распространению.

Чаще всего мы рассматриваем физическую активность, как средство контроля веса, но сам по себе лишний вес ограничивает человека в его физической нагрузке. Кроме того, наличие коморбидных заболеваний могут приводить к снижению толерантности к ней. В связи с этим, вызывает интерес наличие особенностей взаимосвязи между двигательной активностью и индексом массы тела.

**Цель.** Определить особенности взаимосвязи между индексом массы тела и двигательной активностью.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 60 амбулаторных пациентов, обратившихся к терапевту консультативной поликлиники ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ». В зависимости от значения ИМТ все респонденты были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с нормальным ИМТ и избыточным весом (ИМТ 18,5-30 кг/м<sup>2</sup>), 27 человек (45%); 2-я группа – лица с ожирением (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>), 33 человека (55%).

Всем пациентам были проведены стандартные лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови), инструментальные исследования (электрокардиография и трансторакальная эхокардиография), анкетирование с использованием опросников ОДА 23+ (23 вопроса о повседневной активности пациента) и IPAQ (7 вопросов об активности за последнюю неделю), а также нагрузочный тест 6-ти минутной ходьбы (ШМХ) с оценкой ЧСС и АД до и после нагрузки, а также количества остановок и затраченного времени.

Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft.Inc). Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). Для нормального распределения использовались среднее арифметическое M и стандартное отклонение. Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса или точного критерия Фишера. С целью изучения связи между явлениями проводился расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Критическим уровнем статистической значимости принимался 0,05.

**Результаты и выводы.** По результатам проведенного анкетирования было выявлено, что уровень физической активности и приспособленности к ней был достоверно выше в 1-й группе, что доказывает, что лишний вес негативно сказывается на выносливости и работоспособности.

Также было установлено, что у лиц с ожирением развивается гипертрофия различных отделов левого желудочка как приспособительная реакция к возросшим вместе с весом потребностям организма. Данный факт подтверждается показателями частоты сердечных сокращений (ЧСС) и частоты дыхательных движений (ЧДД) (во 2-й группе: ЧСС 86 [77;92] в мин, ЧДД 18 [17;22] в мин, а в 1-й, соответственно, 80 [76;86] и 17 [17;20] в мин ( $p < 0,05$ )) и данными эхокардиографии: в группе с ожирением были выше следующие показатели: масса миокарда левого желудочка 189 [104,5;287,3] г; тогда как в группе сравнения – 164,5 [132,5;189] г ( $p = 0,03$ ); толщина задней стенки левого желудочка – 1,1 [1;1,2] и 0,8 [0,8;1,1] см, соответственно ( $p = 0,03$ ); толщина межжелудочковой перегородки – 1,1 [1;1,25] и 0,8 [0,8;1,1] см, соответственно ( $p = 0,03$ ).

Развивающаяся гипертрофия приводит к усилению сердечного выброса, ударного объема и ЧСС, а в дальнейшем и к повышению артериального давления, особенно систолического. Доля лиц, страдающих артериальной гипертензией, была выше во 2-й группе и составила 60,6%, а в 1-й – 29,6% ( $p = 0,02$ ), а уровень систолического давления составил во 2-й группе – 135 [120;140] мм рт ст, тогда как в 1-й составляло 130 [125;140] мм рт ст. ( $p < 0,0001$ ).

Кроме того, у лиц с ожирением ткани и органы ощущают дефицит поступления кислорода, что проявляется в достоверных различиях между группами в общем анализе крови: среднее значение содержания гемоглобина было выше среди 1 группы – 135 [123;142] г/л по сравнению со 2 группой, где оно составило 127 [110;139] г/л ( $p = 0,0004$ ). Это также отразилось и на цветовом показателе, который был ниже в группе с ожирением: 0,855 [0,8;0,9] и 0,89 [0,84;0,93], соответственно ( $p = 0,008$ ). Противоположную картину мы наблюдали в отношении количества эритроцитов: оно преобладало во 2-й группе – 4,51 [4,35;4,83]•10<sup>12</sup>/л по сравнению с 1-й – 4,39 [4,1;4,76]•10<sup>12</sup>/л ( $p < 0,0001$ ). Состояние гипоксии выявлялось и в тесте ШМХ: респондентам 2-й группы требовалось больше остановок, и пройденная ими дистанция была достоверно меньше.



Изучение взаимосвязи ИМТ с поражением гепатобилиарной системы показало наличие пациентов со стеатозом печени во 2-й группе – 15,2%, тогда как в 1-й группе таких лиц не было ( $p=0,04$ ). Это нашло подтверждение при анализе биохимических показателей: уровень общего холестерина преобладал в группе лиц с ожирением: 4,7 [4,2;5,67] ммоль/л, а в группе сравнения он составил – 4,32 [4,2;4,87] ммоль/л ( $p=0,006$ ), то же касалось аланинаминотрансферазы (АЛТ): 29 [18;38] и 18 [15;28] ед, соответственно ( $p=0,0007$ ); аспартатаминотрансферазы (АСТ): 30,5 [25;39] и 25 [20;27] ед, соответственно ( $p=0,02$ ); щелочной фосфатазы: 82 [60,5;115] и 64 [35;115] ед, соответственно ( $p=0,04$ ); общего билирубина: 12,1 [7,2;19] и 7,2 [5,8;11,1], соответственно ( $p<0,0001$ ). В основе всех представленных показателей лежит избыточное накопление жира вне и внутри гепатоцитов, что приводит к развитию воспалительной реакции и к холестазу, что, в свою очередь, проявляется изменениями биохимической картины крови.

По данным нашего исследования лица с ожирением чаще страдают сахарным диабетом 2-го типа (33,3%) по сравнению с людьми с ИМТ до 30 кг/м<sup>2</sup> (11,1%) ( $p=0,04$ ). Это объясняется усилением липолиза и высвобождение большого количества свободных жирных кислот у лиц с ожирением, что способствует развитию инсулинорезистентности.

Необходимо упомянуть, что показатели физической активности неодинаково коррелировали с клинико-лабораторными показателями в исследуемых группах. Так, среди респондентов 1-й группы была установлена умеренная обратная связь между дистанцией, пройденной в тесте ШМХ, с уровнем натрия ( $p=0,04$ ,  $r=-0,48$ ). Это свидетельствует о том, что задержка натрия и воды в организме даже в отсутствие ожирения приводит к снижению толерантности к физической нагрузке.

Во 2-й группе была выявлена обратная связь между уровнем физической активности по опроснику «ОДА 23+» с уровнем гамма-глутамилтранспептидазы ( $p=0,03$ ;  $r=-0,59$ ), щелочной фосфатазы ( $p=0,03$ ;  $r=-0,55$ ) и билирубина ( $p=0,049$ ;  $r=-0,35$ ). В этой группе лиц по результатам опросника IPAQ нами установлена умеренная обратная корреляция уровня физической активности с частотой употребления алкоголя ( $p=0,03$ ;  $r=-0,38$ ). Кроме того, стоит отметить, что количество остановок на протяжении 6-ти минутной ходьбы при проведении теста ШМХ имело прямую корреляцию с наличием протеинурии ( $p=0,04$ ;  $r=0,39$ ). Полученные результаты демонстрируют у лиц с ожирением взаимосвязь физической активности с приемом алкоголя, поражением гепатобилиарной системы и почек.

Исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что ожирение сопровождается снижением двигательной активности, повышением риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, нарушениями со стороны биохимических показателей крови. Кроме того, снижение двигательной активности у пациентов с ожирением коррелирует с поражением гепатобилиарной системы и почек. Следовательно, коррекция веса и уровня двигательной активности – это не изолированная система, она влечет за собой изменения со стороны функции внутренних органов, что необходимо учитывать при ведении пациентов с коморбидными состояниями.

---

*Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Кисиленко И.А., Ересько А.Б.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк  
ГУ «Институт физико-органической химии и углехимии им. Л.М. Литвиненко»

## **ВЛИЯНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОГО АНАЛОГА ТИРОНАМИНА НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ БЕЛЫХ КРЫС С ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Одним из перспективных направлений в лечении ишемического и геморрагического инсультов является терапевтическая гипотермия. Тиронамины (ТАМ) – эндогенные молекулы, производные гормонов щитовидной железы, гипотермическое действие которых (как и их синтетических аналогов) было описано в ряде исследований.

Нами было изучено влияние водорастворимого синтетического аналога тиронамина (Т0АМ-Са-вр) на поведенческие реакции белых лабораторных крыс с моделью ишемии головного мозга. Животных разделили на 3 группы по 10 половозрелых особей разного пола в каждой: К (Контроль – необратимая перевязка правой общей сонной артерии (пОСА)); Sham (ложная операция – те же манипу-

ляции, что и с контролем, но без перевязки ПОСА), T0AM – (крысы с перевязкой ПОСА, получавшие внутривентрикулярно препарат (75 мг/кг в 0,5 мл раствора NaCl 0,9%) через 10 мин. после окклюзии и повторно через 24 после первого укола). Группы K и Sham получали вместо препарата 0,5 мл раствора NaCl 0,9%. Ректальную температуру (РТ) измеряли до и через 30 мин. после инъекции. У всех крыс изучали поведенческие реакции в установке «Открытое поле», оценивали неврологический дефицит по шкале NSS и предпочтение выбора ипси- и контрлатеральных поворотов в угловом тесте. Тесты проводили до операции, а также на 1, 3 и 7 сутки после операции. Данные обрабатывали с применением дисперсионного анализа ANOVA.

Препарат T0AM-CA-вр достоверно снижал РТ в экспериментальной группе на 2,075 оС ( $F=6,088$ ) в день операции и на 1,433 оС ( $F=7,527$ ) на 1 сутки после нее. Поведенческие реакции показали увеличение времени пребывания в центральном квадрате для группы «T0AM» на 3 сутки ( $F=3,075$ ), что ассоциировано со снижением уровня тревожности и, вероятно, обусловлено некоторым седативным действием препарата. В группе «K» на 7 сутки наблюдалось повышенное количество стоек во внешнем квадрате ( $F=2,795$ ), что отражает ориентировочное поведение и является показателем высокой тревожности. NSS-тест показал снижение уровня неврологического дефицита в группе «T0AM» по сравнению с «Sham» на 3 сутки ( $F=5,688$ ) и с обеими контрольными группами на 7 сутки ( $F=2,774$ ). Угловой тест показал в группе «T0AM», что на 1 и 3 сутки соотношение поворотов в ипси- и контрлатеральную стороны было максимально приближено к 1 (0,995;  $F=3,194$  и 1,185;  $F=3,609$ ).

Таким образом, синтетический водорастворимый аналог тиронамина может представлять интерес для коррекции неврологического дефицита и когнитивных нарушений при ишемическом инсульте.

---

**Филимонов Д.А., Белоцерковская М.А., Носова И.Н.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКСПРЕССИИ И МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОКУСОВ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ**

Развитие метода секвенирования генома позволило провести ряд крупномасштабных GWAS-исследований, идентифицировавших гены, ассоциированные с развитием различных заболеваний, а накопленные за последние годы данные позволили разработать инновационный метод анализа ассоциации между генотипом, экспрессией генов (eQTL) и различными фенотипами (риск или исход заболевания), основанный на исследовании локусов количественных признаков (QTL, quantitative trait loci). Интеграция данных GWAS с результатами данных QTL-исследований по экспрессии генов позволяет определить ведущие (приоритетные) гены и связанные с ними сигнальные пути, влияющие на риск и исход заболеваний.

Аналитическая технология SMR (метод обобщенной менделевской рандомизации, summary mendelian randomization), разработанная Zhu et al. в 2016 году, основана на определении ассоциаций между генетически обусловленными признаками, такими как экспрессия и метилирование генов, и интересующими фенотипами, такими как риск или исход заболевания. В данном методе локусы количественных признаков представлены генетическими вариантами, связанными с уровнем экспрессии определенного транскрипта (eQTL) или степенью метилирования ДНК (mQTL). Сначала такие локусы выявляют путем измерения экспрессии генов, чаще всего с использованием секвенирования РНК, а затем они сопоставляются с данными генотипирования в GWAS-исследованиях.

Для исключения ложноположительных результатов, связанных с неравновесным сцеплением генов, Zhu et al. разработали HEIDI-анализ. Данный тест позволяет различить эффекты, связанные с влиянием гена на множественные признаки (плейотропия) от эффектов, связанных с неравновесным сцеплением генов. Тест основан на имеющихся наблюдениях о том, что большая неоднородность величины эффекта, рассчитанного для всех статистически значимых локусов экспрессии генов (cis-eQTLs), предполагает большую вероятность того, что нарушение равновесия сцепления, а не причинно-следственная связь, объясняет влияние генов на фенотипические признаки.

Использование этих новых методов при работе с базами генетических данных позволяет создать мощный инструмент для анализа причинно-следственных связей между генотипом и фенотипом, а также предсказывать сигнальные пути, которые позволяют генетическим детерминантам реализовывать свои эффекты.

---

*Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Белоцерковская М.А.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ВЛИЯНИЕ ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЕМЫХ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ, НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Благодаря проведению полногеномных GWAS-исследований был выявлен большой перечень генов, ассоциированных с развитием ишемического инсульта (ИИ). Однако молекулярные механизмы реализации данных ассоциаций остаются неизученными. Нами была проведена обобщенная менделевская рандомизация (SMR) с целью поиска приоритетных генов, контролируемых тиреоидными гормонами (ТГ) и влияющих на функциональный исход ИИ.

Использовали массив однонуклеотидных вариантов (SNV), связанных с экспрессией генов (cis-eQTLs), в качестве предиктора и SNV, связанные с функциональным исходом ИИ, в качестве зависимого показателя. За основу анализа были взяты данные cis-eQTL из консорциума BrainMeta. SNV, связанные с исходом ИИ, были извлечены из базы данных GISCOME (Genetics of Ischaemic Stroke Functional Outcome network), содержащей данные 12 полногеномных исследований. Анализ был проведен в программном пакете (SMR v1.0.3) в командной строке с использованием опций, рекомендованных авторами метода (Zhu et al., 2016). Поправка на множественные тестирования была выполнена с использованием метода Беньямини-Хохберга.

Было установлено, что экспрессия 31 гена в коре головного мозга влияет на функциональный исход ИИ. В ходе следующего этапа из этого перечня были отобраны гены, экспрессируемые в коре головного мозга и контролируемые ТГ. Данные о генах были получены из Атласа генов-мишеней рецепторов ТГ. В числе приоритетных генов, влияющие на исход ИИ, оказались следующие (в скобках указаны величины Beta SMR (оценка влияния каждого единичного увеличения экспрессии гена на логарифмически трансформированный риск увеличения суммы баллов по модифицированной шкале Рэнкина на 1 балл) и P-значение для ассоциации SMR): ANH1 (-0,534; 0,005), ADRA2A (-2,599; 0,009), PYGO1 (4,208; 0,033), CHCHD10 (0,469; 0,034), HDAC9 (-2,253; 0,037), TMEM74 (1,541; 0,046), TMTC1 (-15,136; 0,047), PRNP (-0,740; 0,048), CADPS (-0,418; 0,031), SPON1 (-0,547; 0,010).

Согласно данным SMR-анализа, SNV, связанные с уменьшением экспрессии указанных генов, ассоциированы с увеличением риска неблагоприятного функционального исхода ИИ. Таким образом, ряд генов, экспрессируемых в коре головного мозга под контролем ТГ, обладают церебропротекторным эффектом в условиях острой ишемии, и их гиперэкспрессия ассоциирована с более благоприятным функциональным исходом ИИ.

---

*Филимонов Д.А., Ефименко М.В., Федорова А.А.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ЭКСПРЕССИЯ В СТВОЛОВЫХ КЛЕТКАХ Т3-РЕГУЛИРУЕМЫХ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА НЕЙРОГЕНЕЗ, В УСЛОВИЯХ ГИПО- И НОРМОКСИИ**

Считается, что после ишемического повреждения во взрослом головном мозге происходит спонтанный нейрогенез, однако количество новых нейронов и их выживаемость недостаточны для поддержания нейропластичности. Представляет перспективу поиск подходов, направленных на повышение выживаемости, реинтеграции и дифференцировании новых нейронов и глии, происходящих из плюрипотентных стволовых клеток (ПСК).

Нами была изучена экспрессия генов, контролируемых тиреоидными гормонами (ТГ), в ПСК в условиях гипо- и нормоксии, а также проведен поиск дифференциально экспрессируемых генов, ответственных за нейрогенез. Из базы данных GEO были извлечены данные экспрессии генов в культурах эмбриональных ПСК. Оказалось, что из 40736 генов 4539 генов дифференциально экспрессируются в ПСК на 15-е сутки пребывания в условиях гипоксии по сравнению с наблюдениями в условиях нормоксии. Из перечня дифференциально экспрессируемых генов были выбраны те, экспрессия которых в головном мозге контролируется ТГ согласно «Атласу генов-мишеней рецепторов гормонов щитовидной железы», в количестве 326 генов. Статистически значимой оказалась разница в экспрессии следующих Т3-регулируемых генов в ПСК в условиях гипоксии ( $P=0,029$ ): NT5E, FEZF2, ADRA1B, TMEFF2, NRP1, RCAN1, CYP26B1, NKAIN2, KLF6.

Для определения сигнальных путей, в которых задействованы выявленные гены, использовали анализ обогащения набора генов. Поиск сигнальных путей проводили в базе данных «Киотская энциклопедия генов и геномов» (KEGG). Анализ выявил тесную связь Т3 (трийодтирони)-регулируемых генов в условиях ишемии с процессами роста аксонов, их маршрутизации и выживания. Гены ERNA4 и ERNB1, экспрессия которых стимулируется ТГ, участвуют в сигнализации между расположенными рядом клетками, что критически необходимо для формирования новых синапсов и роста аксонов. Ген ERNA4 регулирует формирование лепто-менингеальных коллатералей и способствует ремиелинизации белого вещества. Активизация ERNB1-сигналирования в свою очередь повышает нейропротекторную субпопуляцию астроцитов. RCAN1 регулирует активность кальциневрин-фосфатазы – сигнальную молекулу, участвующую в модуляции воспалительных каскадов. Экспрессия NRP1, способствующего отталкиванию аксонов и деструкции их конуса роста, подавляется под воздействием Т3. Таким образом, ТГ могут способствовать процессам выживания нейронов и маршрутизации аксонов благодаря подавлению NRP-1 сигналирования.

*Филимонов Д.А., Луцкий И.С., Трубникова Н.Н.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ: ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОРРЕЛЯЦИЙ**

Среди всех случаев инсульта на долю геморрагического приходится 10%-15%. Гипотиреоз повышает риск развития ГИ, поскольку в зависимости от степени дефицита щитовидной железы он может быть связан либо с повышенным риском кровотечений из-за гипокоагуляции, либо с повышенным риском тромбообразования. Известны лишь единичные исследования влияния тиреоидного статуса на риск развития и исход ГИ.

Нами была проведена менделеевская рандомизация с использованием в качестве предикторов уровней трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), фенотипов «гипотиреоз» и «гипертиреоз». Мета-анализ включал исследование 8 млн. генетических вариаций у 72168 индивидуумов. Инструментальные переменные были извлечены из базы данных консорциума ThyroidOMICS (93 однонуклеотидные вариации, SMV) и из системы UKBiobank. Фенотипы, ассоциированные с ГИ, были представлены субарахноидальным внутримозговым кровоизлиянием (САК), внутричерепными аневризмами и церебральными микрогеморрагиями. Инструментальные переменные были извлечены из исследований Knol et al. (2020) (анализ генетических предикторов церебральных микрогеморрагий у 25862 индивидуумов из 11 когорт), Bakker et al. (10754 пациента с аневризмами и 306882 индивидуума группы контроля), Woo et al. (исследуемая когорта из 1,681 пациентов и контрольная когорта из 2,261 индивидуумов).

В ходе проведенного анализа не было обнаружено причинно-следственной связи между гипотиреозом (определяемом как повышение ТТГ), гипертиреозом (определяемом как снижение ТТГ), уровнем ТТГ и какими-либо фенотипами, относящимися к геморрагическим видам нарушения мозгового кровообращения. Тем не менее, выявлены генетические ассоциации между повышением уровней Т3 и Т4, и снижением риска обнаружения церебральных микрогеморрагий, интракраниальных аневризм и развития САК.

Таким образом, тиреоидные гормоны являются факторами, снижающими риск развития нарушений мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение тиреоидного статуса и исхода геморрагических церебральных событий, а также на возможность применения аналогов тиреоидных гормонов в комплексной профилактике церебральных микрогеморрагий.

---

**Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ПРИОРИТЕТНЫЕ ГЕНЫ, КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ И ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Многие исследования указывают на влияние уровня тиреоидных гормонов на функциональный исход ишемического инсульта (ИИ), однако механизмы реализации этого влияния всё еще неясны. Используя метод обобщенной менделевской рандомизации (SMR), мы выявили 10 приоритетных генов, экспрессируемых в коре головного мозга, контролируемых тиреоидными гормонами, и оказывающих влияние на исход ИИ. (в скобках указаны величины Beta SMR (оценка влияния каждого единичного увеличения экспрессии гена на логарифмически трансформированный риск увеличения суммы баллов по модифицированной шкале Рэнкина на 1 балл) и P-значение для ассоциации SMR).

Ген ANH1 (-0,534; 0,005) является критически важным для нормального развития мозжечка и коры большой полушарий у человека. Кодировать белки, имеющие отношение к биосинтезу и осуществлению межклеточного транспорта белков и сигнальных молекул. Участвует в дифференцировке нейронов. Ген ADRA2A (-2,599; 0,009) кодирует один из серпантинных трансмембранных рецепторов. Вовлечен в процессы регуляции высвобождения молекул нейротрансмиттеров из симпатических нервов и из адренергических нейронов в ЦНС. Ген PYGO1 (4,208; 0,033) кодирует белок, обеспечивающий активность связывания метилированных гистонов в ядре. Ген SNCHD10 (0,469; 0,034) играет роль в поддержании функционирования пероксисом и морфологии крист митохондрий. Возможно, принимает участие непосредственно в окислительном фосфорилировании, регулируя энергетический обмен в клетках. Ген HDAC9 (-2,253; 0,037) отвечает за деацетилирование гистонов, т.е. изменяет структуру хромосом и влияет на доступ факторов транскрипции к ДНК, воздействуя таким образом на процессы регуляции транскрипции, развитие клеток и события клеточного цикла. Ген TMEM74 (1,541; 0,046) участвует в макроаутофагии и является одним из компонентов внутриклеточного сигнального пути PI3K/AKT/mTOR – одного из универсальных сигнальных путей, характерных для большинства клеток человека. Ген TMTC1 (-15,136; 0,047) участвует в O-маннозилации белка. Ген PRNP (-0,740; 0,048) кодирует прион-протеин; предполагается участие в развитии нейронов и обеспечении синаптической пластичности, поддержания функционирования миелиновой оболочки нейронов. Ген CADPS (-0,418; 0,031) участвует в экзоцитозе везикул, содержащих нейромедиаторы и нейропептиды. Ген SPON1 (-0,547; 0,010) предположительно кодирует белок, являющийся структурным компонентом внеклеточного матрикса и участвующий в клеточной адгезии.

Понимание роли этих генов в процессах восстановления нейронов сможет открыть новые возможности для терапевтического воздействия с целью улучшения функциональных исходов инсульта.

---

**Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Федорова А.А.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ПРОФИЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МОЛЕКУЛ РНК, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТИРЕОИДНЫМ СТАТУСОМ, У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

Согласно литературным данным, микро-РНК и матричные РНК могут играть клинически значимую роль в развитии ишемического инсульта (ИИ). Благодаря развитию технологии микрочипов

мРНК удалось накопить значительный массив данных об экспрессии нескольких десятков тысяч генов при различных заболеваниях, включая цереброваскулярные.

Нами был проведён анализ молекулярной дизрегуляции и активности сигнальных путей на основании данных транскриптома пациентов с острым ИИ. Данные были получены из базы GEO (профили экспрессии мРНК периферической цельной крови (ПК) 39 пациентов с острым ИИ и 24 здоровых лиц). Пакет LIMMA был использован для анализа данных микрочипов с целью идентификации генов, дифференциально экспрессируемых при ИИ. Поиск преаннотированных генов и сигнальных путей осуществлялся в базе данных Gene Ontology Consortium.

Было установлено, что из 24424 генов, представленных в базе данных GSE16561, экспрессия 773 генов статистически значимо отличается по сравнению с контрольными лицами без ИИ. Интеграция полученных данных с перечнем экспрессируемых в ПК генов, контролируемых тиреоидными гормонами (ТГ), позволила выделить из этих 773 генов 73 гена, контролируемых ТГ. Для них был выполнен анализ геной онтологии с поиском соответствующего молекулярного процесса, который показал статистически значимые различия в экспрессии следующих генов у здоровых лиц и пациентов с ИИ: PICALM ( $P=1,80e-09$ ), STK3 ( $P=3,70e-09$ ), TNFSF13B ( $P=3.01e-08$ ), PDK3 ( $P=6.03e-08$ ), TNFSF10 ( $P=7.71e-08$ ), ATP6V1A ( $P=2.54e-07$ ), NLRC4 ( $P=7.67e-07$ ), SLC22A4 ( $P=9.64e-07$ ), LRRK2 ( $P=3.95e-06$ ).

Для идентификации ведущих сигнальных путей, ассоциированных с выявленными генами, был использован анализ обогащения набора генов по функциональной принадлежности с применением активных подсетей. Он показал, что ТГ обеспечивают выживаемость нейронов благодаря позитивной регуляции генов CNP1 и LRRK2. Ген CNP1 кодирует фосфопротеин, необходимый для митогенной регуляции белков семейства  $Na^+/H^+$ -антипортеров, и обеспечивает ряд важных биологических функций (поддержание объёма и pH клеток). Ген LRRK2 кодирует белок, присутствующий в цитоплазме и внешней мембране митохондрий. Мутации LRRK2 ассоциированы с гибелью нейронов коры головного мозга в экспериментальных исследованиях на мышах. Регуляция экспрессии данных генов может стать важной мишенью для новых терапевтических средств при остром ИИ.

---

*Филонов В.А., Касимов Д.А., Богданова А.С., Фирсова Н.В.*

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

## **УРОВЕНЬ ФЕНИЛАЛАНИНА КАК ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ**

Фенилкетонурия (ФКУ) – это наиболее частое наследственное заболевание аминокислотного обмена веществ. Эндогенная интоксикация (ЭИ) сопровождается самыми разными видами заболеваний, так и выступает в качестве самостоятельного синдрома, усугубляя течение сопутствующих заболеваний. Мы оценили ротовую жидкость (РЖ), уровень молекул средней массы (МСМ) в слюне и сыворотке крови, селена в крови и йода в моче у 33 больных с ФКУ, возраст детей от 6 до 14 лет. Проводили поиск доступного метода определения степени тяжести воздействия ФА на организм детей. Для этого использовали метод клиновидной дегидратации, предложенный В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной). Все фации РЖ больных с ФКУ были отнесены к третьему типу (патологическому); по форме кристаллы были представлены 2 – мя вариантами – «пирамиды» собраны в глыбчатые образования, крупные, вершиной, обращенной к центру фации и располагаются по периферии центральной зоны. Другой вариант – кристаллы мелкие пигментированные без дифференциации – типа «мха». Ограниченность форм кристаллов вероятно обусловлено однотипностью повреждающего фактора – гиперфениланина. Аморфная зона узкая, чистая. С целью подтверждения индикатором эндогенной интоксикации в РЖ и в плазме нами выбраны МСМ, которые определялись на спектрофотометре UV – 2540. Установлена прямая корреляционная связь средней степени ( $r=0,42$ ) между степенью тяжести ФКУ, уровнем МСМ в крови и ротовой жидкостью. В сыворотке больных ФКУ в зависимости от степени тяжести заболевания: при легкой степени тяжести ФКУ (уровень ФА от 0 до 6 мг/дл) дефицит йода в моче легкой степени (средняя концентрация составила  $85,09 \pm 3,59$  мкг/л) из 11 детей выявлен у 9 детей. У

двух детей содержание йода в моче находилось в пределах нормы. В этой же группе детей показатель МСМ в крови составил  $0,202 \pm 0,002$ , в слюне был выше и составил  $0,204 \pm 0,003$  (при норме  $0,193 - 0,213$ ). Уровень селена соответствовал дефициту средней степени тяжести ( $66,55 \pm 0,83$  мкг/л). При средней степени тяжести ФКУ (уровень ФА от 6 до 10 мг/дл) дефицит йода в моче легкой степени установлен у 12 детей ( $51,67 \pm 1,72$  мкг/л). При этом показатель МСМ в слюне составил  $0,242 \pm 0,006$ , в крови  $0,235 \pm 0,004$  свидетельствующий о средней степени тяжести катаболического влияния ФА. Содержание селена в крови соответствовало дефициту средней степени тяжести ( $62,67 \pm 1,35$  мкг/л). У 10 детей с тяжелой степенью ФКУ (уровень ФА свыше 10 мг/дл) дефицит йода в моче выявлен на уровне дефицита средней степени тяжести. Пул МСМ в крови в этой группе детей был намного выше, чем в других группах и составил  $0,334 \pm 0,031$ , показатель, отнесенный к проявлениям тяжелой эндогенной интоксикации. Дефицит селена соответствовал тяжелому ( $46,80 \pm 2,10$  мкг/л). Установлена прямая корреляционная связь между уровнем ФА и МСМ, что касается разницы между группами в зависимости от ФА, то содержание йода в моче достоверно снижалось при увеличении уровня ФА ( $p < 0,001$ ). Уровень селена в крови также снижался при повышении ФА ( $p < 0,01$ ), что было особенно выражено при сравнении средней и тяжелой степени ( $p < 0,001$ ). Также зависели от ФА показатели МСМ, как в крови ( $p < 0,001$ ), так и в слюне ( $p < 0,01$ ). Кроме того, при оценке характера и степени тесноты связи была выявлена прямая сильная связь между содержанием МСМ в крови и в слюне у пациентов с легкой степенью ФА ( $r_{xy} = 0,72$ ) и сильная ( $r_{xy} = -0,77$ ) – у пациентов с тяжелой степенью. Таким образом, ФА является маркером эндогенной интоксикации: с повышением уровня ФА фаза РЖ имеет третий тип, нарастает показатель МСМ, снижается уровень антиоксидантов: селена и йода в организме.

---

**Филянина А.В., Хлынова О.В.**

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера» МЗ РФ,  
г. Пермь

## **НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ-CAR T-ТЕРАПИЯ**

CAR T-терапия-передовой метод лечения лимфом, множественной миеломы при невосприимчивости к стандартной терапии и/или большом количестве рецидивов. При её применении у 73% и более пациентов достигается частичный ответ на терапию, общая выживаемость в течение года составляет от 49 до 93%.

История CAR T-терапии. Концепция создания химерного антигенного рецептора принадлежит G. Gross и его коллегам, которые в 1989 г. обнаружили возможность перенаправлять T-клеточный ответ с помощью сконструированного искусственного рецептора. А в 2017 году впервые были официально зарегистрированы препараты «Кимрайа» и «Эскарта». В нашей стране технология является новой, в лабораториях с ней работают с 2014 года. А в клинической практике её впервые успешно применили совсем недавно, в 2021 году. Терапия применяется у единичных пациентов и очень дорого стоит-около 300-500 тысяч долларов.

Суть CAR T-терапии заключается в том, что из крови пациента выделяют T-лимфоциты, которые затем генетически модифицируют, вставляя CAR-ген, кодирующий химерный антигенный рецептор, далее CAR T-лимфоциты размножают на специальной питательной среде, затем их возвращают в организм пациента, где они атакуют и уничтожают опухолевые клетки.

В августе этого года получил маркетинговое разрешение препарат от множественной миеломы теквайли. Он применяется у взрослых пациентов, прошедших не менее 3-х линий безуспешной терапии, включавшей иммуномодулятор, протеасомный ингибитор и антитело против CD 38. Теквайли представляет собой гуманизированное биспецифическое моноклональное антитело («привлекающий T-клетки биспецифический активатор», BiTE) против B-клеточного антигена созревания (BCMA) и мембранного белка CD3.

Эффективность и безопасность препарата были проверены в клиническом испытании MajesTEC-1 в две фазы с участием 165 пациентов. Испытуемым инъекционно подкожно назначали теклистамаб по 1,5 мг/кг один раз в неделю. По прошествии медианных 14, 1 месяца (0,3-24,4) частота общего ответа составила 63%, включая 39% полных ответов или лучше и 59% очень хороших частичных ответов или лучше. Отрицательный статус минимально остаточной болезни зафиксирован среди 27% пациентов, при этом среди пациентов с полным ответом или лучше без минимально остаточной болезни оказались 46%. Медиана длительности ответа достигла 18, 4 месяца. Медиана выживаемости без прогрессирования вышла к 11,3 месяца. Медиана общей выживаемости достигла 18,3 месяца. К сожалению, все пациенты столкнулись с побочными эффектами, при этом у 95% выраженность побочных реакций имела тяжелую или жизнеугрожающую степень тяжести. Поэтому 63% пациентов пропускали очередные дозы теклистамаба и многим из них потребовалось дополнительное назначение лекарственных препаратов. У 72% пациентов отмечался синдром выброса цитокинов в самом начале лечения, который был успешно купирован. В ходе исследования 41% пациентов умер, при этом 5 случаев летальных исходов были связаны с препаратом.

Выводы. CAR T-терапия-перспективное направление лечения онкогематологических заболеваний, которое дарит надежду на выздоровление в самых тяжелых случаях. Но необходимо стремиться к уменьшению количества побочных эффектов и улучшению финансирования разработок.

**Фисталь Э.Я., Макиенко В.В.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ КРИТИЧЕСКИХ И СВЕРХКРИТИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА**

Целью исследования было оценить клиническую эффективность разработанной ранее активной хирургической тактики лечения критических и сверхкритических ожогов. Проведен анализ лечения 176 пострадавших от обширных и глубоких ожогов на площади свыше 60% поверхности тела, находившихся на лечении в Донецком ожоговом центре ИНВХ им. В.К. Гусака с 2007г. по 2020 г. включительно. Пострадавших с ожогами на площади от 60 до 80% поверхности тела относили к категории критических поражений, а площадью поражения 80% п.т. – к сверхкритическим ожогам.

Основным этиологическим фактором критических ожогов было пламя – у 163 (92,6%), у 4-х электроожоги (2,28%) в сочетании с ожогами пламенем горящей одежды, у 9 детей (5,12%) – ожоги горячей жидкостью. Обращает на себя внимание травма, полученная во время взрыва угольно – метановой смеси в шахтах, где кроме пламени действует взрывная волна и другие факторы повреждения.

Больные разделены на две группы: первая – 95 человек, которые лечились в 2007 – 2011 годах, когда разрабатывалась тактика лечения тяжелой ожоговой травмы, вторая группа – 81 пациента лечились в 2012 – 2020 г.г. В первой группе выжило 64 пациента, летальность составила 32,6%; во второй группе соответственно – выжило 39 человека, летальность -51,8%, что с одной стороны связано с меньшим поступлением пациентов, утяжелением степени и площади поражения, сочетание термического поражения с минно-взрывной травмой, более поздним поступлением пациентов в специализированное отделение, ухудшением материального обеспечения лечебного учреждения. Оперативные вмешательства в первые 24 – 48 часа проведены 80 пациентам первой группы (84,42%), из них выжило (90,6%) и 22 у погибших (70,96%) в последующем больных. Во второй группе соответственно 63 (77,77%), из них выжили 35 (55,6%) и 28 (44,40%) погибших в последующем пациентов. Ожоговый сепсис в первой группе был у 88 (92,63%) пациента, во второй группе – 75 (92,59%) соответственно. У 42 пациентов (44,21%) первой группы на 3-7 сутки развились различные психические расстройства, которые требовали консультации невропатолога и/или психиатра, использования мягкой фиксации пациента и специфических лекарственных средств. Во второй группе психические расстройства встретились у 21 пациента (25,9%), что связано с разработкой схемы профилактики и лечения острых психических расстройств у тяжелообожженных, наличие психотерапевта в штате отделения.



**Выводы:**

Пострадавшие с критическими и сверхкритическими ожогами должны быть доставлены в специализированные ожоговые центры не позже вторых суток после травмы. Лечение таких больных требует индивидуализации программы с учётом тяжести состояния, сочетанных и комбинированных повреждений, возраста и сопутствующих заболеваний. Выздоровление таких больных возможно только при условии полного медикаментозного и инструментального обеспечения и индивидуального ухода, а также – раннего хирургического лечения ( дермабразия и ксенотрансплантация поверхностных ран и некрофасциотомия глубоких повреждений в первые 48 часов после травмы).

На основании собственного опыта мы считаем, что пациенты с критическими и сверхкритическими ожогами должны быть немедленно транспортированы в специализированное отделение не позже вторых суток в момента травмы и в срочном порядке проведено адекватное хирургическое лечение с полноценной инфузионно-трансфузионной терапией. Лечение данной категории пострадавших должно быть строго индивидуальным с учетом тяжести травмы, предшествующего общего состояния больного, возраста и сопутствующих заболеваний. В лечении обязательно участие психотерапевта или психиатра, терапевта и других специалистов по показаниям. Для успешного лечения пострадавших от критических и сверхкритических ожогов необходим высококвалифицированный медперсонал, имеющий опыт лечения больных с данной патологией, владеющий современными методами диагностики, хирургического и медикаментозного лечения.

**Фролов Д.С., Космачев М.В.**

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» имени профессора О.В. Владимирцева, г. Хабаровск

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Цель исследования: оценка результатов лечения пациентов с метастатическим поражением головного мозга в КГБУЗ «Краевая клиническая больница им. профессора О.В. Владимирцева».

Материалы и методы: в основу работы включены результаты лечения 186 больных с метастазами злокачественных опухолей в головной мозг пролеченных с 2017 по 2021 год включительно. Возраст 30 – 87 года (медиана 59 лет). Мужчин – 92, женщин – 94. По шкале Карновского 90-80% 113(60,7%), 70 баллов 59(31,7%), 60 баллов и ниже 14(7,%). Хирургическое лечение проведено 176(94,6%) пациентам. У 39(20,1%) имело место олиго и множественное метастатическое поражение головного мозга. После удаления первичного очага 95(51%), без его удаления – 91(49%). Не оперированы по разным причинам таким, как тяжесть сопутствующей патологии, иноперабельное множественное поражение головного мозга – 10(5,3%). Из 176 пациентов 173(98,2%) выполнено удаление опухоли, из них 40(22,7%) в случае олиго и множественного метастазирования. Одномоментное удаление двух и более метастатических очагов проведено у 15(8,5%), у 7(4%) в разных анатомических областях, у 8(4,5%) в смежных. В двух случаях (1,1%) вентрикулоперитонеальное шунтирование при множественном метастазировании и окклюзионной гидроцефалии, стереотаксическая биопсия опухоли в одном случае (0,55%). При удалении новообразований использовались микрохирургическая техника, нейронавигация, интраоперационная нейросонография, нейрофизиологический мониторинг. Целью во всех случаях было тотальное удаление новообразования единым блоком с зоной перифокального отека, без нарастания неврологической симптоматики. Ранний послеоперационный период классифицировался по схеме, предложенной Черновым М.Ф. (1995).

Результаты: Неосложненный послеоперационный период (по Чернову М.Ф.) – 147(83,5%), тяжелый послеоперационный период – 11(6,2%), осложненный послеоперационный период – 7(4%), неблагоприятный послеоперационный период – 11(6,25%) Общая летальность составила 5,9% (11 человек), послеоперационная – 6,25%(11). Основными причинами летальных исходов являлись: тяжелое декомпенсированное состояние больных, отек и дислокация головного мозга после удаления больших метастатических очагов.

Выводы: Применение современных технологий нейрохирургического лечения и удаление всех клинически значимых очагов позволяют улучшить и стабилизировать состояние пациентов в послеоперационном периоде и создают благоприятный прогноз для дальнейшего лечения.

---

**Фролов С.С.**

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

## **КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БЕСПЛОДИЮ ВЛИЯЕТ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС**

Бесплодные браки составляют 7-22% во всем мире. Бесплодие подтачивает корни базового элемента самооценки – осознание собственной репродуктивной способности (Pines, 2007). Так как бесплодие является незапланированным и непредвиденным стрессором, супружеские пары обычно не имеют знаний и умений как с ним справляться. Вследствие этого супружеские пары прибегают к разнообразным стратегиям преодоления психофизиологического стресса в попытке восстановить контроль над их собственной жизнью, восстановить баланс в их личных, супружеских и социальных взаимоотношениях.

Цель исследования – улучшить диагностический процесс путем оценки влияния психофизиологической адаптации супругов на выполнение базового диагностического алгоритма (БДА).

Материал и методы. С целью диагностики психофизиологической адаптации мы использовали опросник, разработанный в Копенгагенском университете (COMPI) (Schmidt, 2006). Опросник международный, валидизирован и содержит 19 вопросов по 4 блокам, отражающим способы адаптации к бесплодию. В проспективном исследовании приняли участие 286 лиц, состоящих в бесплодном браке. БДА назначали во время первого визита и через 3 и 6 месяцев регистрировали выполнение назначенных обследований. Всего проанализировано 862 менструальных цикла. Средняя длительность цикла составила  $27,84 \pm 2,37$  дня. Заполнялась карта самонаблюдений по 5 параметрам мониторинга. Гистеросальпингографию проводили с 7 по 11 день цикла, учитывались заключения о проходимости маточных труб. Всем остальным лицам была произведена лапароскопия по обычной методике под общей анестезией.

Результаты. Стратегии психофизиологической адаптации распределились следующим образом:

стратегия активного уклонения (САУ) – у 15%, стратегия активного сопротивления (САС) у 28%, стратегия пассивного уклонения (СПУ) – 25%, стратегия, основанная на других ценностях (СДЦ) – у 32%. Лучше всего выполнили оценку овуляции больные со стратегиями активного сопротивления и пассивного уклонения (73,7 и 84,5% соответственно), анализ эякулята на фертильность был оценен у 60 и 45% мужчин в соответствующих группах. Наихудшие результаты были у лиц со стратегией активного уклонения – оценку овуляции провели 34,8%, анализ эякулята – 23,2%, исследование на антиспермальные антитела – 16,2%, гистеросальпингографию выполнили 16,2%, лапароскопию с гистероскопией – 9,3%. Было отмечено, что лица со стратегией психофизиологической адаптации в виде активного уклонения избегают контакта с детьми, беременными женщинами и даже слово «бесплодие» стараются не произносить; с трудом переключаются с одного вида обследования на другой и по собственному усмотрению не проходят определенных этапов диагностики, заявляя, что «этого у меня быть не может». Все это накладывает отпечаток на качество и полноту диагностики, что в значительной степени затрудняет лечение.

Вывод. Стратегии психофизиологической адаптации супругов влияют на выполнение базового диагностического алгоритма обследования при бесплодии, что требует индивидуального подхода в его оптимизации.

*Хабарова А.В., Якимович С.Е.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА**

Введение. По данным многих исследователей, у пациентов с хроническими заболеваниями печени выявлены значительные изменения микроэкологии толстой кишки. Анализ результатов исследований различных звеньев патогенеза двух отдельных патологий – хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) и дисбиоза кишечника, проведенных отечественными и зарубежными учеными, указывает на существенную роль нарушения оксидантно – антиоксидантного гомеостаза (ОАГ) с активацией оксидативного стресса (ОС) на фоне дефицита природных антиоксидантов и агентов детоксикации.

Целью работы было изучение активности процессов липопероксидации и состояния системы АОЗ у больных ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника, в динамике лечения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 46 больных ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника. Все обследованные получали классическую схему терапии ХВГВ, аналоги нуклеотидов/нуклеозидов (энтекавир 0,5 мг/сут), препараты эссенциальных фосфолипидов, гепатопротекторы растительного происхождения, детоксикационного действия (L-орнитина-L-аспаргат), препараты урсодезоксихолиевой кислоты, а также антиоксиданты (аскорбиновая кислота, токоферол). Для реализации цели исследования определяли содержание продуктов оксидантно-антиоксидантного гомеостаза: промежуточных – диеновых конъюгат (ДК) и конечного – малонового диальдегида (МДА), а также активность ферментов системы АОЗ – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) спектрофотометрично. Изучали также интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ).

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении специального биохимического исследования до начала лечения у обследованных больных с ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника, было установлено четко выраженное повышение активности процессов липопероксидации, и в то же время угнетение активности ферментов системы антиоксидантного гомеостаза. Действительно, концентрация конечного продукта ПОЛ – МДА в этот период обследования превышала нормальные значения в 2,4 раза. Концентрация ДК была также достоверно повышена у подавляющего большинства обследованных больных в 2,7 раза. Повышение активности фермента КТ было в среднем ниже нормы в 1,5 раза. Активность СОД у большинства обследованных до начала лечения была достоверно снижена – в среднем в 1,38 раза. После завершения общепринятого лечения у пациентов с ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника, отмечено определенное снижение концентрации метаболитов ПОЛ, но при этом содержание как МДА, так и ДК в крови оставались вероятно выше нормы, также отмечена некоторая положительная динамика активности ферментов системы АОЗ – КТ и СОД, однако при этом средние показатели их активности были достоверно ниже нормы.

Выводы. Следовательно, проведение общепринятой терапии у больных ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника, имеет определенное положительное влияние на изученные клинические и биохимические показатели, в частности на состояние оксидантно-антиоксидантного гомеостаза в целом, но не обеспечивает полной нормализации изученных показателей более чем у 80% пациентов. Поэтому можно считать перспективным изучение эффективности применения в комплексе терапевтических мероприятий у больных ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишечника дополнительных лекарственных средств, которые обладают антиоксидантными свойствами, а также, вероятно, пробиотических препаратов, что в патогенетическом плане может способствовать восстановлению метаболического гомеостаза, и прежде всего, соотношения ПОЛ-АОЗ, а в клиническом отношении – достижению стойкой ремиссии ХВГВ.

*Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

## **СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ. ПРОСТОЙ-СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ**

В настоящее время сохраняется интерес к изучению гиперурикемии (ГУ) и подагры, что связано с медико-социальным значением и с увеличением числа больных за последние десятилетия. Распространенность ГУ среди взрослого населения составляет в среднем 20%, подагры 1-6%.

В основе ГУ лежит гиперпродукция либо снижение почечного выделения мочевой кислоты (МК), обусловленное генетическими или внешнесредовыми факторами. Выявление вида нарушения оказывает как прогностическое влияние, так и может определять последующую тактику терапии пациентов.

Подагра – системное тофусное заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, характеризующегося ГУ и отложением кристаллов моноурата натрия в органах и тканях.

До сих пор является актуальным и дискутируемым вопрос ведения данных пациентов.

На основании ряда исследований доказана связь высокой концентрации МК в сыворотке крови с гиперлипидемией, триглицеридемией, метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД) 2 типа. Важно отметить, что ГУ может случиться предиктором различных сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда, и др. и в целом увеличения смертности. В связи с этим важно понимать какой категории пациентов с бессимптомной ГУ необходимо назначать терапию.

В отношении пациентов с подагрой, на данный момент основной патогенетической терапией является уратснижающая терапия (УСТ).

Современная стратегия лечения подагры основана на рекомендациях Ассоциации ревматологов России (АРР, 2019), Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2016-2018) и на рекомендациях Американской коллегии ревматологов (ACR, 2020).

В рекомендациях ACR 2020 представлены стратегии коррекции острого приступа подагрического артрита и УСТ. Целью УСТ является снижение уровня МК в крови менее 360 мкмоль/д, что позволяет снизить частоту приступов подагры и уменьшить очаги накопления МК, в том числе в виде тофусов.

Однако далеко не все пациенты добиваются снижения уровня МК в сыворотке крови до целевых значений. Это может быть связано с несвоевременным началом УСТ, не соответствующим выбором доз, неверного подбора препаратов, не знание показаний и противопоказаний. УСТ должна быть назначена всем пациентам с подагрой при наличии тофусов и/или более двух приступов артрита в течение года.

В отношении же коррекции бессимптомной ГУ в рекомендациях ACR 2020 звучит, что такого рода пациенты не нуждаются в УСТ. Тем не менее если мы обратимся к рекомендациям Европейского общества кардиологов (2018 год) и Российского кардиологического общества (2020 год), согласно данным рекомендациям был принят консенсус, по которому необходимо проведение УСТ лицам пациентам с бессимптомной ГУ и высоким сердечно-сосудистым риском. Помимо этого для коррекции ГУ необходимы модификация факторов риска и образа жизни, диетические рекомендации, лечение сопутствующих заболеваний.

Таким образом вопрос ведения пациентов с бессимптомной ГУ и подагрой остается открытым и требует индивидуального подхода.

---

*Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Потапов В.В., Греджев Ф. А., Межяков С.В.*

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

## **МОДИФИЦИРОВАННЫЕ УСТРОЙСТВА В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Введение. В последние годы проблема панкреонекроза в urgentной хирургии занимает передовые позиции. Больные острым панкреатитом оставляют 10 – 15% от общего числа пациентов хирургического профиля.

Инфицированный панкреонекроз (ИП) возникает у 30-60% пациентов с тяжёлым острым панкреатитом, летальность составляет 10 – 35%.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, инфицированным панкреонекрозом путём применения разработанного нами «комбинированного троакара» и модифицированного дренажного устройства.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 122 больных с ИП, которым были проведены разные виды операций, в зависимости от распространенности процесса. Мужчин было 87 (72,5%), женщин – 35 (27,9%) в возрасте от 27 до 76 лет. У пациентов применены стандартные методы исследования. Пациенты были разделены на две группы. 1-ю (основную) группу составили 51 (41,5%) пациент, у которых применяли традиционную диагностическую и лечебную тактику в сочетании с разработанным «Комбинированным троакаром» (патент РФ №2754737 от 18.11.2020) и модифицированным дренажным устройством (патент РФ № 205045 от 24.06.2021) для малоинвазивных оперативных вмешательств. У 71 (58,5%) больных 2-й (контрольной) группы проводили стандартную диагностическую и лечебную практику.

Результаты. Всего у 122 больных было выполнено 192 операции: 123 – малоинвазивных оперативных вмешательства и 69 – традиционных оперативных вмешательств «открытым» способом.

Количество послеоперационных осложнений в 1-й группе пациентов составило 13 (9,7%), во 2-й группе – 14 (18,3%), летальность в 1 гр. 5 (10,2%) и во 2й гр. 19 (26,1%) соответственно. Наиболее частой причиной летальных исходов был сепсис.

Выводы. Применение двух разработанных нами устройств приводит к значительному снижению осложнений и летальности. Необходимо сочетать малоинвазивные и «открытые» операции при инфицированном панкреонекрозе.

---

*Хачатурова К.М., Гонтарь Е.А Колосова О.В., Мороз А.Б.*

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

## **ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

В настоящее время широко изучается поражения различных органов при короновирусной инфекции и постковидном синдроме, однако проявлению последствий этого заболевания в полости рта не уделяется достаточно внимания. Известно, что клетки слизистой оболочки полости рта и слюнных желез являются мишенями для прямой репликации короновируса тяжелого острого респираторного синдрома и что присутствие вируса в слюне является источником передачи инфекции.

Целью нашего исследования было изучить наличие проявлений короновирусной инфекции в полости рта у перенесших данное заболевание пациентов.

Было обследовано 32 пациента г. Донецка, Макеевки, Харцызска, перенесших короновирусную инфекцию, которые проходили лечение в стационарах ковидных госпиталей г. Донецка.

Результаты исследования показали, у 14 пациентов, что составляет 43,7% перенесших короновирусную инфекцию в условиях стационара отмечается слабость жевательных мышц и боль в области лица.

У 9 пациентов, что составляет 28,1% отмечались жалобы на ощущение сухости в полости рта. При объективном исследовании обнаружена гипертрофия протоков поднижнечелюстных, подъязычных и околоушных слюнных желез. Пальпация протоков безболезненна, без гнойного отделяемого. Возможно гипертрофия слюнных желез отражала гипервоспалительную реакцию на острый респираторный синдром короновирусной инфекции, о чем свидетельствует значительная взаимосвязь с уровнями С-реактивного белка при поступлении в больницу и с длительным применением антибиотиков и гормональной терапии во время острой фазы заболевания. В целом это изучение пациентов, перенесших короновирусную инфекцию показало, что остаточное повреждение полости рта сохраняется у большого количества людей за пределами клинического выздоровления, и предполагает, что полость рта является мишенью для поражения короновирусной инфекцией. Так же, возможно

что такие проявления в полости рта связаны с медикаментозной терапией применяемой для лечения короновирусной инфекции. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы прояснить связь между короновирусной инфекцией и заболеваниями полости рта.

*Хвесик А.А., Демина Т.Н., Шаповалов А.Г.*

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

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

В последнее десятилетие, благодаря прогрессу в области молекулярной медицины, биологии, а так же медицинской генетики появляется все больше данных о роли патологии системы гемостаза, в том числе приобретенных и генетических форм тромбофилии, в развитии таких осложнений беременности как синдром потери плода, гестозы, преждевременная отслойка плаценты и другие острые сосудистые осложнения, которые до сих пор являются актуальными проблемами современного акушерства.

**Цель.** Провести анализ частоты встречаемости наследственных форм тромбофилии и полиморфизма генов фолатного цикла, для определения роли в развитии акушерских и перинатальных осложнений.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ данных генетического исследования системы гемостаза и фолатного цикла, уровня гомоцистеина у женщин детородного возраста (n=313) Донецкого региона, имеющих в анамнезе акушерские и перинатальные осложнения. При изучении течения беременности определялась частота гестационных осложнений с учетом результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, при оценке состояния плода использовались данные УЗИ, КТГ, доплерометрии. При оценке соматического статуса использовались данные клинического, биохимического анализа крови, анализа мочи, ЭКГ, ЭхоКГ и заключения смежных специалистов.

**Результаты.** У обследованных пациенток выявлены следующие гены тромбофилии, кодирующие показатели гемостаза: полиморфизм гена протромбина (G 20210 A) C>A у 2,56% женщин, все гены в гетерозиготном полиморфизме; полиморфизм FV Leiden (G 1691 A) G>A – у 6,07% пациенток; полиморфизм гена фибриногена (455 G/A) – у 49,52%; полиморфизм гена PAi-1 – у 79,60%; полиморфизм тромбоцитарных рецепторов к коллагену ITGA2:807 C>T – у 68,69%; полиморфизм тромбоцитарного рецептора фибриногена ITGB3:1565 T>C выявлен у 25,88% пациенток.

Фолатный цикл представлен 4 генами. Полиморфизм MTHFR 677 C>T выявлен у 18,21%; MTHFR 1298 A>C полиморфизм выявлен у 19,49%; MTR 2756 A>G полиморфизм выявлен у 10,54%; MTRR 66 A>G полиморфизм выявлен у 41,85% обследованных.

155 женщин обследованы на наличие уровня гомоцистеина в крови, при этом выявлено, что у 41,94% из них выявлена гипергомоцистеинемия. Гены, кодирующие гемостаз, встречались в различных комбинациях (от 2 до 8) и гены, кодирующие фолатный цикл, – от 1 до 4. Максимальное число полиморфизмов – 8 – выявлено у 1 женщины, 7 полиморфизмов – у 3, у 2 женщин выявлено 4 полиморфизма генов фолатного цикла. Сочетание тех и других полиморфизмов генов гемостаза и фолатного цикла встречалось в 69,33% случаев.

**Выводы.** Наличие маркеров генетической тромбофилии, генетических полиморфизмов фолатного цикла, повышение уровня гомоцистеина в сыворотке крови является одной из причин отягощенного акушерского анамнеза. Проведение у этих женщин патогенетически обоснованной прегравидарной подготовки и ведение беременности с учетом выявленных нарушений позволит снизить частоту гестационных и перинатальных осложнений.

*Ходюш Е.В., Бойченко А.А.*

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

### **ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ОТ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОГИ**

Актуальность: Донбасс является регионом уникальным с точки зрения наличия у жителей многослойного множественного стресса, а именно: хронического стресса военного времени 2014-2022г.г., стресса, связанного с пандемией COVID-19, информационного стресса, острого травматического стресса вследствие активации боевых действий в феврале 2022г. Комбинация длительного воздействия стрессогенных факторов различной интенсивности на психическое здоровье жителей Донбасса, и, в частности, студенческой молодежи, является уникальной и требующей изучения.

Цель: Оценить взаимосвязь индивидуально-типологических качеств личности и проявлений тревоги у студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы: Было обследовано 102 студента 1-6 курсов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в возрасте от 18 до 40 лет. Для исследования уровня тревоги использовался опросник «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора». Особенности индивидуально-типовых качеств личности изучались по опроснику Л.Н. Собчик. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Результаты и их обсуждение: При помощи корреляционного анализа Спирмена в исследуемой группе студентов были выявлены статистически достоверные (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,  $p < 0,05$ ) связи между показателями: «Интроверсия» и уровень тревоги (положительная связь), «Сензитивность» и уровень тревоги (положительная связь), «Спонтанность» и уровень тревоги (отрицательная связь).

При росте показателя тревоги респонденты чаще описывали себя, как замкнутых, «отгороженных» от окружающих событий и консервативных. Для них было свойственен некоторый эскапизм в мир своих планов и мечтаний. Так же они отмечали, что за внешней холодностью скрывается впечатлительность, ранимость, обидчивость, склонность при неудачах давать депрессивные реакции, преувеличивая свою вину в случившихся событиях. При повышении показателей тревоги испытуемые отмечали сниженную потребность в бунтарстве, легче переносили стесняющие рамки – но при этом и не так активно стремились к самовыражению и самоутверждению, свободе и демонстрации активной жизненной позиции.

Выводы: В ходе исследования у исследуемой группы студентов выявлены структурные изменения тревожной реакции на фоне возможного преобладания защитных механизмов отрицания, вытеснения и интроекции со снижением ресурсных возможностей личностного потенциала и психастеническим характером реагирования, сформировавшимся за период длительного переживания комбинированного стресса. Динамика развития этого процесса требует дальнейшего изучения. Полученные результаты могут быть использованы при разработке дополнительных исследовательских и методических программ по улучшению уровня психической адаптации студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

---

*Ходюш Е.В., Катиба А.А.*

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

### **ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СЛОЖНОЙ ЭПИДОБСТАНОВКЕ В ДНР**

Актуальность. Донбасс является крупным промышленным регионом с гигиенически неблагоприятной экологической средой при экономически напряженной социальной среде. Наличие в данном

регионе стабильно присутствующих факторов риска, детерминирующих и поддерживающих возникновение и распространение различных видов болезней. Сегодня присоединился фактор военных действий. Студенты являются демографической основой производительной части населения. Поэтому здоровье данной возрастной группы населения предопределяет уровень общественного здоровья.

**Цель исследования.** Проанализировать влияние дистанционной формы обучения на здоровье студентов-медиков.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие студенты лечебных факультетов Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького, проходившие очное обучение на кафедре общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения в сентябре-октябре 2020 года и дистанционное в сентябре-октябре 2022г. Выборка составила 160 человек. Распределение обследуемых по полу: юноши – 37,5% (60), девушек- 62,5% (100). Основную группу составили студенты, обучающиеся очно в сентябре 2020 года – 48% (77 чел.), в группу сравнения вошли студенты, которые перешли на дистанционное обучение в октябре 2022 года – 52% (83 чел.). В исследовании использовались социально-психологический метод и метод математической обработки результатов. Использовались материалы статистических сборников Республиканского Центра организации ЗО, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР, практический материал санитарно-эпидемиологической службы ДНР; проведено анкетирование. Полученные материалы обрабатывались с помощью компьютерных программ Statistika и MedStat.

**Результаты.** С целью избежать распространения COVID-19 внутри ДНР одной из неотложных мер стал перевод учебных заведений на дистанционный режим работы.

Результат анкетирования студентов, находящихся на дистанционном обучении, показал: нарушение режима дня наблюдалось у 85% опрошенных: нарушение длительности сна у 90%-47% у юношей и чтение в ночные часы у 54% девушек, нарушение режима и качества питания у 76%: поздний завтрак 57% или его отсутствие, поздний ужин в ночные часы у юношей 56% и девушек 46%, употребление фастфуда 71%. Снижение физической активности 81%: работа у компьютера длительное время более 5 часов у 66%, отсутствие или снижение прогулок у 90% опрошенных. Тревога от отсутствия общения с одноклассниками 68%, тревога общение с преподавателем через онлайн платформы, частые перепады в настроении у 69%. Вредные привычки 49% у девушек и 51% у юношей. Анализ материалов интервьюирования показал, что стресс имеет первостепенное значение среди работающих студентов 75%, в то время как у неработающей части студентов более значимыми факторами оказались их вредные привычки 81%- курение, несоблюдение режима питания и дня, гиподинамия. На диспансерном учете находятся более 55% студентов, имеющих в анамнезе хронические заболевания, требующими постоянного медицинского наблюдения. Практически каждый седьмой студент университета серьезно болен. Профилактику утомления регулярно и ежедневно проводит только 28% студентов, рациональный суточный режим соблюдают только 24%, закаливающие процедуры используют 21%, а, антистрессовые мероприятия – 15%. Дистанционное обучение полностью исключает «воспитательную» часть в работе педагога (этика и деонтология); оно не может обеспечить развитие «клинического мышления».

**Выводы.** Заболеваемость студентов-медиков находящихся на дистанционном обучении характеризуется активной хронизацией болезней: нервной системы, болезней органов пищеварения и органов дыхания (включая COVID-19). Снижение двигательной активности сказывается на появлении нарушений со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, органов дыхания, системы пищеварения. Необходимо разработать персонализированные рекомендации по повышению уровня двигательной активности у студентов-медиков, обучающихся на дистанционном обучении с целью профилактики потерь здоровья.



*Хоминец В.В., Барсукова И.М., Тявокина Е.Ю., Махновский А.И., Ким И.В.*

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

## **АНАЛИЗ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ**

Важная задача системы здравоохранения – оптимизация работы медицинской организаций, рационального использования ресурсов и, прежде всего, коечного фонда, сокращения необоснованной и непрофильной госпитализации на специализированные отделения стационара. Цель исследования – изучить организационные аспекты госпитализации пациентов с краткосрочным пребыванием (до 72 час.), которые были госпитализированы в специализированные отделения, но могли получить помощь на койках скорой медицинской помощи. Материалом послужили данные федеральной государственной статистики (источники – ФСН № 14 и 30, 2019-2021) многопрофильного стационара, работающего в режиме больницы скорой помощи (24/7/365), использованы статистические и аналитические методы. Результаты исследования. При использовании сплошной выборки за 2021 год критериями исключения были: тяжесть состояния (тяжелая и средней тяжести) и, соответственно, нуждаемость в реанимации и интенсивной терапии, оперативном лечении, высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), а также умершие пациенты. Иными словами, это были пациенты в стабильном удовлетворительном состоянии, помощь которым была оказана на специализированных койках стационара в сроки до 3-х сут. (72 час.) с момента госпитализации. В 2021 году таких пациентов было 11261, что составило третью часть (31,3%) от числа госпитализированных на специализированные отделения (35993 выписанных пациентов в 2021 г.) и 13,7% от общего числа обратившихся в стационар (81996 в 2021 г.).

Результат исследования потока пациентов с краткосрочным пребыванием в специализированных отделениях больницы скорой помощи позволил заключить следующее:

это были пациенты в стабильном удовлетворительном состоянии, помощь которым была оказана на специализированных койках стационара в сроки до 3-х сут. (72 час.) с момента госпитализации;

это были люди молодого трудоспособного возраста (пациенты 25-44 лет составляли 59,6%), не нуждающиеся в уникальных и/или продолжительных лечебно-диагностических мероприятиях, в том числе с применением высоких медицинских технологий для лечения сложных заболеваний (ВМП);

они составили третью часть (31,3%) от числа госпитализированных на специализированные отделения; число их приближалось к 1 тыс. в мес. (938,4±95,8 пациентов в мес.), а в суточном выражении – 31,3±3,2 пациентов в сут.;

подавляющее большинство пациентов поступали по профилю «токсикология» (57,5%), на 2-м месте – «гинекология» (18,4%), на 3-ем – «хирургия» и «травматология» (7,9% и 7,0%, соответственно); пациенты с иной патологией поступали в значительно меньшем количестве (менее 3,0% от общего потока);

самым молодым (до 40 лет) контингентом пациентов с краткосрочным пребыванием были пациенты токсикологического (34,2±10,2 лет) и гинекологического (39,6±12,5 лет) профиля; пациенты терапевтического профиля представляли наиболее «возрастную» (старше 60 лет) (62,3±16,2 лет), но немногочисленную (2,8%) группу (табл. 5.3).

сроки пребывания пациентов в стационаре также были различными, они коррелировали с возрастными показателями и были минимальными у пациентов токсикологического профиля (21,5±13,0 час.) и максимальными у пациентов терапевтического профиля (46,0±17,8 час.).

Заключение. Стационарное отделение скорой медицинской помощи с койками скорой медицинской помощи суточного и краткосрочного пребывания – важная составляющая организации лечебно-диагностического процесса, позволяющая обеспечить доступность и качество медицинской помощи, снизить необоснованную нагрузку на специализированные отделения стационара.

*Хомутова С.Е., Кошелева Е.Н., Социлин А.В.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Остеопороз – частое осложнение сахарного диабета 2-го типа, напрямую связанное с повышенным риском переломов. Согласно исследованиям, больные сахарным диабетом имеют повышенный риск переломов (HR 1,3) в сравнении с пациентами без диабета. Однако, при этом минеральная плотность костей у них остается нормальной или даже повышенной.

Целью исследования было измерение интенсивности метаболизма костной ткани с помощью маркера костеобразования N-(амино)-концевого пропептида коллагена 1-го типа (PINP) методом электрохемиллюминесцентного иммуноанализа и измерения уровня остеопротегерина (OPG) – ингибитора остеокластогенеза.

Органический матрикс костной ткани на 90% состоит из коллагена 1-го типа, который синтезируется остеобластами и обеспечивает прочность костей. Его предшественник – проколлаген 1го типа – содержит C-(карбокси) и N-(амино)терминальные фрагменты. В результате гидроксирования пролина и лизина в составе проколлагена-1 C-(карбокси) и N-(амино)терминальные фрагменты отщепляются, образовавшийся при этом коллаген секретируется остеобластами во внеклеточное пространство, где происходит сборка коллагеновых фибрилл и дальнейшая минерализация основного вещества. C- и N-терминальные фрагменты при этом поступают в межклеточную жидкость и кровоток.

Большинство регуляторных механизмов в организме направлено на процессы резорбции. Ключевую роль в понимании процессов регуляции костной реконструкции принадлежит цитокиновой системе рецептора активатора ядерного фактора каппа-β (RANK), его лиганда (RANKL) и остеопротегерина. OPG является членом семейства фактора некроза опухолей (TNF) и представляет собой основной секреторный гликопротеин, который продуцируется различными тканями органов сердечно-сосудистой системы (сердце, артерии, вены), легкими, печенью, почками, кишечником и костной тканью, а также кроветворной и иммунной системой. Рецепторы к OPG расположены на остеобластах, лимфоцитах и преостеокластах. OPG является своеобразной «ловушкой» рецепторов и ингибирует связывание RANK и RANKL, тем самым ингибируя мобилизацию, пролиферацию и активацию остеокластов и уменьшая резорбцию кости.

Были обследованы 30 женщин возрастом  $52,3 \pm 7,9$  лет, из них основную группу составили пациентки с сахарным диабетом 2 типа со стажем заболевания более 5 лет ( $n=16$ ), контрольную группу – здоровые женщины в постменопаузе ( $n=14$ ). Были исключены пациентки с дефицитом витамина Д, заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез, а также заболеваниями почек, в том числе диабетической нефропатией.

При обследовании выявлено, что у пациенток с сахарным диабетом уровень PINP составил  $34,3 \pm 2,7$  и был достоверно ниже, чем у здоровых женщин –  $48,6 \pm 2,7$  ( $p < 0,001$ ). При этом уровень OPG у пациенток с сахарным диабетом был почти на 30% выше и составил  $0,30 \pm 0,17$ , тогда как у пациенток контрольной группы  $0,23 \pm 0,10$  ( $p < 0,001$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о снижении активности обмена в костной ткани. При этом речь идет не только о снижении костеобразования, но и об уменьшении резорбции костной ткани. Все это в совокупности, вероятно, и является причиной повышенного риска переломов при нормальном уровне минеральной плотности кости у больных сахарным диабетом. Однако причины и механизмы снижения интенсивности костного обмена у пациенток с сахарным диабетом до сих пор не ясны и нуждаются в дальнейшем изучении.

*Хоха Р.Н.*

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?**

Бронхиальная астма (БА) – хроническое неинфекционное воспалительное заболевание дыхательных путей в реализации которого участвуют генетические факторы и факторы окружающей среды. На заболеваемость, тяжесть, прогноз заболевания оказывает влияние пол и возраст пациента. В раннем возрасте чаще болеют мальчики, к пубертатному периоду у большинства из них симптомы астмы исчезают и среди взрослых это заболевание чаще встречается у женщин. Причины полового диморфизма БА к настоящему времени недостаточно понятны. Повышенный риск развития БА у мальчиков до 10 лет связывают с более узкими дыхательными путями, повышенным тонусом гладкой мускулатуры бронхиального дерева и более высоким уровнем IgE. Увеличение частоты БА у девочек после 10 лет по мнению ряда ученых объясняется гиперэстрогемией, способствующей увеличению легочного сопротивления, высвобождению гистамина.

Цель. Клинико-анамнестическая и лабораторно-инструментальная характеристика БА у детей в зависимости от половой принадлежности.

Методы исследования. Ретроспективный анализ 289 медицинских карт стационарного пациента детей с БА, находившихся на обследовании и лечении в 6 педиатрическом отделении УЗ «ГДОКБ». Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Statistica for Windows v. 7.0. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

Результаты исследований. Установлено, что у мальчиков в сравнении с девочками заболевание встречается чаще (OR=4,73, ДИ: 3,33-6,73). Мальчики при рождении имеют более высокие показатели массы ( $p=0,0106$ ) и длины тела ( $p=0,0144$ ); в большинстве своем на первом году жизни они чаще находятся на искусственном вскармливании (OR=1,9, ДИ: 1,01-3,59); имеют более длительное на момент анализа течение болезни (мальчики 2,81 [0;5] лет, девочки 1,84 [0;2] лет,  $p=0,0164$ ), а также более низкие показатели проходимости дыхательных путей на уровне периферических бронхов МОС 50 и СОС 25-75 ( $p < 0,5$ ).

У девочек в сравнении с мальчиками чаще встречаются проявления лекарственной аллергии в анамнезе (OR=5,42, ДИ: 2,72-10,8); преобладает фенотип БА детей в возрасте  $>12$  лет (OR=3,04, ДИ: 1,39-6,62); в развитии БА в большей степени играют роль пренатальные (OR=2,46, ДИ: 1,41-4,29) и интранатальные (OR=3,7, ДИ: 1,77-7,73) факторы; эозинофильный тип воспаления по паттерну крови сопровождается более высокими показателями количества эозинофилов ( $p < 0,05$ ); более низкие показатели уровня IgA в возрасте 3-5 лет и IgE в возрасте старше 12 лет; более высокие показатели уровня IgM и IgG в возрасте старше 12 лет ( $p < 0,05$ ).

С помощью кластерного анализа у детей у детей нами было идентифицировано 5 фенотипов (кластеров) БА: 1 фенотип (кластер 1) – преимущественно атопическая, с поздним дебютом и нормальными функциональными параметрами, 2 фенотип (кластер) – преимущественно атопическая, с поздним дебютом и пограничными нарушениями функциональных параметров, 3 фенотип (кластер 3) – преимущественно неатопическая, с ранним дебютом, преобладанием девочек и умеренно выраженными нарушениями функциональных параметров, 4 фенотип (кластер 4) – преимущественно атопическая, с ранним дебютом и нормальными функциональными параметрами, 5 фенотип (кластер) – преимущественно атопическая, с ранним дебютом и выраженными нарушениями функциональных параметров. Мальчики в большинстве своем принадлежали к 1, 4 и 5 фенотипу (кластеру), девочки – к 3 фенотипу (кластеру). 2 фенотип (кластеру) с одинаковой частотой был сформирован мальчиками и девочками. Установленные гендерные различия могут быть полезны в реальной клинической практике врача педиатра/аллерголога в целях повышения эффективности профилактики, диагностики, лечения и прогноза БА у детей

*Храповицкий К.Д., Балацкий Е.Р.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТИ**

Цель исследования. Разработка экспериментальных методов консервативного лечения ногтевых фаланг кисти при некротическом поражении ногтевых фаланг. Разработка критериев консервативного ведения.

Материал и методы. В хирургическое отделение ЦГКБ №6 г. Донецка поступила женщина 64 лет с жалобами на травматическое повреждение пальца 6 дней назад, почернение ногтевой фаланги II пальца правой кисти. При осмотре выявлено вовлечение в некротический процесс около 57% ногтевой фаланги без перехода на межфаланговый сустав. Основываясь на современных рекомендациях венской школы хирургии об использовании вакуумных повязок, принято решение о ведении консервативно без использования антибиотиков и антисептиков, для формирования необходимой бактериальной флоры и регенерации тканей.

Результаты. Полный курс лечения от момента осмотра до последнего начала реабилитации занял около 5 месяцев. Спустя 3 месяца от начала лечения некротизованные ткани значительно смягчились и отграничились, при этом площадь некроза сократилась и значительно отделилась от сустава. Повязка накладывалась таким образом, чтобы оставался небольшой колпачок для скопления жидкости, максимально стремились к минимальному наложению повязки проксимальнее для уменьшения эффекта мацерации. Благодаря адгезивным свойствам повязки этого легко удавалось достичь. Неприятный запах из-под повязок рекомендовалось игнорировать. За период лечения рекомендован категорический мораторий на использование антисептиков и антибиотиков. Контроль выполнялся каждую неделю. Выполнена гильотинная ампутация ногтевой фаланги в 3 мм от сустава с коагуляцией. Продолжено ведение и наблюдение под вакуумной повязкой. Спустя три недели после ампутации выявлен рост грануляций и регенерацию ногтевой пластинки. Продолжались перевязки без антисептиков. Через 2 месяца после ампутации идет выраженная эпителизация, без признаков воспаления, отмечается выраженный рост ногтевой пластины. Палец полностью функционален, ношение повязки с этого момента прекратилось.

Вывод. Регенераторные способности человеческого тела не изучены досконально на сегодняшний день. При лечении вышеописанного случая удалось добиться собственными силами организма и редком наблюдении с заменой повязок хорошего результата с благоприятным прогнозом. По действующим клиническим рекомендациям пациентке была показана ампутация II пальца правой кисти на уровне основной фаланги.

В ходе наблюдения и анализа разработан ряд критериев: не вовлеченность сустава в процесс, при гильотиной ампутации или некрэктомии хороший гемостаз, игнорирование неприятного запаха из-под повязок, периодический контроль, категорический мораторий на использование антибиотиков и антисептических средств. Антисептические средства способны уничтожить микрофлору и усугубить некротизацию по сухому типу. Следует отметить, что экспериментальным путем наилучшие результаты и существенное ускорение сроков удалось достичь с использованием оригинальных повязок для вакуумной терапии, использование простых полиэтиленовых повязок не так эффективно по причине недостаточной плотности и односторонней проницаемости по типу мембраны. Метод хорошо себя зарекомендовал, прост в использовании врачами всех квалификаций при соблюдении вышеописанных критериев. Исследования в области регенерации и рационализации антибактериальных препаратов продолжаются и в текущий момент.

*Христуленко А.А.*

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

## **ПОДГОТОВКА СЛУШАТЕЛЕЙ ЦИКЛОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДСКОПИЯ» В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

В марте – апреле 2020 г. с целью обеспечения безопасных условий для осуществления образовательного процесса в период действия режима повышенной готовности, в условиях сохранения риска распространения COVID-19 ординаторы, интерны и слушатели факультета интернатуры и последипломного образования перешли на обучение с применением ДОТ, которое продолжается по настоящее время, теперь в связи со специальной военной операцией.

Имеющиеся проблемы применения дистанционных образовательных технологий на кафедре хирургии и эндоскопии:

- Необходимо 100% наполнение всех циклов учебно-методическими материалами (100% учебно-методическое обеспечение всех лекций и семинарско-практических занятий). Усиление контроля качества учебно-методических материалов.
- Контроль своевременности регистрации обучающихся, прохождения обучения и сдачи экзаменов и итоговых аттестаций слушателями
- Технические трудности обучения с применением ДОТ у слушателей ФИПО старших возрастных категорий (нередко встречаются слушатели старше 70-ти лет, иногда – старше 80-ти лет).
- Сложности сотрудников университета, организующих и реализующих дистанционный формат выдачи бюджетных путёвок на последипломное профессиональное обучение на основе приёма скан-копий соответствующих документов от претендентов на это обучение, контроль заполнения информационно-образовательной среды (ИОС), регистрации и прохождения обучения слушателями циклов, сдачи экзаменов и итоговых аттестаций на 51 кафедре ВУЗа.
- Организация и проведение экзаменов на циклах повышения и профессиональной переподготовки.

На кафедре хирургии и эндоскопии проводятся циклы повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности «Эндоскопия».

Особые сложности возникают при подготовке слушателей циклов профессиональной переподготовки в режиме обучения с применением ДОТ. Ведь основной целью профессиональной переподготовки является овладение новой специальностью.

В дополнительной профессиональной образовательной программе цикла профессиональной переподготовки по специальности «Эндоскопия» прописаны профессиональные компетенции, практические навыки, овладеть которыми при обучении с применением ДОТ является проблематичным.

Одним из путей решения этой проблемы является размещение на информационной образовательной среде (страница цикла) видеофильмов, снятых сотрудниками кафедры, по темам занятий, с демонстрацией практических навыков.

Учебный видеофильм – это видеофильм, созданный для формирования практических навыков и умений в соответствии с программой учебной дисциплины (цикла).

В рамках анкетирования слушателей, проведенного на кафедре хирургии и эндоскопии, по вопросам обучения с применением ДОТ. было установлено, что 100% считают полезным размещение видеофильмов на ИОС.

*Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Приколота О.А., Мальцева Н.В.*

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

## **НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ИНТЕРНОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ,, СВЯЗАННОГО СО СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ ФИПО ИМ. ПРОФ. А.И. ДЯДЫКА**

Интернатура – это одна из ступеней многоуровневой структуры высшего медицинского образования, является формой непрерывного профессионального образования врачей в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО).

Важными условиями высокого уровня подготовки специалистов на современном этапе являются разработка и введение в действие компетентностно-ориентированных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (ГОС ВПО), адекватная организация учебного процесса в вузе, с приоритетным вниманием на организацию практической подготовки обучающихся.

За годы ведения боевых действий в Донецке и годы коронавирусной пандемии обучение с помощью дистанционных образовательных технологий (ДОТ) стало широко применяться на кафедре терапии ФИПО им проф А.И.Дядыка ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Основным источником информации для врачей-интернов при организации и реализации обучения с использованием ДОТ является сайт ВУЗа – информационно- образовательная среда.

В условиях онлайн-образования профессиональная медицинская подготовка имеет определенную специфику. Контроль уровня знаний, полученных при обучении с использованием ДОТ, очевидно, должен предусматривать не только проверку всех выполненных тестовых заданий и клинических задач, охватывающих по тематике наиболее актуальные проблемы изучаемой дисциплины, но и оценку степени овладения практическими навыками во время проведения зачетов и экзаменов/аттестации, которая должна проводится преподавателем при личном присутствии обучающегося на кафедре.

Для овладения обучающимися профессиональными компетенциями врача-терапевта очень важно освоение им практических навыков и умений в очном режиме обучения, что является проблематичным в период специальной военной операции (СВО). В этой связи овладение практическими навыками и умениями основная задача обучающихся именно во время работы на заочных базах интернатуры (практика), где врачи-интерны, в том числе и терапевты, работают в очном режиме. Согласно учебному плану интернатуры по специальности «Терапия» на практику отводится 1692 часа (47 ЗЕТ) из 2592 часов (72 ЗЕТ) всего основной образовательной программы по интернатуре. Практическое обучение интернов включает в себя: обучающий симуляционный курс 72 часа (2 ЗЕТ) и практике на заочных базах интернатуры 1620 часов (45 ЗЕТ).

Основные цели практики – совершенствование, развитие и закрепление профессиональных практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-интерна терапевта на теоретических дисциплинах и модулях по профильной специальности и комплексное формирование общекультурных (универсальных) и профессиональных компетенций врача-специалиста, получение опыта профессиональной деятельности.

Сведения об авторах: Христуленко А.Л. (alinakhristulenko@gmail.com), Гнилицкая В.Б. (viktoriya.gn@gmail.com), Стуликова Е.Л (docelena@mail.ru.), Приколота О.А. (o.prykolota@yandex.ru), Мальцева Н.В.

*Цыба Н.Ю., Цыба И.В., Кононенко И.Н.*

Республиканский наркологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КСЕНОНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Актуальность. Поиск и внедрение в клиническую практику эффективных методов терапии синдрома зависимости от алкоголя (СЗА) в период пандемии COVID-19 становится одной из наиболее важных проблем наркологической службы Донецкой народной республики (ДНР). Одним из перспективных подходов к коррекции абстиненции при синдроме алкогольной зависимости является ингаляционное использование терапевтических доз медицинского ксенона.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности терапии ксеноном в курсе амбулаторного лечения больных с СЗА в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы: среди методов исследования применялся клинико-психопатологический, включающий в себя психиатрическое обследование пациентов с клиническим обследованием соматического и неврологического статусов. Также использовались статистический и экспериментально-психологический методы с применением шкалы Гамильтона, теста Спилбергера-Ханина, шкалы динамики проявления патологического влечения к алкоголю, шкалы общего впечатления и оценки побочных эффектов и разработанной карты оценки своего состояния пациентом.

В исследовании принимали участие 103 пациента, которые страдали синдромом алкогольной зависимости с алкогольным абстинентным и постабстинентным состоянием, связанными с алкогольной зависимостью, прошедших курс амбулаторного лечения. Возраст пациентов составил от 25 до 48 лет. Больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 70 человек, которым проводились ингаляции терапевтических доз медицинского ксенона. Контрольная группа составила 33 человека, которым ингаляционная терапия не назначалась. Все больные получали курс стандартной медикаментозной терапии.

Результаты исследования:

В группе пациентов, получавших ингаляционную терапию, применение ксенона в лечении СЗА позволило значительно уменьшить лекарственную нагрузку. Все пациенты отметили нормализацию витальных функций после трех сеансов ингаляционной терапии. Все пациенты отметили улучшение качества сна. Побочных явлений ингаляционной терапии отмечено не было. Положительные эффекты от ингаляционной терапии медицинским ксеноном сохранялись как у пациентов переболевших ковидом, так и не переносивших COVID-19.

Выводы:

1. Ингаляционная терапия приводила к уменьшению выраженности признаков у больных с СЗА, на улучшение качества сна и жизни, повышению стрессоустойчивости по сравнению с пациентами контрольной группой, не получавших лечение ингаляциями ксенона.

2. Позитивный эффект ингаляционной терапии сохранялся как у пациентов перенесших коронавирусную инфекцию, так и у больных, не болевших COVID-19.

3. Побочных явлений и осложнений при курсе ингаляционной терапии медицинским ксеноном не отмечено. Считаем применение данного метода в лечении больных с СЗА, как переболевших COVID-19, так и не переносивших его, безопасным.

---

*Чайка В.К., Вустенко В.В.*

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

## **ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТКИ НА ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Актуальность. Для проведения urgentного ультразвукового исследования в первом триместре беременности пациентки часто обращаются с жалобами до рекомендованного всем срока первого

ультразвукового исследования при беременности в скрининговый период (с 11-й по 14-ю неделю беременности), что может быть связано с разными факторами, возможно, с возрастом пациентки.

**Цель.** Определить наличие зависимости ультразвуковой картины беременности первого триместра (до 11 недель) от возраста пациентки.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы заключения ультразвуковых исследований, проведённых нами в кабинете urgentных ультразвуковых исследований Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства с 2012 по 2022 гг. Всего было проанализировано 224 заключения ультразвукового исследования беременности первого триместра (до срока скрининга 11 недель) у пациенток репродуктивного возраста (по ВОЗ) от 15 до 49 лет. Пациентки были распределены на две группы: 1) группа Р (от 15 до 34 лет – «ранний» репродуктивный возраст) – 186 женщин; 2) группа П (от 35 до 49 лет – «поздний» репродуктивный возраст) – 38 женщин. Случаи с беременностью неизвестной локализации (при наличии положительного результата ХГЧ и отсутствии достоверной визуализации плодного яйца при УЗИ) были критерием исключения из исследования. Был проведён статистический анализ полученных данных (MedStat, Донецк). При анализе таблиц сопряжённости применен критерий хи-квадрат, различия между группами не являются статистически значимыми при  $p = 0,691$ .

**Результаты и обсуждение.** Пациентки обращались с жалобами на нарушения менструального цикла, боли внизу живота, выделения из половых путей разного характера. Нами проведено сравнение структуры полученных заключений УЗИ первого триместра беременности согласно положениям рекомендаций Европейского общества репродукции человека (ESHRE, 2020) и консенсуса экспертов Международного сообщества по ультразвуку в акушерстве и гинекологии (ISUOG, 2022). Количество случаев нормально (эутопически) расположенной беременности малого срока в группе Р составило 32 (17,2%), в группе П – 9 (23,7%); нормально расположенной развивающейся беременности в группе Р – 111 (59,7%), в группе П – 19 (50,0%); выкидышей («miscarriage») при нормально расположенной беременности (включая неразвивающуюся беременность) в группе Р – 15 (15,0%), в группе П – 7 (18,4%). Случаев эктопически расположенной маточной беременности (ESHRE, 2020), эктопически расположенной беременности рудиментарного рога среди случаев, вошедших в исследование, не было. Случаев эктопически расположенной трубной беременности в группе Р было 15 (8,1%), в группе П – 3 (7,9%).

**Выводы.** Применение положений рекомендаций Европейского общества репродукции человека (ESHRE, 2020) и консенсуса экспертов Международного сообщества по ультразвуку в акушерстве и гинекологии (ISUOG, 2022) позволяет систематизировать и исчерпывающе описать все существующие на данный момент варианты ультразвуковых заключений первого триместра беременности (до 11 недель), может быть рекомендовано к использованию. Не выявлено статистически значимой разницы в структуре ультразвуковых заключений в разных возрастных группах в ретроспективно исследованной нами когорте пациенток. Возможные варианты ультразвуковых заключений при беременности первого триместра наблюдаются в раннем и позднем репродуктивном возрасте с одинаковой частотой ( $p = 0,691$ ).

---

*Чайка В.К., Говоруха И.Т., Шаров К.В., Зоркова Е.В., Левандовская А.*

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

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

**Цель исследования.** Изучить эффективность комплекса мероприятий по прогнозированию, профилактике и акушерской тактике у беременных с риском развития синдрома задержки роста плода (СЗРП).

**Материалы и методы.** Обследовано 95 беременных, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. В основную группу (Го) вошли 47 беременных с высоким



риском развития СЗРП на основании разработанной шкалы и таблицы балльной оценки факторов риска. В 8 недель им назначены витаминно-минеральные комплексы с полиненасыщенными жирными кислотами, проведена санация очагов хронической инфекции. В 11-13 недель в Го после пренатального скрининга I триместра и при уменьшении уровня PAPP-A менее 0,5 МоМ и увеличении  $\beta$ -ХГЧ более 2,5 МоМ, при доплерометрии в маточных артериях регистрировался сниженный кровоток – назначались венотоники и микронизированный прогестерон вагинально. У этих беременных в сроке 14-17 недель определяли уровень плацентарного фактора роста (PIGF), концентрацию растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 (sFlt-1) и рассчитывали ангиогенный коэффициент (Ка), как соотношение  $sFlt-1/(PIGF \times 10)$  для оценки тяжести и глубины сосудистых нарушений. При значении Ка более 50, повышается риск развития СЗРП, поэтому рекомендованы антиагреганты под контролем агрегатограммы. С 28 недель беременности в Го при ультразвуковом исследовании (УЗИ) с доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК), определяли церебро-плацентарное отношение, выполнялась кардиотокография плода. На основании результатов обследования решался вопрос об индивидуальных наиболее оптимальных сроках родоразрешения. Группу сравнения (Гс) составили 48 беременных, ведение которых осуществляли в соответствии с унифицированным клиническим протоколом медицинской помощи «Дистресс плода при беременности и во время родов», утвержденным Приказом МЗ ДНР № 82 от 23.01.2019.

При обследовании беременных использовали лабораторные (общеклинические, биохимические, гемостазиологические, бактериологические), инструментальные (ультразвуковая фетометрия плода, плацентометрия, оценка околоплодных вод, доплерометрия в МППК, кардиотокография).

Результаты исследования. Установлено, что в Го – СЗРП III степени не регистрировался, в Гс отмечен у 14,5% (7) беременных, поэтому по поводу дистресса плода эти женщины были родоразрешены в 28-30 недель. СЗРП II степени выявлен у каждой пятой беременной в обеих группах (Го – 21,3% (10); Гс – 27,1% (13). Беременных с СЗРП I степени в Го было 40,4% (19), а в Гс – 31,3% (15). В сроке 31–32 недели в Го было родоразрешено 4,2% (2) беременных, в Гс значительно больше – 20,8% (10). В 33–34 недели произошли роды у 19,1% (9) женщин из Го и у 25,0% (12) беременных в Гс. В сроке 35–37 недель было родоразрешено 12,8% (6) пациенток из Го и 14,6% (7) беременных из Гс. Срочными родами завершилась беременность у 63,9% (30) женщин из Го, что было в три раза чаще, чем в Гс, где таких исходов было 22,9% (11). В Го не развился СЗРП у 38,3% (18) беременных, в Гс – у 27,1% (13).

Выводы. Эффективность предложенного комплекса прогностических и лечебно-профилактических мероприятий у беременных с риском СЗРП позволила снизить частоту преждевременных и патологических родов в 2 раза, сократить частоту развития СЗРП и его тяжёлых форм, улучшить перинатальные исходы.

---

*Чайка В.К., Ласачко С.А., Демешева С.Г.*

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

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ ВОПРОСОВ МАММОЛОГИИ В ФОКУСЕ ЗДОРОВЬЯ МО-ЛОДЕЖИ. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Значительное внимание в последипломном обучении акушеров-гинекологов занимают вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний молочных желез (МЖ). Актуальность данной тематики несомненна, так как рак молочной железы (РМЖ) прочно занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин. В соответствии с Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N1130н «Об утверждении Порядка...», «медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний МЖ оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы».

Однако, в аспекте здоровья молодежи, девочек, подростков, молодых женщин до 25 лет, когда диагностика РМЖ менее актуальна, к сожалению, данной теме зачастую уделяется незаслуженно мало внимания.

Обследование МЖ в молодом возрасте является важной частью профилактического осмотра. В первых, МЖ являются органами репродуктивной системы, их развитие и функционирование тесно связаны с репродуктивным здоровьем и статусом [6]. Именно на этот возрастной промежуток приходится пик диагностики доброкачественных опухолей и нарушений развития МЖ.

С другой стороны, постоянные динамические изменения в задачах системы образования предъявляют новые требования как к организации, так и к качеству процесса-последипломного образования. В частности, развиваются дистанционные формы обучения, и важно проводить такое обучение без ущерба для его качества.

Ключевым моментом качества системы последипломного образования является компетентностный подход, т.е. задача преподавателя – сформировать у обучающихся определенные компетенции. Добиться повышения эффективности учебного процесса можно, не только используя лекции и тестовые задания, где излагаются и проверяются теоретические знания. Безусловно, большая роль отводится самостоятельной подготовке слушателей. Преподаватель может делиться практическим опытом, различными клиническими методиками, используя иллюстративный материал, видеоуроки, обучающие видеофильмы. Применение интерактивных педагогических методик реализуется в виде тестовых контролей и вебинаров, на которых обсуждаются клинические случаи и проводятся дискуссии.

---

*Чайка В.К., Ласачко С.А., Железная А.А.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**

В условиях динамически меняющихся задач современной системы образования к организации и качеству процесса обучения предъявляются новые требования. Прежде всего, подразумевается гибкость в способах и формах получения профессиональной информации обучающимися. Направленность образовательного процесса заключается не только и не столько в получении определенного объема информации, но и в умении находить нужную информацию, анализировать ее и применять на практике. Классическую систему образования, при всех ее положительных качествах, в целом на сегодняшний день можно считать устаревшей. Основой современной системы последипломного образования врачей является т.н. компетентностный подход. Задача современного последипломного образования в медицине – сформировать у обучающихся определенные компетенции, которые не являются простой суммой знаний, умений и навыков, а представляют собой качественно новый образовательный продукт, подразумевающий способность обучающегося применить весь арсенал полученных знаний, умений и навыков в своей клинической практике. Преподаватель в новой роли должен не только владеть глубокими теоретическими знаниями, но и постоянно обновлять их, обладать практическим опытом, владеть различными клиническими и педагогическими методиками, владеть основами грамотного обращения с компьютерной техникой.

В этих условиях возрастает роль как самостоятельной работы слушателя, так и роль и ответственность преподавателя в направлении обучающихся, контроле и помощи при анализе и клинической интерпретации полученной информации. Предпочтение отдается интерактивным видам обучения, побуждающим слушателя более активно и творчески участвовать в учебном процессе. Современные внешние условия (пандемия, боевые действия, и т.д.) вынуждают организовывать образовательный процесс дистанционно. Это требует наличия определенных технических навыков и возможностей у всех сторон данного процесса. На первый план выходят такие виды интерактивной работы, как видеоуроки, обучающие фильмы, вебинары, онлайн трансляции, и т.д. Чтобы интерактивные виды дистанционных занятий имели максимальную эффективность, слушатель должен иметь возможность предварительно самостоятельно ознакомиться с программами, рабочими планами курса, теоретиче-

ским материалом, и уметь находить всю необходимую дополнительную информацию также самостоятельно.

Для интернов и ординаторов, после качественной дистанционной части обучения, чрезвычайно важна также практическая часть программы в виде дежурств и практик.

При таком подходе после завершения дистанционного обучения специалист смо-жет грамотно и гибко организовать свою практическую деятельность в соответствии с быстро меняющимися условиями современности.

---

*Чайка Н.В., Победенная Г.П., Ливаренко А.В.*

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

## **ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ВП, КОМОРБИДНОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ**

Особенностью клинического течения заболеваний внутренних органов сегодня является коморбидность, которая часто утяжеляет течение основного заболевания, способствует развитию осложнений, требует индивидуализации лечебных подходов. Частым заболеванием, встречающимся в терапевтической практике, является внегоспитальная пневмония (ВП). При анализе причин затяжного и осложненного течения болезни, нередко выявляются нарушения функции щитовидной железы, в частности, субклинический гипотиреоз.

Цель работы – изучить состояние метаболитов оксида азота при внегоспитальной пневмонии у лиц с субклиническим гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 74 пациента с НП третьей клинической группы, в среднем возрасте ( $34,5 \pm 3,3$ ) лет, среди которых мужчин было 36, женщин – 38. Все больные лечились в терапевтических отделениях городских больниц. Среди исследованных только ВП была у 39 пациентов (I группа), сочетание ВП с субклиническим гипотиреозом отмечалось у 35 человек (II группа). Помимо рутинных клинических, лабораторных и инструментальных методов для установления диагноза пневмонии и субклинического гипотиреоза, производили определение содержания суммарных метаболитов оксида азота ( $\text{NO}_2 + \text{NO}_3 = \text{NO}_x$ ) по описанным методикам. Для выработки референтных показателей исследовали 30 практически здоровых лиц со сравнимыми гендерными и возрастными характеристиками.

Результаты. У всех пациентов обеих групп при поступлении на лечение, наряду с лейкоцитозом в периферической крови до  $(11,5 \pm 1,9) \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитозом мокроты до целого поля зрения. Показатель сатурации кислорода  $\text{SpO}_2$  у больных I группы достигал  $(96,4 \pm 1,7) \times 10^9/\text{л}$ , а у больных II группы составлял  $(95,8 \pm 1,4) \times 10^9/\text{л}$ . У пациентов обеих групп отмечалось увеличение концентрации в крови суммарных метаболитов оксида азота, соответственно в I и II группах в 2,1 раза ( $p < 0,05$ ) и 3,5 раза ( $p < 0,05$ ) от показателей референтной нормы. При этом у лиц II группы величина  $\text{NO}_x$  превышала таковую в I группе в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ), что можно оценить как состояние нитрозивного стресса. Показатели  $\text{NO}_x$  позитивно коррелировали у пациентов обеих групп с уровнем лейкоцитов периферической крови, соответственно: ( $r = +0,467$ ,  $p < 0,05$ ) и ( $r = +0,683$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, у пациентов с ВП и коморбидностью ВП с субклиническим гипотиреозом наблюдается нитрозивный стресс, более выраженный у больных с ВП на фоне субклинического гипотиреоза.

*Чайка Н.В., Победенная Г.П., Ливаренко А.В.*

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

## **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОКСИДАНТЫ-АНТИОКСИДАНТЫ У БОЛЬНЫХ С НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ**

Негоспитальная пневмония (НП) является значительно распространенным инфекционным заболеванием. Известно, что на тяжесть течения и его исходы негативно влияет сопутствующая патология. Симптомы субклинического гипотиреоза не являются манифестными, однако могут способствовать затяжному течению пневмонии с длительным рассасыванием пневмонического инфильтрата, сохранению астенического синдрома, развитию осложнений. Гипоксия, системное воспаление и сниженная функция щитовидной железы могут изменить характер метаболических процессов в организме, что потребует терапевтической коррекции.

Цель работы – изучить состояние процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты при внегоспитальной пневмонии у лиц с субклиническим гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 68 пациентов с НП третьей клинической группы, в среднем возрасте ( $34,8 \pm 3,7$ ) лет, среди которых мужчин было 37, женщин – 31. Все больные лечились в терапевтических отделениях городских больниц. Среди исследованных только ВП была у 34 пациентов (I группа), сочетание ВП с субклиническим гипотиреозом отмечалось у 34 человек (II группа). Помимо рутинных клинических, лабораторных и инструментальных методов для установления диагноза пневмонии и гипотиреоза, производили определение содержания диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), активности супероксиддисмутазы и каталазы по описанным методикам. Для выработки референтных показателей исследовали 30 практически здоровых лиц со сравнимыми гендерными и возрастными характеристиками.

Результаты. У всех пациентов обеих групп при поступлении на лечение отмечались общеинтоксикационный и респираторный синдромы. При этом астенический синдром встречался у 18 пациентов (52,9%) I группы и у 26 больных (76,5%) II группы. Кроме того, пациенты II группы отмечали повышенную сонливость, медлительность, у 14 больных (41,1%) была отмечена повышенная масса тела, у 8 (23,5%) – ожирение I-II степени. Гиперплазия ЩЖ по данным ультразвукового исследования (УЗИ) без нарушения функции была отмечена у 5 больных I группы (14,7%) и у 6 больных (17,6%) II группы. У всех пациентов II группы было отмечено увеличение уровня тиреотропного гормона в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ) от референтной нормы при показателях трийодтиронина, существенно не отличающегося от нормативных показателей.

В крови больных II группы концентрация ДК превышала аналогичную в I группе в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ), а МДА – в 2,1 раза ( $p < 0,05$ ) выше, чем в I группе и, соответственно, в 2,8 раза ( $p < 0,01$ ) и 3,1 раза ( $p < 0,001$ ) выше, чем у практически здоровых лиц. Содержание каталазы в крови пациентов II группы было выше, чем у практически здоровых, в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), но ниже, чем в I группе, в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Уровень супероксиддисмутазы у исследуемых II группы приближался к референтной норме, и ниже, чем в I группе, в 1,5 раза.

Таким образом, у больных НП и НП, сочетанной с гипотиреозом, одним из основных звеньев патогенеза указанной коморбидности является оксидантный стресс, более выраженный у пациентов с коморбидностью, который характеризуется значительным увеличением концентрации в крови показателей липопероксидации при недостаточном увеличении величин показателей антиоксидантной системы.

*Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Денъгина Е.Б.*

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

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОГЕЛЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ ПРИ СЕРОЗНОМ АЛЬВЕОЛИТЕ**

Цель исследования: повысить эффективность комплексного лечения у пациентов с серозным альвеолитом, путём использования гидрогелевой композиции.

Материалы и методы: в ходе выполнения работы было обследовано 60 человек в возрасте от 20 до 55 лет. В зависимости от используемых методов лечения были отобраны пациенты с серозной формой альвеолита, которые были разделены на 2 рандомизированные группы: I группа – 30 пациентов, с использованием разработанной схемы лечения, и II группа – 30 пациентов, которым проводилось традиционное лечение согласно протоколам оказания стоматологической помощи.

Диагноз альвеолит сухая лунка устанавливался на основании клинических данных и изучения ротовой жидкости (РЖ) показателей воспаления. Обследование проводили по обычной схеме: жалобы, сбор анамнеза (как стоматологического, так и соматического); объективный осмотр, клинико-лабораторные методы исследования. Для изучения аэробной (факультативно-анаэробной) и анаэробной микрофлоры лунки зуба производили забор материала с помощью оригинальных стерильных квачей и дальше культивировали с последующей идентификацией.

Результаты и обсуждение: результаты проведенного лечения оценивались на основании клинико-лабораторных исследований, проводимых до лечения, после, а также через 10 дней. Анализ результатов полученных после лечения свидетельствует о положительной динамике ( $p < 0,001$ ) в основной группе пациентов с серозным альвеолитом. Под «значительным улучшением» понимали исчезновение жалоб пациентов (неприятного запаха изо рта, чувство дискомфорта, боли, отёка, гиперемии, температуры, нормализации сна и аппетита).

Состояние «улучшения» в основной группе, было отмечено у 27 из 30 пациентов и составило  $90,0 \pm 5,5$ , ( $p < 0,001$ ). В группе сравнения, состояние улучшения было зафиксировано только у 12 пациентов, что составило  $40,0 \pm 8,9$ .

Полученные результаты проведенного лечения в отношении нормализации показателей работы цитокиновой сети, оказались более положительными в отношении пациентов, у которых было разработано лечение, нежели у пациентов в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). Оценивая эффективность лечебных мероприятий у пациентов двух групп через 10 дней, установлено, что при использовании разработанной схемы лечения нами было достигнуто значительное улучшение в 29 наблюдениях ( $96,7 \pm 3,3$ ), чего нельзя сказать о группе с традиционным лечением, где результат отрицателен.

Проводя сравнительную оценку характера веса микроорганизмов в лунке удаленного зуба у пациентов I группы через 10 дней после лечения установлено, что показатели ассоциаций аэробов ( $70,3 \pm 4,5$ )  $p = 0,39$ , так и ассоциаций анаэробов ( $29,7 \pm 4,5$ )  $p = 0,39$  статистически значимо отличаются от показателей во II группе с традиционным лечением. На основании изучения микробной обсемененности лунки удаленного зуба, а также факторов неспецифической резистентности, после комплексного лечения в динамике было установлено, что у пациентов с использованием разработанного метода эффективность лечения в раннем периоде констатировалась «значительным улучшением» и была зафиксирована в 10% случаев, и «улучшением» в 90% случаев.

Выводы: клинико-лабораторными методами исследования обоснована целесообразность комплексного лечения пациентов с серозным альвеолитом с применением антисептического раствора и гидрогелевой композиции, что способствует быстрому купированию болевого синдрома, снятию воспалительного процесса, снижению показателей цитокинов, угнетению патогенной флоры в биотопе и сокращению сроков заживления лунки удаленного зуба.

*Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Шелякова И.П.*

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

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА**

Разнообразие имеющихся методик вестибулопластических операций часто создает трудности при выборе оптимального оперативного вмешательства.

На сегодняшний день остается актуальной проблема разработки новых, эффективных, малотравматичных методик вестибулопластических операций, приводящих к стабильным послеоперационным результатам, позволяющих значительно снизить процент осложнений и способствующих сокращению срока послеоперационной реабилитации.

Цель исследования: повышение эффективности методик коррекции преддверия полости рта при различных клинических случаях.

Материал и методы: Обследовано 75 человек разделённых на 3 группы, по 25 человек в каждой: 1 группа – вестибулопластика по Эдлану-Мейхару; 2 группа – туннельная вестибулопластика по Грудянову-Ерохину; 3 группа – вестибулопластика с использованием свободного десневого трансплантата.

Результаты и обсуждение: максимальное увеличение глубины преддверия полости рта достигнуто в 1 группе. Зона прикреплённой десны увеличивалась незначительно, однако методику можно рекомендовать для улучшения условий протезного ложа и перед постановкой имплантатов.

Во 2 группе вся раневая поверхность была покрыта слизистой оболочкой. Туннельная методика не привела к значительному увеличению зоны прикреплённой десны, однако методика приемлема при мелком преддверии полости рта на небольшом участке, а также, при подготовке к ортодонтическому лечению.

В 3 группе методика является травматичной – увеличение глубины преддверия было меньшим по сравнению с 1 группой. Данную методику можно рекомендовать для эффективной коррекции мелкого преддверия полости рта, сопровождающуюся начальной формой рецессии десны и на этапе имплантологического лечения, при выраженном дефиците прикреплённой десны.

Вывод: использование дифференцированных подходов к выбору методик коррекции преддверия полости рта в различных клинических ситуациях позволяет добиться наилучших результатов лечения.

---

*Чепурная Л.Ф.*

ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

## **САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

С целью научного обоснования возможности и целесообразности применения сухих углекислых ванн у больных детским церебральным параличом в санаторно-курортных условиях были проведены клинические наблюдения и сравнительные исследования по разработке дифференциальных методик лечебного воздействия.

Материал и методы

Под наблюдением находились 92 ребенка со спастическими формами ДЦП, которые были на санаторно-курортном лечении в санатории для детей и детей с родителями «Искра» города Евпатории. Дети были школьного возраста от 7 до 17 лет, средний возраст составил  $11,2 \pm 0,2$  лет. Навыками самообслуживания владели все дети. Самостоятельные передвижения у больных соответствовали I- II уровню двигательного развития шкалы GMFCS.

Все дети получали комплексное санаторно-курортное лечение, которое состояло из ЛФК, массажа, грязелечения, аппаратной физиотерапии и сухих углекислых ванн (СУВ), проводившихся в дни свободные от грязелечения. Сухие углекислые ванны – это метод чрезкожного лечебного действия углекислого газа на пациента, тело которого до уровня шеи находится в специально оборудованной кабине «Реабокс».

Методом рандомизации были сформированы 2 лечебные группы и группа сравнения. Группы были сопоставимы по возрасту и клиническим проявлениям.

Первую группу составили 39 детей, которым проводились СУВ при температуре газа 28°C, длительность каждой процедуры 10 мин, через день, на курс 8 процедур. Во второй группе у 23 детей СУВ проводились с наращиванием временных параметров, так первые 4 процедуры были длительностью по 10 мин, начиная с 5 процедуры время увеличили до 15 мин., проводились через день, на курс 8 процедур. Группу сравнения составили 30 детей с церебральным параличом, которые получали грязелечение. Грязевые аппликации накладывали на воротниковую зону, пораженные конечности и круговую мышцу рта (температура грязи 38-40° С, продолжительность 10 минут, курс 10 процедур, проводимых через день).

Методы исследований: Клиническое неврологическое исследование, электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалоскопия (Эхо-Эс), реография (РГ), электромиография (ЭМГ), кардиоинтервалография (КИГ), вегетативная реактивность (ВР), ЭКГ, изучение психоэмоционального состояния и когнитивных функций. Исследования проведены в динамике до и после курса санаторно-курортного лечения.

Результаты исследований

На основе полученных результатов доказана эффективность применения СУВ в комплексной реабилитации больных ДЦП. Разработан патогенетически обоснованный лечебный комплекс для больных ДЦП, определены оптимальные параметры воздействия СУВ. Разработаны показания к назначению комплекса с применением СУВ в зависимости от исходного состояния больных ДЦП. Включение процедур СУВ можно рекомендовать для больных ДЦП с симпатикотонией, эмоциональной лабильностью и тревожностью, детям с функциональными отклонениями биоэлектрической активности головного мозга в виде повышенных активирующих влияний неспецифических регуляторных систем; с незначительно и умеренно выраженными признаками внутричерепной гипертензии; с изменением периферического кровообращения и признаками затруднения венозного оттока; с нарушением функций автоматизма и процессов реполяризации миокарда.

---

**Черкащенко С.О., Шукина Е.В.**

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

## **ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ**

Актуальность. При постковидном синдроме многие пациенты страдают от учащенного сердцебиения, усталости, связанной с усилием, и даже от внезапной смерти. Механизм поражения сердца при этом синдроме недостаточно изучен.

Цель исследования. Оценить особенности поражения миокарда у пациентов с постковидным синдромом с использованием биомаркеров – NT-proBNP, высокочувствительного тропонина I и оксида азота (NO).

Материалы и методы. Нами было обследовано 48 пациентов спустя 3 месяца после перенесенного COVID-19. Все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 19 человек (39,6%), которые спустя 3 месяца не предъявляли жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы. Во вторую группу – 29 пациентов (60,4%) – вошли лица, которые предъявляли жалобы на одышку, учащенное сердцебиение и/или усталость при физической нагрузке через 3 месяца после выздоровления. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями определяли сывороточные уровни NT-proBNP, высокочувствительного тропонина I и оксида азота.

Анализ данных проводился с помощью с использованием стандартной описательной статистики. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее значение,  $SD$  – среднеквадратичное отклонение. Для оценки достоверности различий между показателями использован t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Возраст обеих групп статистически значимо не отличался ( $59 \pm 4$  года против  $61 \pm 2$  года соответственно,  $p = 0,38$ ). Пациенты второй группы – с симптомами поражения сердца имели более высокие уровни NT-proBNP по сравнению с пациентами без симптомов ( $132,30 \pm 35,15$  пг/мл против  $76,86 \pm 16,79$  пг/мл соответственно;  $p < 0,001$ ). При определении высокочувствительного тропонина I у бессимптомных пациентов получили среднее значение  $6 [4-14]$  нг/мл против  $9 [6-15]$  нг/мл у симптомных пациентов, что явилось статистически незначимым ( $p = 0,23$ ). Интересно, что у симптомных пациентов уровень NO был ниже, чем у бессимптомных ( $9,20 \pm 3,08$  г/мл против  $16,15 \pm 6,02$  г/мл соответственно;  $p < 0,001$ ).

Вывод. В группе пациентов с симптомами поражения сердца при постковидном синдроме выявлены достоверно более высокие уровни NT-proBNP и более низкие уровни оксида азота (NO) в сыворотке крови по сравнению с бессимптомной группой, тогда как уровни высокочувствительного тропонина I статистически значимо не отличались.

**Черных С.В., Говоруха И.Т., Ветров В.В., Караман Е.С., Роговой А.Н.**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
 Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк  
 ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,  
 г. Санкт-Петербург

## **ПРИНЦИПЫ МЕНЕДЖМЕНТА КРОВИ ПАЦИЕНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

Актуальность. В структуре материнской смертности одной из основных причин остаются акушерские кровотечения, в том числе и связанные с предлежанием плаценты (ПП). Распространенность ПП варьирует от 0,3 до 2,6%, риск кровотечений при этой патологии на 26,4% выше, чем в общей популяции.

Цель исследования – оценить эффективность комплексного подхода к ведению беременных с ПП, включающего технологии кровесбережения на всех этапах оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Проведено обследование и родоразрешение 83 беременных женщин с ПП: основную (1) группу составили 42 беременные, которым был применён расширенный комплекс мероприятий в соответствии с принципами менеджмента крови пациента (МКП), в группу сравнения (2) – 41 пациентка, ведение которых осуществлялось согласно действующим протоколам. Всем беременным с ПП до родов резервировалось 2-3 дозы (в среднем  $860,0 \pm 50,0$  мл) аутологичной плазмы (АП), во время операции кесарево сечение проводилась стандартная инфузионно-трансфузионная терапия, введение АП, транексамовой кислоты, карбетоцина. Учитывая высокую частоту анемии у беременных с ПП, в 1-ой группе беременных, независимо от уровня гемоглобина, проводилось определение уровня железа и ферритина в сыворотке крови, во время родоразрешения после извлечения плода, отделения и выделения последа, наложения швов на углы матки устанавливали внутриматочный баллон на весь период операции и ранний послеоперационный период.

Результаты. У 9 (21,4%) беременных 1-ой группы и 10 (24,4%) 2-ой группы была выявлена анемия легкой степени, что потребовало коррекции препаратами железа. Кроме того, у 23 (54,8%) беременных основной группы был выявлен латентный и предлатентный дефицит железа, что позволило начать его раннюю коррекцию. У пациенток основной группы показатели гемоглобина были достоверно выше, чем в группе сравнения, после курса донорского плазмафереза. Всем пациенткам было произведено абдоминальное родоразрешение. Средний объем интраоперационной кровопотери при операции кесарево сечение в 1-ой группе составил  $825 \pm 45$  мл, во 2-ой –  $1025 \pm 42$  мл, а в случае гипотонического кровотечения, плотного прикрепления плаценты –  $1566 \pm 110$  мл и  $1964 \pm 112$  мл со-



ответственно ( $p < 0,05$ ). У 40,5% (17) женщин 1-ой группы имелась необходимость в дополнительном применении компонентов донорской крови, во 2-ой группе они применялись в 100% случаев. К 3-м суткам послеродового периода уровень гемоглобина в среднем составил в 1-ой группе  $96,5 \pm 3,2$  г/л во II –  $84,5 \pm 2,3$  г/л ( $p < 0,05$ ), при этом и к выписке показатели гемограммы в основной группе были достоверно выше, чем в группе сравнения.

Выводы. Применение принципов МКП у беременных с предлежанием плаценты позволило сократить частоту анемий в периоперационном периоде, объем интраоперационной кровопотери, число аллогенных трансфузий.

---

*Чернигова С.В., Зубкова Н.В., Коржук М.С., Акулинин В.А.*

ФГБОУ ВО «Омский государственный аграрный университет имени П.А. Столыпина», г. Омск

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

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОЦЕЛЛЮЛОЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

Актуальность. В настоящее время особое внимание привлекает бактериальная целлюлоза – это природный полимер, обладающий уникальными физико-химическими и биологическими свойствами (высокая газопроницаемость и адсорбционная емкость, механическая прочность), что открывает возможности использования ее в регенеративной медицине.

Цель: Экспериментальное обоснование эффективности применения раневого покрытия из бактериальной целлюлозы для лечения ран.

Результаты и обсуждения. Разработанное раневое покрытие из бактериальной целлюлозы создано на кафедре продуктов питания и пищевой биотехнологии и кафедры диагностики, внутренних незаразных болезней, фармакологии, хирургии и акушерства ФГБОУ ВО Омского ГАУ. Физически представляет собой нанофибрилярную пленку со случайным расположением волокон без какой-либо предпочтительной ориентации и с множеством межволоконных промежутков. Комплексное экспериментальное клиническое и морфологическое исследование на лабораторных животных (кролики породы серый великан) с использованием компьютерного анализа позволило ответить на ряд вопросов о влиянии покрытия на течение раневого процесса. Согласно полученным результатам, структурные и химические свойства материала позволяют применять покрытие в первой фазе раневого процесса, поскольку оно способно сорбировать и выводить экссудат. Сохраняемая материалом влажная среда способствует безболезненному прикреплению покрытия к ране, без какой-либо предварительной подготовки животных и обезболивания. Предотвращается травматизация поверхности раны, структурных элементов кожи и подкожной клетчатки. Покрытие биосовместимо с тканями лабораторных животных. Подкожная имплантация в течение 180 суток наблюдения не сопровождалась клиническими признаками общей и местной воспалительных реакций. Под влиянием раневого покрытия отмечали раннее начало эпителизации по сравнению с контрольной группой (лечение под марлевой салфеткой с мазями) и полное заживление дермальных ожоговых ран с формированием полноценных тканей. Лечение экспериментальных животных с ожоговыми ранами с применением покрытия из бактериальной целлюлозы обеспечивает очищение раневой поверхности от некротического детрита, усиливает пролиферацию фибробластов, способствует созреванию грануляционной ткани и создает условия для ускорения процессов эпителизации.

Заключение. В соответствии с биофизическими свойствами раневое покрытие из бактериальной целлюлозы может быть использовано в качестве матрицы при лечении ран с отрицательным давлением, а также при лечении перитонита способом лапаростомии, в том числе с отрицательным давлением. Необходимы дальнейшие исследования.

*Черникова Д.В., Мельниченко В.В.*

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

## **ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У МОБИЛИЗОВАННЫХ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЙ БОЕВОЙ ОПЫТ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

**Введение:** ситуация локального, продолжающегося годами, военного конфликта и всеобщей мобилизации ускорила перестройку социально-экономических, политических, идеологических оснований в обществе и повлекла за собой изменения как в системе устоявшихся социальных ценностей, так и в отдельных личностях, их смысловой сфере. Исследование смысловой структуры (установки, мотивы, диспозиции) личности в обстановке непосредственной угрозы ее жизнедеятельности является острой, своевременной и актуальной.

**Цель:** установить изменения ценностно-смысловой сферы у мобилизованных лиц, перенесших жизнеугрожающий боевой опыт в зависимости от социально-демографических показателей.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 33 респондентов (в возрасте от 20 до 50 лет), находившихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Для оценки смысложизненных ориентиров использовался «Тест смысложизненных ориентаций», который включает в себя пять субшкал, отражающих конкретные смысложизненные ориентации и аспекты локуса контроля. С помощью структурированного клинического диагностического интервью у абсолютного количества испытуемых было подтверждено посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Испытуемые были разделены на 2 группы сравнения: мобилизованные лица, призванные на службу в принудительном порядке – 19 чел. (58%) и мобилизованные военнослужащие, отбывшие на фронт в добровольном порядке – 14 чел. (42%). Опыт военной службы до событий специальной военной операции был отмечен у 9 чел. (27%), а у 24 чел. (73%) – отсутствовал вовсе. Участие в жизнеугрожающих боевых действиях было зафиксировано: у 5 чел. (15%) – в течение недели, у 16 чел. (48,6%) – на протяжении 1-6 мес., у 7 чел. (21,4%) – более 6 мес., у 5 чел. (15%) – более одного года.

**Результаты:** цели в жизни для первой ( $28 \pm 7$ ,  $p \leq 0,05$ ) и второй ( $24 \pm 6$ ,  $p \leq 0,05$ ) групп находились в зоне минимальных значений, что свидетельствует о несформированной направленности их перспективы в будущее. Процесс жизни также у всех участников исследования имел одинаковые показатели ( $24 \pm 5$ ,  $p \leq 0,05$ ), что говорит о недостаточном принятии своей жизни в настоящем времени. Удовлетворенность самореализацией для призванных на службу по своему желанию ( $21 \pm 6$ ,  $p \leq 0,05$ ) было несколько выше, чем в группе военнослужащих, призванных по принуждению ( $18 \pm 5$ ,  $p \leq 0,05$ ), что отразилось в существенном снижении мотивационной активности у последних. Показатель локуса контроля-Я в первой ( $17 \pm 4$ ,  $p \leq 0,05$ ) и второй ( $19 \pm 4$ ,  $p \leq 0,05$ ) группе находился в диапазоне минимальных значений – это демонстрирует нам утрату веры в свои силы у испытуемых.

**Выводы.** Текущее исследование показало, что социально-демографические факторы такие как: порядок мобилизации, социальный статус, возраст, уровень образования, отношение к службе, семейное положение, время пребывания в боевых условиях не оказали статистически значимого влияния на смысложизненные ориентации лиц, перенесших жизнеугрожающий боевой опыт. Мобилизованных военнослужащих, призванных на службу в принудительном порядке, несформированная перспектива жизни бросила в неопределенную смысловую сферу. Мы предполагаем, что человек в результате этого трансформирует свои смыслы в контекст клинических (болезненных) субъективных переживаний, оторванных от прежнего опыта жизни. Необходимо продолжать углубленное изучение травматического боевого опыта для своевременного оказания психологической поддержки и психотерапевтической коррекции когнитивной составляющей смысловой сферы.

*Черникова И.В., Хабекирова, С, Савина С.А, Зайдинер Б.М.*

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

## **К ВОПРОСУ О КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ОНКОЛОГИИ**

Когнитивные расстройства онкогенной природы (КРОП) нарушают память, внимание, исполнительные функции, беглость речи и скорость переработки информации (1). У больных, которые получают или ранее получали химиотерапию, такие расстройства резко ухудшают качество жизни, снижается повседневная активность (2). По результатам нескольких проспективных исследований, во время специального лечения когнитивные проблемы испытывали 75% больных и не менее, чем у 35% расстройства сохранялись на протяжении ряда лет (4-6). Химиотерапия признана ключевым компонентом лечебных программ, ее результаты продолжают улучшаться, но многие из пациентов продолжают страдать от КРОП, нередко десятилетиями. Существует настоятельная необходимость исследовать этиологию и патогенез расстройств для адекватного купирования тягостных побочных эффектов.

Этиология КРОП остается неизвестной, что касается патофизиологии, получены доказательства причастности воспалительных процессов через реализацию нейроиммунных взаимодействий. У пациентов онкологической клиники, которые получают химиотерапию, выявили повышенное содержание циркулирующих провоспалительных факторов, например, цитокинов и хемокинов, связанных также с когнитивными проблемами (5, 7-9). В частности, повышенные концентрации цитокинов ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  связаны с сокращением размеров гиппокампа и усугублением расстройств памяти (10).

Химиотерапевтические препараты, безусловно, нарушают нейрогенез, индуцируют гибель клеток, вызывают окислительный стресс и воспалительные реакции. Многие агенты цитостатики, по-видимому, преимущественно токсичны для нервных клеток-предшественников (прямых предков всех дифференцированных типов клеток в ЦНС) и постмитотических олигодендроцитов, в которых образуется миелин. Эти повреждения коррелируют с понижением гиппокампально-нейрогенеза. Следствием становятся повреждения в ЦНС, вероятно, приводящие к КРОП. Доксорубин и многие другие агенты не проникают через гематоэнцефалический барьер, но повышают содержание ФНО- $\alpha$ , который проникает в ЦНС, увеличивая активные формы кислорода и азота. В свою очередь, они переводят микроглию на режим локального повышения уровней ФНО- $\alpha$  в мозге, что способствует повреждению нейронов. Итак, в развитии мозговых изменений, индуцируемых химиопрепаратами, ключевым звеном представляется провоспалительная активность этих агентов как подоплека КРОП. Кроме опосредованных эффектов, химиотерапия прямо влияет на нервную систему, поражая пролиферацию стволовых клеток и нейрогенез с помощью процессов, известных применительно к опухолевым тканям (11).

Здесь можно указать на циклофосфан, ингибирующий синтез ДНК посредством оксидативного стресса, вызывая расстройства, которые находятся в обратной корреляции с нейрогенезом (12). Последний участвует в формировании памяти и пространственной обработке; его важнейшая роль для когнитивных функций общепризнана (13).

У взрослых нейрогенез сосредоточен в гиппокампе, сокращение размеров которого в воспалительной среде коррелирует с КРОП ятрогенной природы (14). Рост содержания цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ФНО) как в периферических тканях, так и в гиппокампе связан с понижением нейрогенеза, нарушением функций стволовых клеток гиппокампа и когнитивными расстройствами. У женщин, получающих химиотерапию по поводу рака молочной железы, уменьшение объема гиппокампа связано с разнонаправленным изменением уровней цитокинов: показатели ФНО- $\alpha$  росли, а ИЛ-6 падали, что было интерпретировано как основа когнитивных расстройств, опосредуемых этими субстанциями.

Вполне убедительно доказали, что подавление гиппокампально-нейрогенеза приводит не только к когнитивным нарушениям, но и к другим пагубным последствиям для психического здоровья: депрессии, тревожности (11). Вызываемый химиотерапией рост уровня цитокинов ухудшает функции гиппокампа, а также функциональную связность мозговой сети и нейропластичность. Такие расстройства в передней поясной коре мозга связаны с исполнительными функциями и нередко считаются патологической основой КРОП.

Когнитивную сферу могут нарушать гормональные изменения. Эндокринотерапия больных раком молочной железы ухудшает речевую память, владение словарным запасом, функцию принятий реше-

ний. Эстрогены и тестостерон, со своей стороны, обладают нейропротективными и антиоксидантными функциями. Свойственный онкобольным длительный стресс стимулирует избыточную активацию оси «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников», при этом повышается секреция кортизола, что вызывает повреждение структуры и функций мозга, включая гиппокамп. Гиперкортизолемиа – прогностический фактор КРОП.

Диагностика КРОП включает 3 компонента: 1) жалобы на расстройства памяти, внимания и т.п., сообщаемые пациентом; 2) оценка показателей нейропсихологического исследования; 3) оценка данных объективного исследования. Жалобы больных коррелируют с объективными характеристиками, хотя нередко эти корреляции слабы; более устойчива связь с эмоциональными симптомами (депрессией и тревогой), а также проблемами совладания и адаптации. Нейропсихологические оценки обеспечивают объективные параметры когнитивных функций; они подобны моментальному снимку, тогда как показатели самоотчета описывают переживания за период времени. Симптомы КРОП могут появляться и исчезать, поэтому не всегда обнаруживаются при нейропсихологической оценке, а пациенты, завершившие лечение, часто сообщают о когнитивных проблемах, но результаты нейропсихологического тестирования находятся в пределах нормы. Такая ситуация свидетельствует о важности всесторонней оценки когнитивного и эмоционального функционирования.

Для борьбы с КРОП наиболее перспективны когнитивная реабилитация, физическая активность (ФА), фармакологическая коррекция.

Когнитивная реабилитация – это систематически применяемый набор медицинских подходов, предназначенных для улучшения когнитивных функций, особенно повышая функциональную независимость, как следствие, качество жизни. Реабилитация опирается на принципы нейропластичности и функциональной реорганизации; ее подоплеку составляют 2 основных механизма: 1) переподготовка и 2) функциональная компенсация.

ФА повышает нейрогенез, содержание нейротрансмиттеров и нейротрофинов, вследствие чего улучшается кровоснабжение мозга, идут на убыль воспалительные процессы. Эта активность способствует купированию хронических сомато- и психогенных расстройств: депрессии, ожирения, лимфостаза, недержания, что в конечном счете улучшает когнитивный статус. Помимо всего прочего, ФА благотворно влияет на структурные адаптации ЦНС, а также способствует нормализации сигнальных путей, участвующих в нейропротекции и повышает экспрессию нейропротективных генов.

Применительно к фармакологической коррекции остановимся на диетотерапии с использованием полиненасыщенных жирных кислот эйкозапентаеновой (ЭПК) и докозагексаеновой (ДГК). Эти кислоты влияют на воспаление и нейрогенез. ДГК изменяет проницаемость и текучесть нейронных мембран. Обескислоты являются субстратом для липидных медиаторов, которым свойствен противовоспалительный эффект и участие в разрешении имеющейся патологии. ЭПК и ДГК вводили одновременно с доксорубицином, такой подход смягчал оксидативный стресс и нейровоспаление, купируя к тому же депрессивноподобные поведенческие реакции (15). В организме больного снижается уровень воспалительных маркеров в сыворотке (16) и синтез цитокинов – патогенетической основы воспаления (17). Доксорубин вызывает рост экспрессии цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ФНО) в мозговой ткани, эффективно тормозящийся после 3-недельного лечебного курса. Дозы этих кислот 3 г/сутки безопасны, обеспечивая преимущество перед фармакологическими ингибиторами ФНО и других цитокинов. У ДГК, по-видимому, более мощное ингибирующее действие на отдельные воспалительные цитокины, тогда как ЭПК более широко воздействует на множество цитокинов в нейронах.

В комплексе купирования побочных эффектов химиотерапии рекомендуют назначать психостимуляторы в краткосрочном формате, сопровождая курс химиотерапии; долгосрочный благоприятный эффект для когнитивной сферы у выживших не определяли.

Точный и своевременный диагноз помогает оценить обратимые причины когнитивных расстройств; больные и их семьи при этом лучше понимают свои проблемы. Повышается качество жизни, а, возможно, и выживаемость.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Jeffrey S. Wefel, Shelly R. Kesler, Kyle R. Noll, Sanne B. Schagen. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA Cancer J Clin.* 2015 Mar;65(2):123-38

2. Janelsins M, Kesler S, Ahles T, Morrow G. Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26:102-113
3. Von Ah D, Habermann B, Carpenter JS, Schneider BL. Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17:236-41.
4. Cerulla, N., A. Arcusa, J.B. Navarro; al, 2017. Role of taxanes in chemotherapy-related cognitive impairment: A prospective longitudinal study. *Breast Cancer Res. Treatment*, 164: 179-187
5. Ganz, P.A., J.E. Bower, L. Kwan, et al., 2013. Does tumor necrosis factor-alpha (TNF- $\alpha$ ) play a role in post-chemotherapy cerebral dysfunction? *Brain, Behav. Immun.*, 30: S99-S108
6. BlancaRodríguezMartín, EduardoJosé FernándezRodríguez, MaríaIsabelRihueteGalve, and JuanJesúsCruzHernández. Study of Chemotherapy-Induced Cognitive Impairment in Women with Breast Cancer *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec; 17(23): 8896.
7. Y T Cheung, T Ng, M Shwe. Association of proinflammatory cytokines and chemotherapy-associated cognitive impairment in breast cancer patients: a multi-centered, prospective, cohort study. *Ann Oncol.*, 2015 Jul;26(7):1446-51. doi: 10.1093/annonc/mdv206
8. Janelsins, M. C., Mustian, K. M., Palesh, O. G., Mohile, S. G., Peppone, L. J., Sprod, L. K., et al. (2012). Differential Expression of Cytokines in Breast Cancer Patients Receiving Different Chemotherapies: Implications for Cognitive Impairment Research. *Support Care Cancer* 20 (4), 831-839. doi:10.1007/s00520-011-1158-0
9. Mills PJ, Ancoli-Israel S, Parker B,; al. Predictors of inflammation in response to anthracycline-based chemotherapy for breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*. 2008;22(1):98-104. doi: S0889-1591-(07)00162-6 [pii] 10.1016/j.bbi.2007.07.001.
10. Kesler S, Janelsins M, Koovakkattu D, Palesh O, Mustian K, Morrow G, et al. Reduced hippocampal volume and verbal memory performance associated with interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha levels in chemotherapy-treated breast cancer survivors. *Brain Behav Immun*. 2013;30(Suppl):S109-S116
11. Pereira Dias G, Hollywood R, Bevilaqua MC, da Luz AC, Hindges R, Nardi AE, et al. Consequences of cancer treatments on adult hippocampal neurogenesis: implications for cognitive function and depressive symptoms. *Neuro Oncol*. 2014;16(4):476-492.
12. Manda K, Bhatia AL. Prophylactic action of melatonin against cyclophosphamide-induced oxidative stress in mice. *Cell Biol Toxicol*. 2003;19(6):367-372
13. Deng W, Aimone JB, Gage FH. New neurons and new memories: how does adult hippocampal neurogenesis affect learning and memory? *Nat Rev Neurosci*. 2010;11(5):339-50.
14. Ekdahl CT, Claassen JH, Bonde S, Kokaia Z, Lindvall O. Inflammation is detrimental for neurogenesis in adult brain. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2003;100(23):13632-7
15. Wu YQ, Dang RL, Tang MM, Cai HL, Li HD, Liao DH, et al. Long Chain Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acid Supplementation Alleviates Doxorubicin-Induced Depressive-Like Behaviors and Neurotoxicity in Rats: Involvement of Oxidative Stress and Neuroinflammation. *Nutrients*. 2016;8(4):E243.
16. Alfano CM, Imayama I, Neuhaus ML, Kiecolt-Glaser JK, Smith AW, Meeske K, et al. Fatigue, inflammation, and omega-3 and omega-6 fatty acid intake among breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1280-1287.
17. Finocchiaro C, Segre O, Fadda M, Monge T, Scigliano M, Schena M, et al. Effect of n-3 fatty acids on patients with advanced lung cancer: a double-blind, placebo-controlled study. *BrJ Nutr*. 2012;108(2):327-333

*Чернявская О.А., Шуванова В.И.*

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

## **АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ**

В 2022 году исполнилось 35 лет с момента начала регистрации в России ВИЧ-инфекции. За прошедшие годы характеристики эпидемического процесса претерпели значительные изменения, в том числе, изменился возрастной состав впервые выявленных больных, – заболеваемость сместилась в более старшие возрастные группы, чем ранее. Одним из факторов, способствовавших снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией лиц молодого возраста, может быть повышение осведомленности этой категории граждан о данном заболевании.

**Цель исследования.** Провести анализ изменений осведомленности молодежи Волгоградской области по проблеме ВИЧ/СПИДа за прошедшие десятилетия.

**Материалы и методы.** В разные годы нами выполнено анонимное индивидуальное очное и заочное (on-line) анкетирование 571 жителя Волгоградской области молодого возраста (от 15 до 24 лет) по некоторым вопросам ВИЧ-инфекции. Из них в 2003-2004 гг. – 243 человека, в 2013-2014 гг. – 141 человек, в 2022 г – 187 человек, в соответствии с чем, респонденты были разделены на 3 группы. Проведен сравнительный анализ данных, полученных в этих группах. Оцениваемые показатели: частоты ответов респондентов на вопросы, выраженные в относительных величинах (в процентах). Сравнение показателей проводилось с использованием таблиц сопряженности, достоверность различий показателей оценивалась с помощью критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат).

**Результаты.** Уровень знаний молодых людей по большинству вопросов относительно путей передачи ВИЧ-инфекции с 2003 года к 2022 вырос, в частности, в отношении парентеральной передачи вируса. Например, в настоящее время 93% опрошенных знают о возможности заражения при инъекции иглой, которой до этого кто-то пользовался. С 22% до 36% возросла доля респондентов, уверенных, что можно защититься от ВИЧ, воздерживаясь от половых контактов. С 51% до 63% увеличилось число лиц, считающих, что использование презерватива при каждом половом контакте снизит риск заражения. С 37% до 77% возросло число осведомленных о том, что нельзя заразиться при пользовании общей посудой с ВИЧ-инфицированным, в результате в настоящее время 68% опрошенных без опаски будут обедать вместе ВИЧ-позитивным человеком (в 2003 таких было гораздо меньше – лишь 21%). При этом 96% респондентов 2022 года осведомлены, что инфицированным может быть и здоровый на вид человек, тогда как в 2003 году так считали 74%. Однако по вопросам вертикальной передачи ВИЧ-инфекции осведомленность молодых людей к 2022 году ухудшилась. Так, например, с 81% до 67% снизился процент информированных о том, что мать может передать ВИЧ-инфекцию ребенку во время беременности, лишь 33% указали, что ребенок может заразиться при грудном вскармливании (в 2003 году о возможности такой передачи знали 53% респондентов).

**Заключение.** В целом осведомленность молодежи Волгоградской области по вопросам ВИЧ/СПИДа возросла, что с высокой долей вероятности способствовало снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди лиц молодого возраста. При этом отмечается снижение информированности данной категории граждан о возможности передачи инфекции с помощью вертикального механизма, что можно объяснить сниженным интересом лиц 15-24 лет к данному вопросу в связи с общей тенденцией увеличения возраста родительства. Информирование населения может быть значимым фактором, влияющим на характеристики эпидемического процесса, который должен шире использоваться в целях профилактики.

*Чернявский А.А., Скорик П.О.*

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

## **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Актуальность исследования. Клапанные пороки являются одними из самых распространенных патологий в кардиохирургии. И если лечение непосредственно самого клапана имеет сейчас много вариаций и такие операции как протезирование или пластика клапана вошли в нашу жизнь как основа кардиохирургии, то последующие remodelирование миокарда является до сих пор неизученной темой в этой области.

Цель исследования. Обобщение подхода к оценке remodelирования миокарда при пороках аортального клапана.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы научно-практические пособия по клапанной хирургии отечественных и зарубежных специалистов, а так же данные полученные из 15 имеющихся в свободном доступе статей по изучаемой тематике изданные в четырех годичном временном промежутке.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа методик remodelирования всеми авторами было отмечено преимущество ЭхоКГ перед альтернативными методиками визуализации и оценки результатов операции. Однако с целью оптимизации и упрощения визуального контроля большинство исследователей отдавали предпочтение МРТ либо МСКТ. Также необходимо учесть время замены поврежденного клапана и устранение самой патологии. Например по данным литературы изучено что при своевременном лечении Аортальных пороков даже в момент когда пошел процесс гипертрофии ЛЖ, в дальнейшем наблюдается регресс массы миокарда, особенно в период с 6-18 месяцев. Отмечается что процесс регресса как правило выражен у людей с умеренной гипертрофией. При выраженной гипертрофии ЛЖ зачастую велик риск летальности. Также разные результаты получаются, если сравнить выбор протезирования. Например, по данным МРТ J.R. Sádaba et al. через полгода после биопротезирования АК отмечают регресс ММЛЖ в

среднем на 25,9% по сравнению с дооперационным уровнем В то же время отечественные ученые Е.А. Мершина с соавт. сопоставляли remodelирование ЛЖ у пациентов после протезирования аортального клапана механическими протезами. В раннем послеоперационном периоде (12±4 дня) посредством трансторакальной ЭхоКГ выявлен регресс ИММЛЖ в среднем на 7% от базального уровня, в основном, обусловленный уменьшением размеров полости ЛЖ в результате устранения гемодинамической перегрузки.

Выводы. Процесс remodelирования миокарда ЛЖ в связи с аортальными пороками является до конца не изученной темой. Так как на данный момент не было составлено больших метаанализов. Но по имеющимся данным можно судить что процесс remodelирования и его качество для дальнейшей жизни пациента зависит от ряда факторов. Среди которых основные это качество диагностики, стадия гипертрофии ЛЖ, а также выбор метода хирургического лечения порока.

---

*Чернявский А.Р., Белоусов А.Ю., Листратенко Д.А., Кардаш А.М., Кардаш В. П*

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ВЕНТРИКУЛОСУБГАЛЕАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ**

За период с 01.01.2021 по 20.11.2022 отмечается значительное увеличение числа новорожденных детей родившихся недоношенными. В ходе обследования у вышесказанных детей отмечались явления вентрикуломегалии, дети незамедлительно переводились в профильные стационары больниц для

лиц детского возраста, были осмотрены профильными специалистами, заподозрена нейрохирургическая патология, дети осматривались нейрохирургом, определялась тактика дальнейшего лечения. За период с 01.01.2021 по 20.11.2022 общее количество недоношенных детей с гидроцефалией составило 19 человек. Из них в ходе дооперационной подготовки и обследования посредством исследования вентрикулярного ликвора была выявлена поствоспалительная гидроцефалия у 6 детей. Методика проведения субгалеального дренирования при поствоспалительной гидроцефалии противопоказана.

Золотым стандартом лечения гидроцефалий различного генеза является проведение вентрикулоперитонеального шунтирования, однако ввиду высокого содержания эритроцитов в спинно-мозговой жидкости при постгеморрагической гидроцефалии и гнойно-воспалительных изменениях в спинно-мозговой жидкости при поствоспалительной гидроцефалии делает проведение вентрикулоперитонеального шунтирования не возможным.

Под нашим наблюдением за период с 01.01.2021 по 20.11.2022 находились 13 детей родившихся в среднем сроке гестации 30, 5 недель  $\pm$  2 недели. У детей при рождении было выявлено ВЖК III-IV степени подтвержденное посредством нейросонографии и МРТ головного мозга, лабораторным исследованием вентрикулярной спинно-мозговой жидкости. При исследовании вентрикулярной спинно-мозговой жидкости полученного посредством вентрикулярных пункций определялась высокая концентрация эритроцитов, по результатам бактериологических исследований ликвора патологической флоры выявлено не было. Ввиду нарастающего гипертензионно-гидроцефального синдрома детям в возрасте от 8 до 14 дней было проведено вентрикулосубгалеальное дренирование с целью санации ликвора, коррекции нарастающего гипертензионно-гидроцефального синдрома и как этап подготовки для основного этапа хирургической коррекции постгеморрагической гидроцефалии – вентрикулоперитонеального шунтирования. Применение методики вентрикулосубгалеального дренирования, проведенная в кратчайшие сроки с момента выявления заболевания и интерпретации лабораторных позволяет обеспечить адекватные условия для санации спинно-мозговой жидкости, относительная техническая простота оперативного вмешательства обеспечивает проведение его в кратчайшие сроки с момента верификации заболевания, при герметичности субгалеального кармана риск инфицирования спинно-мозговой жидкости сводится к минимуму, сформированный субгалеальный резервуар обеспечивает релаксацию мозга ввиду скорректированного нарастающего гипертензионно-гидроцефального синдрома. Методика проведения вентрикулосубгалеального дренирования обеспечивает оптимальные условия для подготовки ребенка с постгеморрагической гидроцефалией к основному этапу хирургической коррекции гипертензионно-гидроцефального синдрома- проведения вентрикулоперитонеального шунтирования.

---

*Чижевский И.В., Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д.*

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

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ В СИСТЕМЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Система подготовки высококвалифицированных специалистов в современных условиях требует поиска новых технологий в образовательном процессе, направленных на формирование необходимых профессиональных компетенций и на приобретение соответствующих знаний-умений. С учетом объективно сложившейся ситуации на территории Донбасса в настоящее время широко используются дистанционные образовательные технологии.

Оптимизация процесса обучения студентов невозможна без создания адекватной системы контроля качества знаний и умений. Одной из форм контроля является тестирование. Современной формой обучения и контроля, позволяющей активно работать студенту, является использование ситуационных задач с визуализацией.

Студентам на занятиях предлагается решить ситуационную задачу, как правило, включающую абстрактную клиническую картину, соответствующую описанию нозологической единицы в медицинской учебной литературе. К предложенной ситуации составляется несколько вопросов. При решении



подобных задач студентами проводится диагностика по аналогии. В реальной врачебной деятельности необходимо будет увидеть и определить патологические изменения и их локализацию. Таким образом, предложенная задача соответствует уровню усвоения, узнавания и воспроизведения.

При разработке предлагаемой методики, когда в ситуационную задачу вводятся элементы визуализации в виде фотографий и рентгенограмм, учитывалось, что для врача стоматолога профессиональная деятельность включает ежедневную диагностическую работу. Правильная постановка диагноза возможна только в том случае, если врач хорошо знает симптоматику заболевания и владеет методологией диагностики. Это включает не только умение проводить сбор субъективных данных, но и объективных параметров и требует их анализа, систематизации, сопоставления и последующего синтеза. Простым решением ситуационных задач достичь желаемого уровня практически невозможно. В связи с этим при дистанционном обучении задания нами расширяются и углубляются, вводятся элементы их визуализации.

Для повышения уровня сложности часть ситуаций (жалобы, анамнез, состояние полости рта) излагается письменно. Далее студентам вместо описания некоторых объективных данных предлагается оценить одну, две или три фотографии пациента, отражающие клиническую картину, и при необходимости рентгенограммы. К предложенной в таком варианте клинической ситуации прилагается несколько вопросов.

При правильной оценке данных, изложенных в ситуационной задаче и полученных при оценке фотографий и рентгенограмм, студент сможет поставить предварительный диагноз, определить этиологию заболеваний, назначить необходимые дополнительные методы исследований, если он имеет определенный уровень знаний. С учетом полученных данных студент разрабатывает план лечения.

Преимуществами таких ситуационных задач с элементами визуализации является возможность оценки знаний студентов преподавателем и одновременное обучение в процессе разбора задания.

Таким образом, классические клинические задачи дополняются нами подачей фрагмента ситуации в виде изображения, что требует от обучаемого более высокого уровня владения материалом и позволяет усовершенствовать методику дистанционного обучения.

---

*Чижевский И.В., Ермакова И.Д., Зенько Н.А.*

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

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА АПРОКСИМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ СУПЕРФЛОССА У ПАЦИЕНТОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ**

**Цель исследования.** Обобщить имеющиеся данные и проанализировать собственный клинический опыт использования суперфлоссов у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью брекет-систем.

**Материалы и методы.** Проведен анализ ассортимента суперфлоссов, представленных на современном рынке, и оценена эффективность применения «Oral-B Super floss» у 25 пациентов 14-18 лет, проходивших лечение брекет-системами на базе кафедры стоматологии детского возраста.

**Результаты и обсуждение.** Общеизвестно, что основными средствами индивидуальной гигиены полости рта являются зубная щетка и зубная паста. Однако около трети поверхности зуба (а именно межзубное пространство) является недоступным участком для очистки от зубного налета с помощью зубной щетки. Особенно сложным становится уход за полостью рта, в том числе за межзубными пространствами, когда в полости рта пациента находятся ортодонтические конструкции. Удалять зубной налет становится крайне сложно при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами (брекет-системами): под замками, дугами, резинками и цепочками, поэтому был разработан особый вид нити – суперфлосс. Суперфлосс – специфическое средство интердентальной гигиены, предназначенное для очистки широких межзубных промежутков, мостовидных протезов, коронок, имплантатов, брекет-систем и других ортодонтических конструкций. Это уникальная нить, которая состоит, как правило, из трех частей, переходящих одна в другую: 1-я часть – твердое волокно для проведения

суперфлосса под или между конструкциями, 2-я часть – широкое губчатое нейлоновое волокно для удаления налета и остатков пищи и 3-я часть – обычный флосс для чистки нормальных межзубных промежутков. При анализе современного рынка продукции для индивидуальной гигиены полости рта нами установлено, что ассортимент суперфлоссов представлен несколькими брендами: «Oral-B Super floss», «суперфлосс Edel+White Super Soft», зубная нить «GUM Ortho», «Paro Brush'n Floss», «Емоформ Емоформ Trioфloss» и др.

Нами была изучена эффективность гигиенического ухода за межзубными поверхностями с помощью «Oral-B Super floss» у 25 пациентов. Все пациенты проходили обучение особенностям индивидуальной гигиены полости рта при лечении брекетами. Оценка эффективности гигиенического ухода за аппроксимальными поверхностями оценивали в процессе контролируемой чистки зубов. В условиях стоматологического кабинета пациенты осуществляли чистку зубов с помощью щетки и пасты, а затем проводили флоссинг. Далее пациенту предлагали окрасить оставшийся зубной налет с помощью таблетки «Paro Plak 2». После этого определяли аппроксимальный индекс зубной бляшки (API – approximal plaque index). Оценивали наличие окрашивания на видимой части контактных поверхностей: 1 квадрант – по вестибулярной, 2 квадрант – по оральной. Наличие окрашивания после проведения процедуры флоссинга учитывали как присутствие зубного налёта.

Установлено, что у 19 (76,0±8,54%) пациентов полностью отсутствовало окрашивание видимых частей контактных поверхностей. Еще у 4 (16,00±7,33) межзубные промежутки во фронтальном участке не окрашивались, а в боковых участках имелось окрашивание. И у 2 пациентов (8,0±5,43%) практически все межзубные промежутки были окрашены. У пациентов, у которых аппроксимальные поверхности были недостаточно очищены, отмечено несовершенство техники и недостаточное время флоссинга. У пациентов, старательно осуществлявших флоссинг, не наблюдалось появления кариозных полостей на аппроксимальных поверхностях в течении 2 лет.

Выводы. Применение «Oral-B Super floss» у пациентов, находившихся на лечении брекетами, продемонстрировало высокую эффективность.

*Чижевский И.В., Лотарева В.К.*

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

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМПОЗИТА И КОМПОМЕРА НА ПУЛЬПУ ЗУБА У ДЕТЕЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ**

Актуальность. Гипоплазия эмали является наиболее распространенной патологией твердых тканей зубов после кариеса с которой сталкиваются детские врачи-стоматологи в каждодневной практике. При этом перед стоматологом стоит вопрос о выборе материала для пломбирования фронтальной группы постоянных зубов у пациентов с гипоплазией. Так как это эстетически важная зона, то необходимо знать влияние современных пломбировочных материалов на пульпу зуба, чтобы обеспечивать безопасность, долговечность, функциональность и эстетику реставрации.

Цель исследования. Изучить и сравнить влияние композита (Estelite Asteria) и компомера (Dyract) на пульпу зуба у детей с гипоплазией эмали при помощи электроодонтодиагностики (ЭОД).

Материалы и методы. Клинические исследования были проведены на базе кафедры стоматологии детского возраста. В эксперименте участвовало 30 детей, возрастом от 14 до 16 лет, которых разделили на две равные группы. Родители пациентов подписали письменное согласие на медицинское вмешательство. Перед началом работы у всех детей был проведен тщательный сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, оценивание гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Грина-Вермильона и рассчитали его средний показатель для двух групп, провели витальное окрашивание зубов 2% раствором метиленового синего для подтверждения диагноза гипоплазия эмали. Пациентам реставрировали 36 постоянных резцов верхней челюсти. В I группе использовали композит Estelite Asteria (ТОКУЯМА); во II группе компомер Dyract (Dentsply). Для оценки состояния пульпы использован метод электроодонтодиагностики (ЭОД). Диагностические мероприятия проводили: в 1 посещение, через 3 месяца и 6 месяцев.

Результаты исследования. У обследованных пациентов средний показатель индекса гигиены до вмешательства для двух групп составил 1,2 (удовлетворительный). После установки пломб были получены такие результаты: средний показатель ЭОД для I группы составил 9,8 мкА, что является верхней границей нормы, для II группы – 6,1 мкА. Во второе посещение в I группе показатели ЭОД составили 7,8 мкА; во II группе – 5,4 мкА; при этом пациенты первой группы предъявляли жалобы на кратковременную чувствительность от холодного, чего не было у пациентов второй группы. Краевое прилегание пломб нарушено не было. В третье посещение: в I группе ЭОД в среднем 6,8 мкА; во II группе ЭОД равен 4,7 мкА; Пациенты обеих групп жалоб не предъявляли, эстетически реставрации выглядели удовлетворительно, нарушения краевого прилегания обнаружено не было.

Вывод. Данное исследование подтверждает тот факт, что современные стоматологические пломбировочные материалы не оказывают негативного влияния на пульпу зуба и обеспечивают хороший эстетический результат. Показатели во второй группе, где использовался компомер, были существенно лучше, чем в первой группе, где использовался композит. Также следует отметить, что пациенты второй группы не предъявляли никаких жалоб в течение всего исследования, в то время как пациенты первой группы отмечали кратковременную чувствительность на холодное, через 3 месяца после постановки пломбы. В то же время, в третье посещение жалобы у всех 30 детей отсутствовали. Таким образом компомер является более предпочтительным материалом в выборе лечения зубов с гипоплазией эмали. Следует продолжить наблюдение за пролеченными нами детьми с целью оценки состояния изготовленных пломб в отдаленные сроки.

---

*Чистяков А.А., Седаков И.Е., Степанов А.И., Ползиков Г.Н., Глазков А.И.*

Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА НЕБНЫХ МИНДАЛИН**

Комплексное лечение рака небных миндалин 2-3 стадии в 50% случаев не дает долгосрочных положительных результатов, развитие рецидивов или метастазирования проявляется через 8-16 мес.

Улучшение отдаленных результатов комплексного лечения рака небных миндалин с применением криохирургии является основной целью исследования.

Исследована группа пациентов с 2-3 стадией без регионарного метастазирования, которым после завершения комплексного химиолучевого лечения выполнена криодеструкция опухоли с захватом прилежащих анатомических структур. Уникальность метода заключается в его малоинвазивности, уменьшении интраоперационных и послеоперационных осложнений, снижении вероятности локального рецидива опухоли. Произведено 8 криодеструкций плоскоклеточной карциномы небной миндалины с распространением на переднюю или заднюю небную дужку, частичной инвазией слизистой оболочки мягкого неба. В предоперационном периоде проводилась оценка эффективности проведенного лечения. Клинически определялось уменьшение опухолевой инфильтрации до пределов капсулы небной миндалины в 5-ти случаях и с сохраняющейся частичной инфильтрацией небной дужки в 3-х случаях. По данным СКТ глубокого инвазивного опухолевого роста или поражения лимфатического аппарата шеи также зафиксировано не было.

Произведено 3 цикла криоаппликаций по типу «олимпийских колец» с разрушением небной миндалины и всей инфильтрированной опухолью слизистой оболочки вокруг на глубину аппликатора (1,5 см) и формирования «воронки» с частичным захватом здоровых тканей на расстояние в 1,0 см от края опухоли. При контрольном осмотре через 3 месяца после операции формировался нежный келлоидный рубец до 2,5-3,0 см вместе применения крио аппликатора, опухолевого роста выявлено не было. Слизистая оболочка вокруг рубца имела вид нормальной, не измененной. По данным УЗИ лимфатических узлов шеи и подчелюстной области изменений воспалительного или неопластического характера не определялось. По данным СКТ опухолевого роста в проекции ротоглотки, лимфатического аппарата шеи и мягких тканей шеи не определялось. При контрольном осмотре через 6 месяцев рецидива опухоли в ротоглотке и метастазов в регионарные лимфатические узлы не выявлено.

По данным СКТ через 6 месяцев в зоне оперативного вмешательства и окружающих мягких тканях опухолевого роста не выявлено.

Предложенный метод оперативного лечения является достаточно эффективным, малоинвазивным и более абластичным, имеет достаточные основания для применения в хирургической практике, однако требует дальнейших исследований и оценки отдаленных результатов лечения.

---

*Чурилов А.В., Былым Г.В., Подоляка Д.В., Егорова М.А., Тутов С.Н.*

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

## **ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

**Введение.** Процесс обучения в медицинском вузе направлен на достижение конечных целей обучения. Движение к ним осуществляется через достижение промежуточных целей, которые определяются вкладом каждой учебной дисциплины в конечный результат. Порядок изучения дисциплин соответствует логике развития клинического мышления: от физико-химических и медико-биологических дисциплин, дающих фундаментальные знания, к специальным медицинским дисциплинам, формирующих способность решать профессиональные клинические задачи.

**Основная часть.** Перед сотрудниками кафедры постоянно стоит задача постоянного совершенствования процесса обучения, внедрения более современных методов обучения и способов наиболее объективной оценки знаний. Следует помнить, что основные организационно-методические аспекты обучения в медицинском вузе должны формироваться на основе образовательного стандарта подготовки специалиста, используя:

- общепринятые методики преподавания с учетом индивидуальных особенностей студентов, работы базового лечебного учреждения и др.;
- организацию самостоятельной работы студентов с созданием условий для повышения их знаний и приобретения практических навыков;
- динамичное управление процессом отработок занятий с использованием тестового контроля знаний, ситуационных задач, а также дежурств в клинике под руководством преподавателей;
- обеспечение комплексного подхода к формированию у выпускников клинического мышления, способности к решению стандартных и нестандартных творческих задач;
- непрерывную специальную подготовку преподавателей, совершенствование педагогических и теоретических знаний.

Энергичное внедрение новых технических средств обучения и унификация методических подходов в преподавании позволяют минимизировать издержки организации учебного процесса. Вместе с тем современные технологии в учебном процессе не в состоянии заменить контакт между студентом, преподавателем и пациентом.

Как пример, проведенный нами анализ опыта преподавания акушерства и гинекологии свидетельствует о том, что стремление при внедрении прогрессивных форм обучения, сохранить основные клинические принципы традиционной системы преподавания. Прежде всего, это принцип практической направленности, что имеет решающее значение в подготовке врача общего профиля.

Безусловно, здесь важно все: владение методикой обследования пациентки, знание диагностики и подходов в лечении, умение оказать неотложную помощь в экстренных ситуациях матери и ребенку и первую помощь пациентам в женской консультации, умением вести диспансерное наблюдение беременной и многое другое.

К сожалению, в последние годы наблюдается тенденция к уменьшению количества часов на изучение акушерства и гинекологии в общей программе обучения. В этих условиях большинство студентов пассивно относятся к прохождению акушерско-гинекологического цикла и нередко отдают предпочтение другим специальностям. Такое отношение выпускников к прохождению различных дисциплин в значительной степени обусловлено тем, что студенты на 6-м курсе, как правило, выбирают специальность, в которой они намерены работать после окончания ВУЗа.

**Заключение.** Подводя итог, следует отметить, что сегодня, как никогда, необходима гибкость и лабильность системы обучения, так как необходимо сочетать новейшие достижения системы обучения с традиционными формами, новейшие достижения науки и практического здравоохранения с рутинными методами исследования и этическими аспектами общения с пациентом. Переход на новые формы обучения с сохранением всего лучшего от фундаментальных форм обучения.

---

*Чурилов А.В., Мацынин А.Н., Чурилов А.А.*

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

## **НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ САКРОВАГИНОПЕКСИИ**

Актуальность темы. Проблема пролапса тазовых органов остается актуальной на современном этапе. В настоящее время существует ряд хирургических методик коррекции данного патологического состояния. Тем не менее, высокая частота рецидивов пролапса тазовых органов после проведения хирургической коррекции остается серьезной проблемой современной гинекологии. В специальной медицинской литературе появляются сведения о разработке новых методик хирургической коррекции тазового пролапса. Одним из самых популярных и изученных методов кольпо- и гистеропексии является сакровагинопексия. Однако и данная методика имеет ряд противопоказаний и не исключает возникновение осложнений и рецидивов.

Целью настоящего исследования стало оценить эффективность и безопасность унилатеральной сакровагинопексии с использованием синтетического монофиламентного эндопротеза, поведенного «изнутри-кнаружи».

Материалы и методы исследования. В исследование включены 17 пациенток с переднеапикальным пролапсом III-IV стадий по классификации Baden-Walker, прооперированных по предложенной методике. Возраст пациенток колебался от 38 до 44 лет, а средний возраст составил  $38,3 \pm 3,3$  года. Послеоперационное обследование проводили через 2; 6 и 12 месяцев. Контроль выполнялся путем сбора жалоб, проведения влагалищного осмотра с оценкой наличия и степени пролапса по системе POP-Q.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила  $38,0 \pm 10,6$  минуты. В одном случае интраоперационно отмечено кровотечение, связанное с повреждением восходящей ветви маточной артерии. Кровотечение устранено, операция продолжена. Кровопотеря составила 220,0 мл. Повреждений мочевого пузыря и прямой кишки не наблюдалось. Продолжительность послеоперационного периода составила 4-6 суток. В послеоперационном периоде практически у всех больных отмечалось значительное улучшение показателей POP-Q при сохраненной общей длине влагалища. В течение 12 месяцев наблюдения рецидив на апикальном уровне выявлен у 2 (11,8%) пациенток, в переднем отделе – у 2 (11,8%). Осложнений в виде формирования эрозии слизистой влагалища и болевого синдрома не отмечалось. Все пациентки после оперативного лечения отмечали существенное улучшение качества жизни. В одном случае (5,9%) отмечено появление диспареунии.

**Заключение.** Учитывая полученные предварительные результаты следует признать, что унилатеральная сакровагинопексия с использованием синтетического сетчатого протеза, поведенного «изнутри-кнаружи», позволяет обеспечить надежную фиксацию, снижает частоту возможных осложнений и может рекомендоваться для хирургической коррекции пролапса тазовых органов.

---

*Чурилов А.В., Петренко М.Г., Данькина И.А., Джеломанова С.А.*

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

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕРКЛЯЖА ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

В практике акушера-гинеколога дисфункция шейки матки относится к одним из основных факторов привычного невынашивания и преждевременных родов, которые влекут за собой в последующем

широкий круг медико-социальных проблем. На долю истмико-цервикальной недостаточности приходится 15-40% поздних самопроизвольных выкидышей и 30-35% спонтанных преждевременных родов. Помимо медицинских аспектов данной проблемы, невынашивание беременности оказывает значительное психологическое влияние на женщин и их партнеров. Для большинства пар потеря беременности независимо от срока рассматривается как утрата новорожденного, как потеря надежд и планов, которые будущие родители строили в связи с еще не родившимся ребенком. Таким образом, невынашивание беременности является отрицательным событием и с медицинской точки зрения, и в психологическом плане. Поэтому одной из задач врача акушера-гинеколога является организация оптимальной медицинской помощи, в том числе выбор эффективной лечебной тактики.

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования серкляжа при истмико-цервикальной недостаточности.

**Материал и методы исследования.** Для определения наличия причин, которые могут повлиять на неблагоприятное течение и последствие беременности, нами было комплексно обследовано 70 беременных женщин с истмико-цервикальной недостаточностью, коррекция которой проводилась с наложением серкляжа на шейку матки (основная группа). Контрольную группу составили 30 беременных женщин без истмико-цервикальной недостаточности. Изучив проспективно в динамике вынашивание и исход беременности у женщин основной группы, для выполнения поставленной цели мы разбили ее на 2 подгруппы: I-я подгруппа – 26 (41,5%) женщины с истмико-цервикальной недостаточностью и неблагоприятным исходом беременности (выкидыш до 22 недель беременности у 6 женщин и преждевременные роды у 20 пациенток) и II-я подгруппа – 44 (58,5%), у которых роды были срочными (после 37 недель).

**Результаты и их обсуждение.** Установлена зависимость неблагоприятных последствий беременности у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью от вида используемого материала, техники наложения шва и срока коррекции серкляжа: наименьшая частота неблагоприятных последствий отмечена при профилактическом серкляже, а самая высокая – при экстренном. Процент профилактического серкляжа при неблагоприятных последствиях беременности составил всего 9,8% против 31,6% ( $p < 0,05$ , ОШ=0,22, ДИ: 0,06; 0,85), достоверное отношение шансов (ОШ) указывает на эффективность профилактического серкляжа в предотвращении преждевременных родов, и как следствие продолжение беременности. Экстренный серкляж оказался наименее эффективным в отсрочке родов, частота применения этого вида серкляжа составила 25,5% и 9,7% соответственно ( $p < 0,05$ , ОШ=3,78, ДИ: 1,05; 13,56). При оценке эффективности, одним из критериев выявляется вид используемого материала для наложения серкляжа как в случаях профилактического так и экстренного его применения в тактике ведения, также имеет место достоверно значимый результат вынашивания беременности и как исход – роды.

**Вывод.** Высокая доля неблагоприятных последствий беременности, что непременно отразится на увеличении заболеваемости женщин и детей в будущем, обуславливает высокую социальную значимость проблемы истмико-цервикальной недостаточности и еще раз указывает на необходимость усовершенствования тактики ведения беременности при ИЦН для повышения эффективности их уменьшения.

---

*Чуркин Д.В., Фролова С.Ю., Ищенко В.Д., Карпушев С.А.*

ГБОУ ВО «Донецкое высшее общевойсковое командное училище», г. Донецк  
 ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
 Народный Совет Донецкой Народной Республики

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИЮ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОНФЛИКТА ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ**

Военная служба представляет собой специфичный род профессиональной деятельности, который по интенсивности воздействия производственных факторов, в период выполнения служебно-боевых

и служебных задач, может быть отнесен к тяжелому труду, в период выполнения боевых задач – к опасному труду, в период выполнения учебных и служебных задач – к труду с допустимым уровнем нагрузки.

Период, связанный с подготовкой к выполнению боевых и служебно-боевых задач, в ходе которого военнослужащие осваивают основные навыки, можно рассматривать как оптимальные, с гигиенической точки зрения условия труда, призванные обеспечить адаптацию новобранца к условиям военного труда и полевого размещения.

Необходимо отметить, что в период обучения на организм новобранца оказывается комплексное воздействие ряда факторов, которые оказывают положительное влияние на функциональное состояние организма формируя резерв адаптации, обеспечивающий возможность адекватного выполнения боевых задач. К таким факторам относятся: рациональный режим активности и отдыха, оптимальный режим физической и двигательной нагрузок, рациональное питание, специфические гигиенические мероприятия, в первую очередь закаливание.

Несомненно, значительное влияние оказывают мероприятия психопрофилактической и психогигиенической направленности, связанные в том числе с проведением с новобранцами воспитательной работы.

При этом объективно обусловленное психоэмоциональное напряжение, связанное с предстоящим участием в боевых действиях, оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма новобранцев, их адаптацию и в конечном итоге, готовность к военной службе. Наиболее значимым проявлением психоэмоционального напряжения является нарушение ночного сна, в первую очередь засыпания, что приводит к снижению активности новобранца.

Для принудительной стимуляции активности в дневное время суток часть новобранцев используют безалкогольные тонизирующие напитки (БТН) на основе суточной дозировки кофеина и таурина в одной единице продукта. Дальнейшее увеличение потребления БТН формирует замкнутый круг, связанный с нарастающей циркуляцией психоэмоционального напряжения, расстройствами сна и ростом объема и кратности потребления БТН, что в конечном итоге приводит к формированию расстройства адаптации, что значительно снижает показатели военно-профессиональной готовности военнослужащего.

Рекомендуемой мерой профилактики следует полагать расширение форм воспитательной работы в учебном периоде, привлечение специалистов-психологов, борьбу с потреблением БТН, в том числе путем ограничения их реализации военнослужащим.

---

**Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф.**

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

## **ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.**

Цель исследования – повышение эффективности диагностики на ранних стадиях формирования кардиоваскулярных изменений у детей с сахарным диабетом 1 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 32 ребёнка от 4 до 17 лет (12 мальчиков и 20 девочек) с продолжительностью течения от впервые выявленного СД до 12,5 лет. В первую группу вошли 19 детей (7 мальчиков и 12 девочек) с длительностью СД от впервые выявленного до 5 лет, во вторую – 13 пациентов (5 мальчиков и 8 девочек) с продолжительностью заболевания от 5 до 12,5 лет. У 10 (31,25%) пациентов диагностировано среднетяжёлое, у 22 (68,75%) – тяжёлое течение СД. На момент исследования 19 (59,4%) детей находились в состоянии субкомпенсации, 13 (40,6%) – декомпенсации СД без кетоза и кетоацидоза. Третью группу составили 26 практически здоровых ровесников. Всем детям проведены клинические обследования, ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием комплекса DX-AKM-03 ArNika (г. Харьков), эхо-КГ на аппарате ACCUVIX Медисон (Ю.Корея).

Результаты. При объективном осмотре у 24 (75%) детей выявлялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У 11(34,4%) отмечалась тахикардия, у 3(9,4%) – брадикардия, у

7(21,8%) – аритмии, ослабление сердечных тонов – у 13 (40,6%) обследованных, смещение границ сердца в 4(12,5%) случаях, систолический шум на верхушке и в V точке выслушивался у 9(28%) пациентов, изменения АД– у 8 (25%) детей.

Изменения на ЭКГ отмечались у детей из первой группы – в 14 (43,75%) случаях, во второй – в 24 (75%) наблюдениях. У 22 (68,75%) детей выявлены признаки нарушения процессов реполяризации, у 13 (40,62%) – замедление внутрижелудочковой проводимости, в 8 (25%) случаях – синусовая тахикардия, брадикардия – у 4 (12,5%) детей, нарушение ритма – у 22 (68,75%), неполная блокада правой ножки пучка Гисса– у 5 (15,62%) пациентов.

При суточном мониторинге ЭКГ синусовая тахикардия отмечалась у 25 (78,1%) детей, у 21 (65,6%) – суправентрикулярная экстрасистолия, у 23 (71,8%) обследованных – желудочковая экстрасистолия, преимущественно I градации, синдром укорочения интервала PQ – у 13 (40,6%), у 8 (25%) пациентов – миграция суправентрикулярного водителя ритма.

При проведении эхо-КГ выявлялись малые аномалии развития структур сердца в обеих группах: у 8 (25%) пациентов – пролапс митрального клапана I степени, у 9 (28,1%) детей – дополнительные хорды, у 1 (3,2%) ребёнка – пролапс трикуспидального клапана I степени. Толщина миокарда у больных обеих групп не изменена по отношению к таковой у здоровых детей. При СД от 1-5 лет у 8 (42,1%) детей отмечались следующие изменения: увеличение конечного диастолического индекса (КДИ) и ударного индекса (УИ), снижение общего периферического сопротивления сосудов, снижение скорости потока в фазу позднего наполнения (VA), нормальная скорость потока в фазу раннего наполнения (VE) и увеличение соотношения VE/VA. Во второй группе изменения определялись у 10 (77%) пациентов: КДИ и УИ снижались, ОПСС увеличивалось, VA не изменялась, а VE увеличивалась, соотношение скоростей VE/VA уменьшалась по сравнению со здоровыми сверстниками.

**Заключение.** Проявления и выраженность кардиоваскулярных изменений у детей зависит от длительности и тяжести СД. Мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы у детей при СД, позволяет на ранних этапах диагностировать диабетические кардиоваскулярные изменения, своевременно проводить их лечение, улучшать течение заболевания, а также качество и продолжительность жизни пациентов в будущем.

**Шабанов О.В., Шабанов В.Н.**

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

## **СВЯЗЬ ИСХОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ С СОДЕРЖАНИЕМ ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 БЕТА(IL-1SS) В ЭКССУДАТЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА**

**Актуальность**

При одновременном изучении влияния различных факторов на исходы эндодонтического лечения было показано, что состояние апикальной констрикции, являющейся клиническим маркером наружной резорбции твердых тканей корня зуба, является наиболее значимым прогностическим фактором для оценки исходов эндодонтического лечения. Считается, что степень резорбции пропорциональна тяжести воспаления и идет параллельно с костной резорбцией, однако, как было показано, в отличие от кости резорбция апикальной части корневого канала крайне редко может быть обнаружена на рентгенограммах. Было высказано предположение, что причиной неудач эндодонтического лечения могут быть микроорганизмы, организованные в зубную бляшку, в лакунах резорбированного цемента и дентина.

**Цель**

Установить различия в содержании IL-1 $\beta$  в экссудате корневого канала при благоприятном и неблагоприятном исходах эндодонтического лечения при различных состояниях апикальной констрикции.

**Материал и методы**

Исследование было проведено на 76 зубах, леченых по поводу хронических и периодонтитов в стадии обострения. Проводили определение рабочей длины корневых каналов тактильным методом



(ТРД) по методике Петрова С.Н., электронным методом (ЭРД), при помощи апекслокатора Bingo – 1020. Полученные данные были сопоставлены с рентгенологической рабочей длиной (РРД), определенной по методу Ingle на уровне 1 мм до рентгенологической верхушки корня зуба. В результате были сделаны выводы о состоянии апикальной констрикции и определены границы апикального препарирования. Было взято 76 проб периапикального экссудата при первичном обращении. Бумажные штифты, пропитанные экссудатом периапикальных тканей, были переданы в лабораторию для иммуноферментного анализа (метода сплайнов), на количественное определение IL-1 $\beta$ .

Результаты и обсуждение

Результаты выявили увеличение содержания IL-1 $\beta$  при активной фазе воспаления, частичной и особенно полностью разрушенной апикальной констрикции (патологически открытом апексе).

Выводы

Прогрессия или разрешение периапикальной гранулемы в значительной степени зависит от состояния апикальной констрикции. В пределах настоящей работы можно заключить, что содержание IL-1 $\beta$  в экссудате корневого канала не способно отражать его роль в исходах эндодонтического лечения.

---

*Шагинян Г.Г., Карева С.А., Любимов С.Н.*

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва

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

ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева, г. Москва

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КРАНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Лечение пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в настоящее время имеет огромное социально-экономическое значение. В структуре летальности от всех видов травм около 40% приходится на ЧМТ. Огромны экономические потери в связи с временной и стойкой потерей трудоспособности пострадавших.

Общепринятой тактикой лечения острых травматических внутричерепных гематом, очагов ушиба и разможжения головного мозга являются их ранняя диагностика и удаление до наступления дислокации, вклинения и необратимых изменений в стволовых структурах мозга. Наиболее часто при лечении ЧМТ выполняется декомпрессивная трепанация черепа (ДТЧ), позволяющая контролировать внутричерепное давление (ВЧД), снизить смертность выживших с широким диапазоном вариантов исходов.

Условиями успешного выполнения являются подвисочная декомпрессия до основания СЧЯ, размер трепанационного окна должен иметь достаточный размер – 12,0 x 15,0 см, обязательная свободная пластика твердой мозговой оболочки (ТМО).

Несмотря на то, что существует большое количество литературы, посвященной ДТЧ при ЧМТ, в ней не содержится рекомендаций по краниопластике (КП), заключающейся в реконструкции дефекта черепа после ДТЧ. Как следствие, некоторые вопросы остаются открытыми.

Целью нашей работы является анализ данных литературы, посвященных вопросам краниопластики после ДТЧ и осложнениям после реконструктивных вмешательств у этой группы пострадавших.

К наиболее широко распространенным показаниям для КП относят: восстановление дефекта черепа; профилактика или лечение осложнений, связанных с ДТЧ, включая немозговые скопления жидкости, нарушение циркуляции спинномозговой жидкости (СМЖ), приводящее к гидроцефалии; появление и нарастание психических изменений; задержка или неполноценная реабилитация и т.д.

Оптимальный пластический материал должен быть биодegradуемый, биосовместимый, доступный, легкий, с низкой термо- и электропроводимостью, без экзотермического эффекта, нетоксичный, МРТ – совместимый, прост в стерилизации, имеющий низкую стоимость.

Оптимальное временное окно для проведения КП может коррелировать с клинической картиной, включая наличие нестабильной гемодинамики, респираторных нарушений, наличие инфекционных осложнений, уровень сознания, вегетативный статус, замедленное заживление ран от первоначальных операций или других операций, связанных с сочетанностью травмы, продолжающееся кровотечение, или любое состояние, связанное с самой травмой (например, головного мозга) на момент предполагаемой КП.

Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде является эпидуральное скопление крови, истончение кожных покровов с образованием дефектов или свищевых ходов с последующим инфицированием всей хирургической раны.

Достижения современной нейрохирургии позволили значительно расширить возможности лечения пострадавших с последствиями тяжелой ЧМТ, однако дальнейшее повышение его эффективности остается весьма актуальной проблемой

---

**Шагинян Г.Г., Карева С.А., Шаров А.В.**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва

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

ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева, г. Москва

## **ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**Актуальность:** Новая коронавирусная инфекция, вызываемая вирусом SARS-CoV-2, стала одной самых смертоносных пандемий последнего столетия. Внелегочные осложнения возникают даже на фоне адекватно проводимой этиотропной, патогенетической терапии.

**Материалы и методы.** В клиниках кафедр нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии РМАН-ПО – ГКБ Ф.И.Иноземцева (г. Москва) в период с сентября 2021 по 2022 год пролечено 25 пациентов с остеомиелитом верхней челюсти, скуловой, решетчатой костей. В дальнейшем у 2 пациентов выявлен остеомиелит костей мозгового отдела черепа. Им потребовалось проведение резекционной трепанации с иссечением остеомиелитически измененных лобных, теменных и височных костей.

**Обсуждение.** Факт прямого цитотоксического действия вируса SARS-CoV-2 на эндотелий доказан: у всех пациентов с COVID-19 в крови циркулирует значительное число эндотелиоцитов, имеющих на мембране многочисленные отверстия, сопоставимые по диаметру с размером суперкапсида вируса SARS-CoV-2.

Опосредованное действие вируса проявляется при гиперактивации врожденного и приобретенного иммунитета. Цитокиновый шторм способствует свободнорадикальному перекисному окислению липопротеидов стенки сосудов по всему организму, что в свою очередь приводит к стимуляции плазменного и тромбоцитарного пути свертывания крови. В работах Paul-Jones, C.J.Glueck, W. Drescher и др. была установлена корреляция между гиперкоагуляцией и развитием у пациентов остеонекроза.

Принимаемые при среднетяжелой и тяжелой формах COVID-19 кортикостероиды способствуют резорбции костной ткани. При этом кости черепа в связи со спецификой эмбрионального развития имеют наиболее низкие регенераторные свойства. И это не единственная проблема: при посеве содержимого абсцессов на стерильность у пролеченных нами пациентов были выделены возбудители оппортунистических инфекций, что свидетельствует о значительном снижении иммунитета.

Наличие тромбоза сосудов удалось подтвердить не у всех больных в виду ретроспективного исследования. Однако обращают на себя внимание два симптомокомплекса, неизменно сопровождающие остеонекроз краниофациальной области на фоне постковидных лабораторных изменений крови. Во-первых, возникновение первичного очага остеонекроза в бассейне верхнечелюстной артерии в среднем через 14 дней от начала COVID-19, отрицательные результаты при первых посевах на микрофлору, отсутствие стоматологических вмешательств в течение предшествующих 6 месяцев. Во-

вторых, появление нестерпимой головной боли, боли в области глазного яблока и лба, отчетливых признаков нарушения венозного оттока, возникновение наружной офтальмоплегии, расстройства чувствительности в зоне надглазничного нерва.

Результаты. Пациенты с обширными резекциями костей краниофациальной области имеют не только косметический дефект, но и функциональные нарушения, проявляющиеся изменением зрительной оси, диплопией, снижением полей зрения, нарушением носового дыхания и прикуса. Пластика дефектов возможна только после абсолютного устранения воспалительных изменений и не ранее чем через год после начала антимикотической терапии. Это ассоциировано с тяжелыми психическими нарушениями и социальной дезадаптацией. Необходим комплексный мультидисциплинарный анализ и создание новых рекомендаций по тактике ведения пациентов с COVID-19.

---

**Шагинян Г.Г., Садилов Ш.М., Карева С.А., Любимов С.Н.**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,  
г. Москва

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

ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева, г. Москва

ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского», г. Махачкала

## **ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ FOUR У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ**

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из ведущих причин смерти и инвалидизации во всем мире. От 20 до 25% от всех черепно-мозговых повреждений приходится на тяжелую ЧМТ, которая характеризуется высокой летальностью от 60 до 80%. Одной из причин такой высокой летальности является неправильная оценка степени тяжести состояния пациента. На данный момент шкала комы Глазго (ШКГ, The Glasgow Coma Scale, GCS) является золотым стандартом для оценки уровня сознания у пациентов реанимации и интенсивной терапии. Однако, существует шкала Full Outline of UnResponsiveness (FOUR), имеющая несколько ключевых преимуществ для пациентов с тяжелой ЧМТ, которым осуществляется респираторная поддержка, для пациентов с различными формами афазии, а также с поражением речевого аппарата. В данной шкале оцениваются четыре критерия: открывание глаз, двигательный ответ, рефлексы ствола мозга и дыхательный паттерн. Благодаря оценке стволовых структур есть возможность определить степень выраженности дислокационного синдрома и отследить его динамику, по этой же причине можно определить уровень церебрального поражения.

Цель исследования: оценка эффективности применения шкалы FOUR в определении степени нарушения сознания пациентов с ЧМТ.

Материал и методы. В период с января 2020 года по январь 2021 года производилась проспективная оценка неврологического статуса 53 пациентов с ЧМТ при помощи шкал комы Глазго (GCS) и FOUR в условиях отделения анестезиологии и реанимации нейрохирургического профиля, на двух клинических базах кафедры нейрохирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО г. Москвы.

Средний возраст был 46 лет (диапазон 23-79). Диагноз ЧМТ включал внутричерепное кровоотечение/ушибы головного мозга (n=11), субарахноидальное кровоизлияние (n=11), субдуральная гематома (n=9), эпидуральная гематома (n=2). У 37 пациентов было обнаружено смещение срединных структур мозга более 5 мм относительно средней линии. Хирургическое лечение выполнено 42 пациентам и включало декомпрессионную трепанацию с различными опциями. Для 37 пациентов была выполнена резекционная трепанация, четырем пациентам – трепанация, а в одном наблюдении – костнопластическая трепанация. Остальным 11 пациентам проводилась интенсивная противоотечная и сосудистая терапия. Функциональные и неврологические исходы были плохими у 12 пациентов, о чем свидетельствуют показатели mRS 3-6 и GOS 1-3. Шестеро пациентов скончалось.

Наше исследование показало, что существует проблема недооценки уровня сознания пациентов в критических состояниях при использовании ШКГ: в исследовании присутствуют пациенты с мини-

мальным баллом по GCS = 3, в то время как при оценке по шкале FOUR были получены различные результаты у этих же пациентов. Данный момент очень важен, так как при ЧМТ повышение общего балла при оценке по шкале FOUR уменьшает вероятность внутрибольничной смертности и инвалидизации.

Вышеперечисленные особенности шкалы FOUR не умаляют актуальности шкалы GCS в целом, поскольку она удобна в применении, универсальна, используется повсеместно, а ее эффективность доказана. Однако преимущества использования шкалы FOUR для пациентов с тяжелой ЧМТ очевидны, что должно способствовать ее активному внедрению и использованию в стационарах и клиниках различного профиля, особенно отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

---

*Шагинян Г.Г., Хандзрацян А.С., Карева С.А.*

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,  
г. Москва

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Пенза  
ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева, г. Москва

## **Герметизация основания черепа при тяжелой краниофациальной травме**

Краниофациальная травма составляет 6-9% от всех видов черепно-мозговой травмы (ЧМТ), что объясняется этиологией получения травмы. Базальной ликвореей сопровождается около 2-3% ЧМТ, с увеличением частоты ее встречаемости у коматозных больных до 6%. У пострадавших с переломами основания черепа базальная ликворея выявляется в 12-30% случаев.

Целью настоящего исследования было усовершенствование показаний, сроков и тактики хирургического лечения больных с риноликвореей при тяжелых краниофациальных травмах в остром периоде повреждения.

В основу работы положен анализ данных 122 пациентов с тяжелой краниофациальной травмой, осложненной риноликвореей. Возраст пациентов варьировал от 15 до 77 лет (средний возраст 35,8 лет). Обследование пострадавших проводилось по стандартизированному протоколу, состоящему из оценки клинических данных при поступлении и в динамике, данных лабораторных и физиологических исследований, а также инструментальных методов исследований.

В основную группу вошли 46 пациентов с тяжелой открытой проникающей краниофациальной травмой с наличием или отсутствием сопутствующей внутримозговой патологии. Пациентам выполнялась транскраниальная «сэндвич» пластика дефектов твердой мозговой оболочки (ТМО) и основания черепа. Для закрытия дефектов основания черепа и ТМО, помимо общеизвестных материалов (надкостничный лоскут, широкая фасция бедра, фасция височной мышцы, тахокомб, жир и т.д.) мы начали использовать мембрану «ЭластоПОБ», которая создана на основе бактериального сополимера полиоксипропиридата и высокомолекулярного гидрофильного пластификатора, повышающего его гидрофильность и эластичность. Рецидивов ликвореи в этой группе не было. Осложнения – эпидуральная эмпиема – 1 больной, менингит – 2 больных.

В контрольную группу вошли 78 пациентов с ранее выполненными операциями по поводу базальной ликвореи. У данной группы использовались различные материалы (искусственная ТМО, надкостничный лоскут на сосудистой ножке, жир, широкая фасция бедра). Рецидив наблюдался у 3х больных, потребовавший курса консервативной терапии (диакарб, возвышенное положение головы, наружный люмбальный дренаж).

При отсутствии экстренных показаний для проведения оперативного вмешательства по поводу интракраниальной патологии всем пациентам с краниофациальной травмой, осложненной риноликвореей, проводился курс консервативной терапии не более 2 недель, что объясняется сроком репаративных процессов, за который дефект ТМО может самостоятельно закрыться.

Заключение. Основополагающими факторами, влияющие на эффективность лечения пациентов с краниофациальной травмой осложненной риноликвореей, являются уровень сознания на момент поступления в клинику, наличие интракраниальной патологии, нуждающейся в экстренной хирургии.

Многослойная транскраниальная «сэндвич» пластика основания передней черепной ямки (ПЧЯ) является оптимальным методом лечения ликворных фистул. Факторами риска неблагоприятных исходов у больных с краниофациальной травмой, осложненной риноликвореей являются: наличие интракраниальной патологии, наличие многооскольчатого перелома в области ПЧЯ, и наличие менингита.

---

*Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С., Егорова В.В.*

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

## **ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ И ПРЕЦИЗИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ 2 И 3 ТИПОВ**

Спинальные мышечные атрофии (СМА) – клинически и генетически гетерогенная группа нейромышечных заболеваний (НМЗ), обусловленных дегенерацией клеток передних рогов спинного мозга. Распространенность болезни – 1-2 на 100 тыс. человек. Проблема СМА остается краеугольным камнем неврологии в связи с высокой частотой развития коморбидных синдромов и их поздней диагностикой. Клиническая семиотика осложнений ассоциирована с тяжелой инвалидизацией и летальностью. На сегодняшний день фенотипическая спецификация СМА базируется на международной классификации, в основе которой лежит дебют заболевания и достигнутый максимальный уровень двигательной функции. Но все же в структуре СМА на ведущих позициях изолированные проксимальные СМА с аутосомно-рецессивным типом наследования. В зависимости от возраста дебюта проксимальные СМА подразделяют на 4 фенотипических варианта.

СМА 1 типа – дебют заболевания 0-6 месяцев. Клинический паттерн: стойкий цианоз при рождении, глубокая слабость и выраженная диффузная мышечная гипотония; бульбарные нарушения; атрофия и фасцикуляции языка, нарастание мышечной слабости в конечностях, приводящей к резко выраженному ограничению активных движений.

СМА 2 типа – как правило, стато-моторное развитие детей в первые 6 месяцев жизни проходит без отклонений. В ряде случаев регресс двигательных навыков проявляется до достижения ими 18-месячного возраста. Клиническая симптоматика представлена слабостью мышц грудного пояса и проксимальных мышц, гипо-/арефлексия, фасцикуляторным тремором верхних конечностей, нейрогенными контрактурами суставов конечностей нередко в сочетании с подвывихами в тазобедренных суставах, кифосколиозом, гиперлордозом, контрактурой височно-нижнечелюстного сочленения, слабостью межреберных мышц; поверхностным дыханием, снижением пассажа секрета из бронхов, отсутствием навыков самостоятельной ходьбы.

СМА 3 типа – данная доброкачественная форма заболевания проявляется в возрасте старше 18 месяцев. Больные предъявляют жалобы на затруднения при ходьбе, беге, подъеме или спуске, приседании. Нередко отмечают псевдогипертрофии мышц нижних конечностей, миалгии по типу «кряпки». Слабость мышц симметричная более выраженная в проксимальных отделах нижних конечностях. Патогномичным является гипермобильность суставов с ранним формированием артрозно-дистрофических изменений в них. По мере прогрессирования заболевания формируется поясничный гиперлордоз. Позже нередко присоединяются дисфагия и дизартрия. Уровень креатинкиназы преимущественно в норме, повышение описывают при наличии вторичных миопатических изменений. Пациенты длительно сохраняют способность к самостоятельному передвижению нередко осложняющегося «немыми» переломами, локализованных в местах соединения сухожилия с костными отростками. В литературе встречается разделение СМА 3 типа на два подтипа – 3а и 3б – в зависимости от времени начала заболевания: до трех лет и после трех лет соответственно.

4) СМА 4 типа. Дебют заболевания в возрастном диапазоне от 10 до 30 лет. Клинический паттерн: незначительное ограничение функции передвижения, затруднения при беге, приседаниях, прыжках, умеренная гипотрофия мышц бедер и тазового пояса.

Таким образом, согласно данным литературы и международных рекомендаций, адекватная формулировка фенотипического диагноза базируется на совокупности клинических критериев и симптомах, характеризующих определенный фенотип заболевания в пределах одной нозологической категории.

---

*Шаймурзин М.р., Луцкий И.С., Егорова В.В.*

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

## **КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ**

Спинальные мышечные атрофии (СМА) – клинически и генетически гетерогенная группа нейромышечных заболеваний (НМЗ), обусловленных дегенерацией клеток передних рогов спинного мозга. Распространенность болезни – 1-2 на 100 тыс. человек. Проблема СМА остается краеугольным камнем неврологии в связи с высокой частотой развития коморбидных синдромов и их поздней диагностикой. Клиническая семиотика осложнений ассоциирована с тяжелой инвалидизацией и летальностью. На сегодняшний день фенотипическая спецификация СМА базируется на международной классификации, в основе которой лежит дебют заболевания и достигнутый максимальный уровень двигательной функции. Но все же в структуре СМА на ведущих позициях изолированные проксимальные СМА с аутосомно-рецессивным типом наследования. В зависимости от возраста дебюта проксимальные СМА подразделяют на 4 фенотипических варианта.

СМА 1 типа – дебют заболевания 0-6 месяцев. Клинический паттерн: стойкий цианоз при рождении, глубокая слабость и выраженная диффузная мышечная гипотония; бульбарные нарушения; атрофия и фасцикуляции языка, нарастание мышечной слабости в конечностях, приводящей к резкому выраженному ограничению активных движений.

СМА 2 типа – как правило, стато-моторное развитие детей в первые 6 месяцев жизни проходит без отклонений. В ряде случаев регресс двигательных навыков проявляется до достижения ими 18-месячного возраста. Клиническая симптоматика представлена слабостью мышц грудного пояса и проксимальных мышц, гипо-/арефлексия, фасцикуляторным тремором верхних конечностей, нейрогенными контрактурами суставов конечностей нередко в сочетании с подвывихами в тазобедренных суставах, кифосколиозом, гиперлордозом, контрактурой височно-нижнечелюстного сочленения, слабостью межреберных мышц; поверхностным дыханием, снижением пассажа секрета из бронхиол, отсутствием навыков самостоятельной ходьбы.

СМА 3 типа – данная доброкачественная форма заболевания проявляется в возрасте старше 18 месяцев. Больные предъявляют жалобы на затруднения при ходьбе, беге, подъеме или спуске, приседании. Нередко отмечают псевдогипертрофии мышц нижних конечностей, миалгии по типу «крампи». Слабость мышц симметричная более выраженная в проксимальных отделах нижних конечностях. Патогномичным является гипермобильность суставов с ранним формированием артрозно-дистрофических изменений в них. По мере прогрессирования заболевания формируется поясничный гиперлордоз. Позже нередко присоединяются дисфагия и дизартрия. Уровень креатинкиназы преимущественно в норме, повышение описывают при наличии вторичных миопатических изменений. Пациенты длительно сохраняют способность к самостоятельному передвижению нередко осложняящегося «немыми» переломами, локализованных в местах соединения сухожилия с костными отростками. В литературе встречается разделение СМА 3 типа на два подтипа – 3а и 3б – в зависимости от времени начала заболевания: до трех лет и после трех лет соответственно.

4) СМА 4 типа. Дебют заболевания в возрастном диапазоне от 10 до 30 лет. Клинический паттерн: незначительное ограничение функции передвижения, затруднения при беге, приседаниях, прыжках, умеренная гипотрофия мышц бедер и тазового пояса.

Таким образом, согласно данным литературы и международных рекомендаций, адекватная формулировка фенотипического диагноза базируется на совокупности клинических критериев и симптомах, характеризующих определенный фенотип заболевания в пределах одной нозологической категории.

---

*Шайнога А.С*

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

## **СТУДЕНЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ДНР**

Актуальность исследования. Волонтеры – это люди, добровольно оказывающие безвозмездную помощь окружающим. В данный момент наша республика переживает тяжелые времена. С понятием «война» знаком каждый. Впервые мы встречаем это слово в школе, на страницах учебников, а сейчас мы сами являемся участниками истории.

Цель исследования. Добровольное оказание помощи медицинскому персоналу в отделениях сердечно-сосудистой хирургии. Воспитание духовно-нравственных понятий у студентов. Приобретение опыта работы в медицинских учреждениях.

Материалы и методы. Война – это своеобразная проверка на стойкость и прочность. С начала военных действий в нашей республике, равнодушные студенты вызвались на помощь. Были созданы специальные бригады, участники которых днем и ночью дежурили в больницах, оказывая посильную помощь. Студенты выполняли различные поручения, начиная от самых незначительных, и заканчивая уже ответственными заданиями от медсестёр/врачей.

Результаты исследования. По сей день наши ребята помогают в самых маленьких уголках нашей республики и на освобожденных территориях. Около 150 студентов ГОО ВПО ДонНМУ им М.Горького оказывают поддержку медучреждениям. Волонтеры так же получают неоценимый опыт работы в чрезвычайных ситуациях. Студенты показывают себя с хорошей стороны, как ответственные, добрые ребята, которые не боятся трудностей и готовы прийти на помощь всем нуждающимся. Как говорил П. Скотт: «Пусть мы не сможем спасти всех, кого бы нам хотелось. Но мы спасем намного больше, чем те, кто даже не пытается...»

Вывод: Помогая в медицинских учреждениях, в том числе и в отделениях сердечно-сосудистой хирургии, мы вносим свой неоценимый вклад в будущее медицины, в будущее Республики. Не оставайтесь равнодушными!

---

*Шакиров Э.Ю., Шакирова Л.Р., Салеев Н.Р., Мустакимова Р.Ф.*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

## **COMPARISON OF THE DIGITAL AND ANALOG APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS**

Modern dentistry is characterized an integrated approach in the treatment of patients, for this reason one of the the most relevant and fastest growing areas in prosthetic dentistry is becoming a rehabilitation of patients with temporomandibular joint disorders. At present There are many ways to help the sick TMJ pain syndrome, clicks, crunches, restriction of opening mouth and other symptoms characteristic of disorders in the temporomandibular complex, however, the general concept of treatment with the predominant use of minimally invasive techniques. Most it is advisable to use splints of various designs

The study included 10 patients with manifestations of temporomandibular disorder. The treatment method was the concept of increasing the vertical size of the joint space by applying an occlusal splint. Each patient underwent MRI (magnetic resonance imaging) of the TMJ (temporomandibular joint), with the measurement of the vertical joint space and the establishment of the localization of the articular disc. Next, the patients

underwent optical scanning of the upper and lower jaws using a 3Shape TRIOS 3 scanner (3Shape, Copenhagen, Denmark). Next, the patients were taken casts-analogues of the upper and lower jaws with EXPRESS 3M material and made gypsum models. After processing digital and analog models of the patient's jaws, analog bite registers were fixed in the position of right laterotrusion, left laterotrusion and protrusion for further adjustment of individual angles (sagittal incisal angle, sagittal articular angle, Bennett angle). A digital study was also carried out with the registration of articulatory movements of the right and left laterotrusions, protrusions and mouth openings on an optical dentograph Dentograf Prosystom (Prosystom, Russia) with the registration of the above parameters. Based on the data obtained, gypsum models of patients were installed in ARTEX CR Amann-girrbach analog articulators (Amann Dental GmbH & Girrbach Dental GmbH, Austria), followed by individualization of anatomical angles. Optical models based on digital positioning and registration of angles of articulatory movements were installed in the Prosystom virtual articulator with subsequent transfer to the EXOCAD program. All 4 patients underwent vertical distraction to the height according to the clinical picture using a distraction screw on an analog articulator and a distraction scale on a digital articulator. Next, modeling and manufacturing of a distraction splint was carried out. In accordance with the clinical protocol, patients underwent repeated magnetic resonance imaging with the imposition of distraction splint on the tooth. The vertical expansion of the joint space when analog splints were applied met the requirements in all cases. Indications of the vertical increase in the joint space during splinting, performed in a fully digital protocol, corresponded to the required values in 7 out of 10 cases. Our comparative analysis of digital and analog protocols, in the rehabilitation of patients with disorders in temporomandibular complex showed that the digital protocol relevant in modern clinical practice. This topic needs further study, development of detailed digital protocols for maintaining patients with TMJ dysfunction.

*Шакович Ю.В., Заворотнева Т.И., Карний С.В.*

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

## **ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ В ФУНКЦИИ ЗАГОЛОВКА (НА ПРИМЕРЕ ПРЕССЫ ПОСТСОВЕТСКОГО ДОНБАССА)**

Важную роль в создании единства текста играет заголовок, который является облигаторным элементом текста [Гальперин 2006; Тураева 2009]. Заголовок характеризуется сильной позицией (передает в сжатой форме основную идею текста) и способностью иллюстрировать суггестивность поэтического слова. Как отмечают психологи, «около 80 % читателей уделяют внимание только заголовкам» [Лазарева 1989: 3].

Газетный заголовок дополняют следующие элементы: «шапка», подзаголовок и рубрика [Бессонов 1958; Некрасова 2018]. Совокупность выделенных элементов составляет заголовочный комплекс [Колесниченко 2008: 97; Мельник, Тепляшина 2004]. Функцию газетного заголовка зачастую выполняют фразеологические единицы.

Мы рассматриваем фразеологию в широком понимании: определяющими признаками фразеологизмов считаются воспроизводимость и устойчивость значения, состава и структуры, а не целостность значения. При широком понимании к фразеологическим единицам относятся фразеологические сращения, фразеологические единства, фразеологические сочетания (В. В. Виноградов) и фразеологические выражения (Н. М. Шанский). К последним причисляют крылатые цитаты, пословицы, поговорки, устойчивые сочетания-клише, номинативно-терминологические сочетания.

Основным направлением в изучении функций фразеологии в языке СМИ является анализ различных видов трансформаций фразеологических единиц (В. Н. Вакуров, Х. Вальтер, В. М. Глухов, Е. В. Брыкина, И. С. Губенко, В. М. Мокиенко, Г. Я. Солганник М. С. Харлицкий и др.). Различные способы трансформации фразеологических единиц в газетах и журналах досконально изучены исследователями [Вакуров 1983; Вальтер, Мокиенко 2005; Капралова 1980; Новиков 2004; Солганник 1976; Язык СМИ 2003 и др.].

Отдельно остановимся на крылатых выражениях (крылатых единицах – С. Г. Шулежкова, крылемах – В. В. Колесов, эпитимах – Л. П. Дядечко). В »Лингвистическом энциклопедическом словаре»



крылатые единицы определяются как ●устойчивые выражения, ●имеющие определенный источник – литературный, исторический, кинематографический, ●употребляются в переносно-расширительном смысле и ●выступают как стилистическое средство [ЛЭС 1990: 246]. Источниками крылатых единиц являются а) античные мифы, б) цитаты (из известных литературных произведений, из кинофильмов, народных песен, Священных книг), в) изречения великих людей, писателей, выдающихся исторических деятелей.

Проследим варьирование фразеологических оборотов в функции заголовков: изменение означающего и означаемого собственно фразеологизмов, паремий (поговорок и пословиц), а также крылатых единиц.

Трансформация собственно фразеологизмов

●Расширение компонентного состава фраземы

«ЗАТЯНУТЬ ПОЯСА НА 18,35 МИЛЛИАРДА ГРИВЕН» (26 (524), 16 Июля 2010). Рубрика «Социально-экономические вопросы». Такое предложение поступило украинцам от Кабинета министров и Верховной Рады Украины. Фразема расширила свой состав, наблюдается грамматическое изменение по числу у именного компонента. Сравним с эталонной устойчивой единицей: завязывать / завязать (затягивать/ затянуть) пояс [потуже]. Прост. или Публ. Вынужденно ограничивать себя в питании, сокращать потребление жизненно необходимых продуктов [Большой словарь русских поговорок Мокиенко, Никитина: 2007].

«ЗЕЛЕНЬКИЙ СВЕТ СЛАНЦЕВОМУ ГАЗУ» (32 (530), 27 Августа 2010). Рубрика «Угольная отрасль: мировые тенденции». В публикации отмечается

необходимость разработки месторождений сланцевого газа как альтернативного источника углеводородного топлива.

Наблюдается эллипсис глагольного компонента, ср: давать / дать зелёный свет кому, чему. Разг. Позволять или способствовать беспрепятственному осуществлению чего-л. [Большой словарь русских поговорок Мокиенко, Никитина: 2007].

«ПОЛКУ МИЛЛИОНЕРОВ ПРИБЫЛО» (19 (517), 21 Мая 2010). Рубрика «В трудовых коллективах». В статье речь идет о горняках ГП «Добропольеуголь», которые выдали на-гора первый с начала года миллион тонн топлива. Кроме расширения фраземы произошло сокращение местоименного компонента, ср.: Нашего (в нашем) полку прибыло. Разг. Шутл. Нас стало больше, наших единомышленников стало больше (говорится при появлении в каком-л. обществе, коллективе человека таких же взглядов, склонностей [Большой словарь русских поговорок Мокиенко, Никитина: 2007].

●Буквализация фраземы

«СЕСТЬ НА ШЕЮ» (43 (686), 15 Ноября 2013). Рубрика «Другие материалы». В статье говорится о том, что шарф относится к числу аксессуаров и зимой его модно носить сразу несколькими оригинальными способами. Наблюдается нейтрализация значений фразеологизма. Ср.: Садиться на шею чью, кому. Сесть на шею чью, кому. Разг. Экспрес. 1. Переходить на иждивение, содержание кого-либо. 2. Использовать кого-либо в корыстных целях, подчиняя себе, ставя в полную зависимость от себя [Фразеологический словарь русского литературного языка Федорова т. 2: 211].

Литература:

Карпий С. В. Специфика информационной речи медиа в условиях государственной самоидентификации / С. В. Карпий // Мировые научные исследования современности: возможности и перспективы развития: материалы XVI международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 31 марта 2022 года. Том Часть 1. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «Ставропольское издательство «Параграф», 2022. – С. 77-80.

*Шакович Ю.В., Минин И.Н., Выставкина Т.Э., Метейко Е.В.*

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

## **ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА «МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСС» В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Перед современной системой образования поставлена приоритетная задача по обеспечению высокого уровня подготовки учащейся молодежи к профессиональной деятельности. Основным путем решения данной задачи может стать предпрофессиональное обучение школьников в том числе в профильных медицинских классах.

Особенно важным является внедрение инновационной траектории подготовки школьников медицинских классов по схеме «школа – университет», так как профессиональная направленность на медицинскую профессию должна формироваться уже на довузовском этапе.

Основная идея проекта создания и функционирования медицинских классов заключается в подготовке потенциальных компетентных медицинских работников, осмысленно выбравших будущую профессию задолго до получения образования, а также в обеспечении организаций здравоохранения Донецкой Народной Республики конкурентоспособными и востребованными на современном рынке труда специалистами, необходимыми не только Республике, но и всему современному обществу в целом.

Реализация проекта «Медицинский класс» нацелена на обучение школьников в предпрофильных (8-9) и профильных (10-11) классах общеобразовательных учреждений, в том числе в 10-11 классах Донецкого медицинского общеобразовательного лицея-предуниверсария, где дополнительные образовательные программы медицинского профиля в учебный план уже внедрены.

Основной целью проекта «Медицинский класс» является создание непрерывной системы подготовки кадров для медицинской отрасли посредством формирования эффективной профильной предпрофессиональной образовательной среды, обеспечения условий для развития естественно-научного предпрофильного и профильного обучения медицинской направленности, функционирования системы дополнительного образования школьников, психолого-педагогического сопровождения обучающихся в процессе профессионального самоопределения.

Реализация проекта предполагает сотрудничество базового вуза, ресурсного центра, академических и промышленных партнёров. Место базового вуза занимает Донецкий национальный медицинский университет. Ресурсным центром является Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий. В качестве организаций-участников выбраны МБОУ «Многопрофильный лицей №1 города Донецка», МБОУ «Средняя школа №4 города Макеевки» и МБОУ г. Горловки «Лицей №85 «Гармония». К академическим партнёрам относятся профессиональные образовательные организации-участники – медицинские колледжи Донецкой Народной Республики. Промышленные партнёры – это научно-исследовательские институты и учреждения здравоохранения, в том числе ГБУ «Донецкий ботанический сад», РДКБ, ДОКТМО.

Достижение целей проекта будет осуществлено за счёт применения комплексного подхода, включающего профессиональную ориентацию и предпрофессиональную подготовку обучающихся, реализуемую путем освоения основных и дополнительных общеобразовательных программ.

Таким образом, реализация проекта «Медицинский класс» позволит повысить конкурентоспособность выпускников профильных классов в естественно-научном направлении; увеличит число абитуриентов организаций высшего и среднего профессионального образования медицинского профиля за счёт выпускников профильных классов; устранил дефицит медицинских кадров посредством пополнения учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики высококвалифицированными мотивированными работниками, имеющими качественную предпрофильную, предпрофессиональную и профессиональную подготовку.

*Шано В.П., Гуменюк И.В.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Не менее, чем у 60% больных отделений интенсивной терапии в послеоперационном периоде хирургических, сосудистых, урологических, кардиологических больных наблюдаются полиорганные нарушения.

В основе этого состояния лежит реперфузионный синдром, сопровождающий сепсис, перитонит, панкреонекроз, абдоминальный компартмент синдром, острую сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность, острое послеоперационное почечное повреждение. При этом главной мишенью повреждения микроциркуляции считают капиллярный эндотелий, повреждающийся как в фазу ишемии во время операции, так и в фазу реперфузии – ранний послеоперационный период.

Риск развития реперфузии определяет длительность операции более 3,5 часа (97,9% больных), объём кровопотери III-IV степени ATLS (58,9%), длительность пережатия аорты – больше 50 минут (78,3%), реинфузия больше 300 мл (98,6%), гемотрансфузия – больше 4 доноров (98,9%), либеральная инфузия (97,8%), обезболивание без регионального блока (91,3%), ИВЛ – более 4 часов (89%).

Маркерами реперфузионного синдрома считали повышение в 4 раза и более содержания ИЛ-6, содержания эндотелина в 2,5 -3 раза у 88,2% пациентов; повышение фактора Виллебранда при уменьшении содержания оксида азота; повышение содержания внутрисосудистого гемолиза больше 0,1 г/л, апоптоза нейтрофилов.

Перечень препаратов в I фазу реперфузии включает большой список: сода-буфер, аденозин, реамберин, тивортин, маннитол, глюкокортикостероиды, петлевые диуретики.

Важно так же восполнение кровопотери с помощью аутотрансфузии, использование Cell Saver.

В фазу реперфузии с целью устранения высокомолекулярных веществ нарушающих микроциркуляцию, блокирующих оксид азота, повышающих содержания молекул клеточной адгезии, провоспалительных цитокинов (17000-45000 Да), продуктов консервации крови (66000 Да) требует проведение экстренного плазмафереза.

Эпидуральная анестезия является составной частью антиреперфузионного повреждения и объяснима подавлением продукции простагландинов и лейкотриенов, предупреждение перемещение нейтрофилов в зону воспаления и подавление их адгезии к эндотелию.

---

*Шаповалов А.Г., Демина Т.Н., Железная А.А., Хвесик А.А.*

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

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТРОМБОФИЛИИ**

В настоящее время наследственные формы тромбофилии выделены в самостоятельную группу причин, вызывающих осложнения беременности различного срока гестации, частота которых по данным различных авторов достигает 80-85%. Разработка и внедрение лечебно-профилактических мероприятий позволит снизить частоту гестационных и перинатальных осложнений.

Цель: разработать и внедрить алгоритм ведения пациенток с генетической формой тромбофилии, включающий диспансеризацию, медицинскую реабилитацию и комплексную профилактику, и оценить его клиническую эффективность.

Материалы и методы. Обследовано 273 беременные женщины с генетической тромбофилией на базе Донецкого республиканского центра за период с 2018 по 2020 гг. Пациентки были разделены на группы, где наблюдение и лечение проводилось в соответствии с разработанным алгоритмом (основная группа, n=123) и согласно существующему протоколу (группа сравнения, n=150). Всем пациент-

кам проводился детальный сбор личного и семейного анамнеза, клиническое обследование, комплексная оценка течения беременности, родов, послеродового периода, состояние новорожденных. Наряду с общеклиническими, клинико-анамнестическими и статистическими, использованы современные высокоинформативные инструментальные и лабораторные методы. Разработан и внедрен алгоритм поэтапного ведения пациенток с генетической тромбофилией: I этап – догестационная подготовка, II этап – профилактика и лечение гестационных осложнений всего срока гестации и родоразрешения, III этап – профилактика осложнений послеродового (послеоперационного) периодов.

Результаты. Разработанный и внедренный алгоритм ведения беременных с генетической тромбофилией позволил добиться статистически значимого уменьшения частоты угрозы прерывания беременности в I триместре с 24,7 до 12,5% ( $p < 0,05$ ); во II триместре с 35,3 до 8,9% ( $p < 0,05$ ); структурных изменений в плаценте с 28,0 до 10,7% ( $p < 0,05$ ); синдрома задержки роста плода с 42,7 до 3,6% ( $p < 0,05$ ); дистресса плода с 49,3 до 10,7% ( $p < 0,05$ ); преэклампсии с 66,0 до 21,4% ( $p < 0,05$ ); антенатальной гибели плода с 5,3 до 0%; оперативного родоразрешения с 41,8 до 21,8% ( $p < 0,05$ ); тромбоэмболических осложнений с 7,3 до 0% ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Применение разработанного алгоритма, основанного на индивидуальном дифференцированном подходе к применению противотромботических средств с учетом вида и варианта генетической тромбофилии, с наличием сопутствующих дополнительных факторов, потенцирующих клинические эффекты тромбофилии, и полученных данных лабораторных и функциональных исследований позволило добиться статистически значимого уменьшения гестационных потерь.

**Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О., Баиров И.И.**

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

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПРОФИЛАКТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

Актуальность исследования. Заболеваемость грыжами передней брюшной стенки составляет 50 на 1000 человек, таким образом ими страдает 3-7% населения. Ведущее место занимают послеоперационные вентральные грыжи. По некоторым данным, операции по поводу грыж занимают не менее 25% среди всех хирургических вмешательств. Летальность после герниопластик достигает 3-8%. К причинам неудовлетворительных результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж в настоящее время относится внутрибрюшная гипертензия, которая из-за высокого стояния диафрагмы приводит к ограничениям дыхания, нарушению сердечной деятельности и другим осложнениям.

Цель исследования. Выбор оптимального метода пластики послеоперационных вентральных грыж, как способ профилактики компартмент-синдрома.

Материалы и методы. В основу исследования положены истории болезни 140 пациентов, поступивших на лечение в хирургическое отделение ИНВХ им. В. К. Гусака в плановом порядке в 2020 – 2022 гг, оперированных по поводу вентральной послеоперационной грыжи. Для исследования отобраны 27 больных с диагностированной гигантской вентральной грыжей: 18 мужчин и 9 женщин от 37 до 63 лет. 22 из 27 пациентов имели сопутствующую патологию – ожирение, 7 пациентов – гипертоническую болезнь. Данным пациентам выполнена герниопластика по методам Rives-Stoppa, Carbonell и интраперитонеальное расположение сетчатого протеза по технике Sublay.

Для методик Rives-Stoppa и Carbonell использовались полипропиленовые сетчатые трансплантаты, а для интраперитонеальной пластики – покрытые сетчатые трансплантаты «Physiomesh» и «Proceed».

Обработку результатов исследования, все необходимые расчеты и анализы проводились с помощью лицензированного пакета «Statistica 10». Проверку на соответствие нормальному закону распределения количественных признаков (возраст, пол, показатели внутрибрюшного давления) проводили при помощи теста Шапиро-Уилка.

Результаты исследования. Все больные проходили предоперационный тренинг по репозиции грыжевого выпячивания в брюшную полость в течение 3-4 недель для профилактики послеоперационного компартмент-синдрома. В обязательном порядке в предоперационном периоде у всех больных обследовались функции внешнего дыхания и выполнялось Эхо-КТ с вправленным грыжевым выпячиванием. 14 пациентам была выполнена пластика по методу Rives-Stoppa, 8 пациентам произведена операция Carbonell, 5 пациентам применялось интраперитонеальное расположение сетчатого протеза по технике sublay. Выбор пластики обуславливался расстоянием между медиальными краями влагалищ прямых мышц живота и интраоперационным измерением внутрибрюшного давления. Из 27 больных у 26 послеоперационный период протекал без осложнений; 1 больной, у которого применялось интраперитонеальное расположение сетчатого протеза по технике sublay, умер от острого инфаркта миокарда на вторые сутки после операции.

Выводы. Выбранные способы пластики и профилактика послеоперационного компартмент-синдрома приводят к возрастанию эффективности лечения пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами.

---

*Шаповалова И.А., Дубоделова Т.Н.*

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

## **КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НА ФОНЕ РЕККУРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Введение. По данным эпидемиологических исследований в условиях крупного промышленного региона Донбасса отмечается прирост уровня заболеваемости хроническими токсическими гепатитами (ХТГ). Поскольку при возникновении эпизода ОРВИ закономерно активируется перекисное окисление липидов (ПОЛ) и существенно повышается концентрация провоспалительных цитокинов в крови больных, что существенно ухудшает течение ХТГ, мы сочли актуальным изучить клинические проявления ХТГ у пациентов с рекуррентными респираторными вирусными инфекциями (РРВИ) и состояние биохимических показателей, характеризующих функциональную активность печени у таких больных.

Целью работы было изучение особенностей клинического течения ХТГ, на фоне РРВИ и оценка функционального состояния печени при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 106 больных с диагнозом ХТГ с зарегистрированным очередным случаем респираторной инфекции, которые составляли основную группу. Для сравнения клинико-биохимических показателей исследовали также контрольную группу лиц с признаками ОРВИ, которые не имели никаких патологических изменений со стороны ГБС. Для выявления этиологии респираторной инфекции в ее остром периоде проведено бактериологическое исследование ротоглоточного секрета (РГС) и выделение из лакун небных миндалин на наличие патогенной микрофлоры и обследование методом ИФА в сыворотке крови с антигенами аденовирусов, вируса простого герпеса, вируса Epstein-Barr (ВЭБ), цитомегаловируса (ЦМВ). Все больные получали общепринятое лечение ОРВИ и ХТГ.

Получены результаты и обсуждение. В период очередного эпизода РРВИ у больных с фоновой хронической патологией гепатобилиарной системы в виде ХТГ помимо субъективной симптоматики, связанной с наличием синдрома инфекционного токсикоза, отмечается также тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, что характерно для патологии печени. Объективно клиническая симптоматика у обследованных больных при возникновении очередного эпизода ОРВИ характеризовалась сочетанием клинической симптоматики. О наличии острого воспалительного процесса в небных миндалинах свидетельствовало наличие гиперемии, гипертрофии и отека, выявление гнойных фолликулов на поверхности миндалин и гнойных налетов в их лакунах.

При проведении общепринятого лечения больных ХТГ после завершения очередного случая ОРВИ у части больных отмечается сохранение жалоб, в особенности со стороны ГБС. Эти показатели суще-

ственно выше, чем частота встречаемости в этот период обследования жалоб на состояние здоровья у больных контрольной группы (с отсутствием фоновой хронической патологии). Полученные данные свидетельствуют о том, что у части больных после завершения острого периода тонзиллита сохраняется или даже усиливается обострение ХТГ, что требует проведения мероприятий медицинской реабилитации этих больных.

Выводы. Полученные данные позволили подтвердить роль острых инфекционных процессов, в частности ОРВИ, в качестве триггера у больных с патологией печени невирусного генеза, в частности ХТГ, и, исходя из этого, необходимость проведения коррекций метаболических процессов в печени в ходе медицинского реабилитации пациентов с данной патологией.

*Шаталов А.Д., Вакуленко И.П., Хацко В.В., Соловьева Е.М., Фоминов В.М., Страшко Е.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ**

Актуальность темы. Синдром Мириizzi (СМ) – это полная или частичная обструкция общего печёночного протока (ОПП) в результате внедрения жёлчного конкремента (чаще крупного) в пузырный проток, карман Гартмана или воронку жёлчного пузыря (ЖП), со сдавлением жёлчного протока на этом уровне. Сдавление обусловлено воздействием извне или формированием свищевого хода с выходом камня в жёлчный проток или вторичного образования стриктуры ОПП на фоне воспалительных изменений. Возможно образование холецистохоледохолеального свища из-за некроза и хронического воспаления с миграцией конкремента из пузырного протока в общий жёлчный проток (ОЖП). СМ определяется при холецистэктомии (ХЭ) в 0,7-1,9% случаев, в 2 раза чаще наблюдается у женщин в возрасте 50-80 лет, на фоне длительно существующей жёлчнокаменной болезни (ЖКБ).

Цель работы – улучшение диагностики синдрома Мириizzi путём сравнения различных методов исследования.

Материал и методы. Проведен анализ методов лучевой диагностики СМ у 36 больных среди 3220 пациентов, которым выполнена лапароскопическая или лапаротомная холецистэктомия по поводу калькулёзного холецистита за последние 10 лет. Женщин было 23 (63,8%), мужчин – 13 (36,2%). Длительность ЖКБ составила  $7,3 \pm 1,1$  лет. Для уточнения диагноза применены следующие методы диагностики (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Результаты. Эхография выполнена всем 36 пациентам с СМ, её применяли как скрининговый метод диагностики. Ультразвуковые признаки этого заболевания: крупный гиперэхогенный неподвижный очаг с акустической тенью (камень) в пузырном протоке или в воронке ЖП, с расширением жёлчных протоков выше уровня камня; у 32 чел. были конкременты в ЖП; утолщение стенок ЖП, положительный эхографический симптом Мерфи. Точность УЗИ в диагностике СМ – 56,2%.

При КТ признаками СМ у всех 36 больных были: крупный гиперденсивный очаг в пузырном протоке, сужение ОПП на уровне камня, расширение протоков выше места сужения. КТ помогает идентифицировать другие изменения в окружающих органах. Точность КТ составила 65,7%.

Точность ЭРХПГ в диагностике СМ составила 87,4%. При этом выявлен дефект наполнения (сдавление извне ОПП) с расширением внутривнутрипечёночных протоков; отсутствие контрастирования ЖП. Контур ОПП был направлен выпуклой частью вправо. ЭРХПГ явилась лучшим методом визуализации холецисто-холедохолеального свища, контрастное вещество проходило из расширенных жёлчных протоков в ЖП.

При МРХПГ или Т2-ВИ чётко визуализировались жёлчные камни, из которых один или несколько были внедрены в пузырный проток или шейку ЖП. Конкременты выглядели как гипоинтенсивные очаги. Отмечено сдавление дистальных отделов жёлчного протока с расширением ОПП выше уровня камня, сужение просвета на уровне камня. В 17 случаях на Т1-ВИ с контрастным усилением стен-

ки жёлчного протока в области сужения просвета были утолщены из-за воспалительного процесса. МРХПГ чётко демонстрирует варианты анатомии ЖП и протоков, определение локализации конкремента и его компрессии на жёлчный проток, выявляет даже мелкие конкременты, которые не визуализируются при КТ или УЗИ. Точность МРХПГ в выявлении СМ составила 93,6%.

Заключение. Таким образом, при диагностике синдрома Мириizzi решающее значение имели методы лучевого исследования. Эхографию применяли как скрининговый метод диагностики. Для более точной постановки диагноза целесообразно применять сочетание ЭРХПГ и МРХПГ.

---

*Шаталов А.Д., Вакуленко И.П., Хацко В.В., Фоминов В.М., Войтюк В.Н.*

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

## **РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Актуальность. В настоящее время непаразитарные кисты печени выявляют у 5 – 6% населения, по данным аутопсий, они составляют от 0,15 до 1,86%. За последние годы частота выявления очаговых образований печени увеличилась в 3 раза из-за улучшения их дооперационной диагностики с помощью ультразвукового исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Ещё более возросла актуальность для дифференциальной диагностики и выбора метода хирургического лечения. За последние 5 лет показатель заболеваемости эхинококкозом на 100 000 регистрируется в пределах 0,1 – 0,3%, ранее он составлял 0,01 – 0,05%. Рост числа таких больных связан с миграцией населения из Средней Азии, Северного Кавказа, с разрушением системы профилактики.

Цель работы – улучшение дифференциальной диагностики непаразитарных (НКП) и эхинококковых кист печени (ЭКП) путём сравнения лучевых симптомов различных методов исследования.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лучевого обследования 242 пациентов с кистами печени, лечившихся в I хирургическом отделении ДОКТМО за последние 15 лет. Из них 135 чел. – с НКП и 107 – с ЭКП. Средний возраст составил  $43,6 \pm 2,5$  лет. Женщин было 148, мужчин – 94. Анализу подвергались истории болезни, взятые методом сплошного отбора, при подтверждённом диагнозе с помощью лучевых, серологических и гистологических методов исследования

Результаты. Непаразитарные кисты печени при эхографии имели характерную картину: округлую форму, чёткие контуры, анэхогенное содержимое, эффект усиления ультразвукового луча за кистой, наличие боковых акустических теней или ослабления эхосигнала от боковых стенок кисты. Ультразвуковыми критериями гидатидозного эхинококкоза печени были: наличие чёткой капсулы, перетяжек и мембран в полости, дочерних кист в полости, неоднородность кисты с наличием гиперэхогенных включений. При диагностике эхинококкоза печени большое значение также имели серологические пробы, лапароскопия, иммунологические реакции латекс-агглютинации, непрямой агглютинации, а также иммуноферментный метод. При КТ непаразитарная киста печени имела типичную картину округлого образования с чёткими контурами и пониженной плотностью (0 – 10 ед. Н). При компьютерно-томографическом исследовании гидатидозные эхинококковые кисты печени чаще были многокамерными и имели жидкостное содержимое различной плотности. В стенках эхинококковых кист определяли множественные обызвествления. Для непаразитарной кисты при МРТ было характерно наличие очагового образования с однородной структурой, чётким ровным контуром, без толстой капсулы, с высокой интенсивностью сигнала на T2-ВИ и низкой – на T1-ВИ. Благодаря тому, что сосуды гипоинтенсивные при диффузионно-взвешенном изображении, визуализация кист становилась более отчётливой. При МРТ эхинококковые кисты чаще были многокамерными, имели содержимое разной интенсивности МР-сигнала, особенно на T2-ВИ. В стенках кист определялись множественные гипоинтенсивные образования, которые соответствовали обызвествлениям. Как правило, имелся ободок низкой интенсивности, отражающий фиброзную оболочку. Ободок с мультикистозным изображением – это критерий для дифференциальной диагностики. Отхождение мелких

кист от основного образования выглядело как повышение МР-сигнала на T2-ВИ и отражало активность заболевания.

При прорыве эхинококковой кисты в жёлчные протоки применяли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (у 5 чел.) и разработанный нами «Способ обнаружения связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками» (патент РФ №2650590 от 28.12.2016 г.) – у 9 чел.

Заключение. Таким образом, эхография является скрининговым методом исследования при подозрении на кисту печени. При недостаточной её информативности следует применять КТ или МРТ с внутривенным усилением для дифференциальной диагностики. Модифицированный нами способ позволяет выявить сообщение между кистой печени и внутрипечёночными жёлчными протоками, что прогнозирует более расширенный объём операции.

---

*Шаталов А.Д., Везнер Д.В., Ступаченко Д.О., Сидоренко Ю.А.*

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

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА В СРАВНЕНИИ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ**

Актуальность проблемы диагностики и лечения сочетанной травмы груди и живота (СПГЖ) велика в связи со значительной их частотой и продолжает возрастать вследствие распространения высокоэнергетических механизмов повреждения, в т.ч. в результате военных действий в густонаселенных районах. Однако до настоящего времени лечебно-диагностическая помощь пациентам с СПГЖ оказывается по стандартам торакальной либо абдоминальной хирургии, не учитывая взаимное влияние повреждений.

Материал и методы. Проведены когортные ретроспективные и проспективные исследования на за 11-летний период базе специализированного профильного отделения на материале 211 пациентов с СПГЖ, 129 (61,1%) из которых были оперированы по показаниям.

Результаты. Специфика симптоматики у пациентов с СПГЖ определялась повреждением двух серозных полостей с нарушением функции одной из них либо обеих, что было затруднительно дифференцировать на диагностическом этапе. Вследствие этого отмечены как гиподиагностика (в случаях, когда симптомы повреждения одной из полостей затушевывают проявления повреждений другой), так и гипердиагностики вследствие развития синдрома взаимного отягощения. Более тяжелое состояние пациентов с СПГЖ по сравнению с изолированной травмой вносило ограничения в процесс диагностики с использованием средств лучевой визуализации, лабораторных исследований, ЭКГ и пр. Например, наличие жизнеугрожающих абдоминальных повреждений в 6 (2,8%) случаях послужило основанием к неотложному вмешательству, не позволив провести рекомендованную для оценки торакальной травмы КТ органов груди.

Наличие СПГЖ влияло на срочность выполнения хирургического пособия. В 11 (5,2%) случаях выполнение неотложной торакальной операции было отсрочено на время, необходимое для устранения жизнеугрожающих повреждений живота. Напротив, в 16 (7,6%) у пациентов с повреждениями груди, не являвшимися жизнеугрожающими, потребность в выполнении неотложных абдоминальных операций в условиях искусственной вентиляции легких потребовала предварительного выполнения экстренной торакальной операции в объеме дренирования плевральной полости.

У 15 (7,1%) пациентов с СПГЖ дооперационная подготовка и анестезиологическое обеспечение перед торакальными вмешательствами имели особенности, обусловленные предшествующими ургентными или плановыми абдоминальными операциями. Также плановые торакальные операции могли быть отсрочены до разрешения абдоминальной травмы и заживления лапаротомной раны.

Наличие сочетанных повреждений также влияло на технологию выполнения оперативного пособия. в частности на отказ в 12(5,7%) случаях от широко применяемой при торакальных травмах аутогемотрансфузии при наличии источника кровотечения в животе.



Особенности послеоперационного периода при наличии травмы живота заключались в отказе у 39 (18,5%) пациентов с СПГЖ от ранней мобилизации и ортопозиции пациента, а также от раннего перорального питания, от рекомендованных при торакальной травме для профилактики послеоперационных осложнений и восстановления дыхательной функции.

Специфика обезболивания в послеоперационном периоде заключалась в назначении всем пациентам, которым была выполнена лапаротомия, опиоидных анальгетиков для купирования послеоперационной боли, тогда как торакальный компонент травмы в большинстве – (82 из 104 случаев) не требовал их применения.

Выводы. СПГЖ должна рассматриваться как особая нозологическая сущность, требующей подходов к диагностике и лечению, отличных от таковых при изолированной травме указанных анатомических областей. Лечебно-диагностическая тактика должна избираться с учетом взаимного влияния повреждений и обусловленных ими органичений.

---

*Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Коссе Д.М., Страшко Е.Н.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), г. Донецк

## **ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Актуальность исследования. Частота желчнокаменной болезни (ЖКБ) в мире достигает 15-20%, осложнённые её формы – в 32-65% случаев. Основным и наиболее тяжелым осложнением является крупный холедохолитиаз (ХДЛ) с развитием обтурационной желтухи (60-80 холангита (30%). В настоящее время в лечении крупного холедохолитиаза, осложненного желтухой, холангитом и их сочетаниями, двухэтапная тактика лечения является «золотым стандартом». Первым этапом выполняются эндоскопические транспапиллярные диагностические и лечебные вмешательства (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография – ЭРХПГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), а вторым этапом (через 2-3 дня) проводят лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

Цель исследования. Оценить результаты транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ) в лечении больных с осложненным крупным ХДЛ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 226 пациентов с крупным ХДЛ, которым выполнены ТЭВ. Мужчин было 59 (26,1%), женщин – 167 (73,9%) в возрасте от 27 до 74 лет. С целью диагностики применялись ультразвуковое исследование, компьютерная или магнитно-резонансная томография, ЭРХПГ или чрескожная чреспеченочная холангиография. Для проведения ТЭВ использовали аппараты FUJINONERX-201 Н, PENTAX – 1000, С-дугу.

Результаты исследования. Первичный холедохолитиаз явился причиной механической желтухи в 140 (62,1%) случаев, резидуальный – в 56 (24,7%), рецидивный – в 30(13,2%). Всем больным первым этапом выполнена ЭПСТ.

При крупном (размером более 1,5 см) ХДЛ проводили механическую литотрипсию, затем фрагменты камней удаляли корзинкой Дормиа. При наличии факторов риска развития панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандостатин, антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы протонной помпы. Не удалось выполнить ЭПСТ в 8 случаях, в связи с наличием парапапиллярного дивертикула; в 2 – из-за перенесенной ранее резекции желудка по Бильрот-2. После удачного эндоскопического вмешательства всем больным с первичным ХДЛ была выполнена ЛХЭ, за исключением 3 пациентов, отказавшихся от дальнейшего лечения, и 2 пациентов – с высоким операционным риском. В клинике успешно применен у 47 пациентов разработанный «Назобилиарный катетер-дренаж» (патент UA №123095 от 18.08.2017 г.). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 14 (6,1%) пациентов: острый панкреатит – 8 (у 5 из которых – деструктивный); кровотечение из папиллотомной раны (в 1 случае остановлено эндоскопически, в 1 – консервативно, в 1 случае – путем лапаротомии, дуоденотомии, прошивания и перевязки кровоточащего сосуда). В

3 случаях развился холангит. Умерли 2 (0,8%) больных: 1 пациентка на 7 сутки после операции от тромбоэмболии легочной артерии, 1 пациент – от прогрессирующего деструктивного панкреатита.

Выводы. Транспапиллярные эндоскопические вмешательства с литотрипсией являются эффективными при лечении пациентов с осложнённым крупным ХДЛ, что считается альтернативой повторным лапаротомным операциям. У пациентов пожилого и старческого возраста, с осложнёнными формами ЖКБ и тяжёлой сопутствующей патологией, целесообразно применять двухэтапные вмешательства (ЭПСТ+ЛХЭ), с разработанным нами «Назобилиарным катетером-дренажом».

---

*Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Межаков С.В., Шаталов С.А.*

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

## **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

Введение. Причинами механической желтухи (МЖ) доброкачественного генеза могут быть различные заболевания: холедохолитиаз, хронический панкреатит, стеноз сфинктера Одди, рубцовые стриктуры внепечёчных жёлчных протоков и др. Чаще всего (40-72%) МЖ вызывает холедохолитиаз. Сначала МЖ является симптомом, а затем – настоящим заболеванием. Дифференциальная диагностика желтух нередко вызывает трудности. До настоящего времени не решён однозначно вопрос об оптимальной операции.

Цель работы – улучшение непосредственных результатов лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза путём комплексного применения малоинвазивных методов диагностики и лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и декомпрессий жёлчных путей с применением малоинвазивных технологий у 428 пациентов с МЖ доброкачественного генеза за последние 15 лет, в возрасте от 22 до 83 лет. Среди них женщин было 226 (52,8%), мужчин – 202 (47,2%). В общехирургическое отделение №1 клиники сразу направлены 362 (84,6%) больных, остальных (15,4%) перевели из инфекционного или терапевтического отделений. Для диагностики и дифференциальной диагностики применяли следующие методы: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную томографию, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспечёчную холангиографию, лапароскопию, фиброхолангиоскопию.

Результаты. С помощью результатов исследования выявили следующие причины механической желтухи: холедохолитиаз – у 207 (48,4%) чел., стеноз сфинктера Одди – у 37 (8,6%), рубцовые стриктуры внепечёчных жёлчных протоков – у 83 (19,4%), синдром Мириззи – у 23 (5,4%), стенозирующий папиллит – у 16 (3,7%), хронический панкреатит – у 12 (2,8%), псевдокиста поджелудочной железы – у 27 (6,3%), эхинококкоз печени – у 23 (5,4%). В клинике принята двухэтапная тактика лечения МЖ. На первом этапе выполняли различные виды декомпрессии жёлчных путей: эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия с назобилиарным дренированием, чрескожная чреспечёчная холангиостомия, лапароскопическая холецисто- или холедохостомия. Параллельно назначали комплексное консервативное лечение МЖ, с гемосорбцией, лимосорбцией, плазмаферезом. После исчезновения желтухи выполняли 2-й (радикальный) этап операции: холецистэктомия, холедохолитотомия, литотрипсия, наружное дренирование холедоха – в 34,2% случаев, различные билиодигестивные анастомозы – в 60,4%, эхинококкэктомия, наружное дренирование холедоха – в 5,4%.

После операций отметили 39 (9,3%) различных осложнений. Умерли 4 (0,9%) больных от полиорганной недостаточности.

Заключение. Использование современных методов исследования позволяет подтвердить механическую природу желтухи, выявить её причину и уровень блока, оценить распространённость процесса. Двухэтапная тактика лечения МЖ признана оптимальной.

*Шатилов А.В., Радионов В.Г., Провизион Л.Н.*

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

## **СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ ШЁНЛЕЙНА-ГЕНОХА**

По современным представлениям, болезнь Шёнлейна-Геноха (ШГ) определяется как системный васкулит сосудов мелкого калибра (капилляров, венул и артериол), характеризующийся отложением в сосудистой стенке иммунных комплексов, содержащих полимерный иммуноглобулин А (IgA) первого подкласса (IgA1) с развитием поражения кожи, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), суставов и почек по типу IgA-гломерулонефрита. При патогистологическом исследовании обнаруживается лейкоцитокластический васкулит.

Этиология заболевания до настоящего времени окончательно не установлена, но в последние годы значительно расширились сведения о патогенезе болезни ШГ, что позволяет корректировать подходы к лечению таких больных.

Среди Ig класса А выделяют два подкласса – IgA1 (80% которого находится в сыворотке крови) и IgA2 (преимущественно в секрете слизистых оболочек), различия между ними состоят в первую очередь в структуре шарнирных участков, которые у IgA1 на 13 аминокислот длиннее, чем у IgA2, и содержат 5 галактозаминных групп.

Именно в шарнирной области IgA1 при болезни ШГ на фоне генетической предрасположенности и/или в результате воздействия ряда триггерных факторов (бактериальные, вирусные инфекции, воздействие токсинов и др.) наиболее часто происходят патологические изменения, заключающиеся в абберантном гликозилировании IgA1 из-за утери способности присоединять галактозу. Галактозодефицитный IgA1 склонен к самоагрегации и адгезии к эндотелию мелких сосудов, а патологически изменённые участки его шарнирной области индуцируют аутоиммунный ответ с образованием анти-IgA-антител, которые участвуют в формировании иммунных комплексов в виде полимерных образований. Кроме того, с IgA1 соединяется растворимый рецептор миелоидных клеток (sCD89), в результате чего происходит активация нейтрофилов, фагоцитоза, комплемента, секреции цитокинов, хемокинов и др. факторов воспаления, что в конечном счёте вызывает повреждение стенок сосудов и развитие геморрагического синдрома.

Другим патогенетическим механизмом болезни ШГ является выработка антиэндотелиальноклеточных антител (АЭКА) класса IgA, как результат «антигенной мимикрии» ряда бактерий и вирусов, имеющих сходную антигенную структуру со стенками сосудов. Возможным антигеном рассматривается  $\beta$ 2-гликопротеин I ( $\beta$ 2GPI), который связывается с фосфолипидами на поверхности эндотелиальных клеток и экспонирует скрытые антигены, аналогичные таковым у некоторых инфекционных агентов.

Доказано, что АЭКА пациентов с IgA-васкулитом стимулируют эндотелиальные клетки к продукции цитокинов, таких, как IL-8, тем самым активируя хемотаксис нейтрофилов и их миграцию. Эти антитела также способны индуцировать комплементзависимую цитотоксичность эндотелиальных клеток, что приводит к лизису клеток-мишеней

В патогенезе болезни ШГ, возникшей после инфекционных заболеваний, одним из механизмов может быть повреждение сосудистого эндотелия эндотоксинами в результате системной эндотоксемии вследствие инфекционного поражения слизистых оболочек и/или нарушения барьерной функции ЖКТ с последующим развитием васкулита на фоне компенсаторного повышения синтеза IgA.

Таким образом, в патогенезе болезни ШГ запускается сложный механизм взаимодействия между иммуноглобулинами, нейтрофилами и эндотелиальными клетками, что в итоге приводит к нейтрофильной инфильтрации стенок сосудов и их повреждению.

*Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.*

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

## **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ЭНДОГЕННОЙ «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ» ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

В клинике внутренних болезней актуальна проблема закономерного объединения определенных заболеваний, в основе которых удается выявить общность или близость этиологических и патогенетических факторов. Довольно часто наблюдаются сочетание заболеваний гепатобилиарной и гастроэзофагольной зон, а также взаимоотношающийся характер их течения, которое объясняется тесными анатомо-функциональными связями, общей системой их нейроэндокринной регуляции. При этом такая нозологическая синтропия (коморбидность) очень важна для научной и практической медицины.

Значительная роль в патогенезе как хронического некалькулезного холецистита (ХНХ), так и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) принадлежит иммунным нарушениям и метаболическим расстройствам, а именно дисбалансу прооксидантно-антиоксидантной систем.

Целью исследования было изучение показателей перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты у больных ХНХ, сочетанного ГЭРБ.

Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что у больных с обострением ХНХ на фоне ГЭРБ имел место более существенный рост уровня конечного метаболита перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА) и промежуточной фракции – диенового конъюгата (ДК). Так, уровень первого метаболита ПОЛ превышал показатель нормы в среднем в 3,4 раза ( $12,3 \pm 0,8$  ммоль/л;  $p < 0,001$ ). Аналогичная тенденция отмечена и относительно уровня промежуточной фракции ПОЛ-ДК. Так, среднее значение ПОЛ-ДК до лечения составило  $25,6 \pm 1,2$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ), что в 2,6 раза выше нормы. Показательно, что степень роста активности ПОЛ у больных ХНХ с наличием ГЭРБ коррелировала с тяжестью течения патологического процесса в печени и была максимально выраженной при обострении холецистита.

Наряду с этим отмечалось увеличение перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ) в 5,2 раза (процент ПГЭ в начале лечения равнялся  $16,2 \pm 1,1\%$  ( $p < 0,001$ )).

В целом, показатели ПОЛ и средних молекул (СМ) не отличались достоверно от показателей нормы. При этом установлено, что в 17,2% активность ферментов системы антиоксидантной защиты (АОЗ) была незначительно повышенной, тогда как в 25,4% случаев имели место разносторонние сдвиги со стороны активности этих ферментов. Активность каталазы до начала лечения составляла  $226 \pm 8,5$  МЕ/мг Hb, то есть кратность разницы с нормой составляла 1,6 раза ( $p < 0,01$ ). Аналогичная динамика имела место и при анализе активности супероксиддисмутазы (СОД). При этом данный показатель составлял в среднем  $13,4 \pm 0,6$  МЕ/мг Hb ( $p < 0,01$ ), что только в 1,2 раза меньше нормы. При этом выявлено, что у 95,3% больных значение СМ было свыше 2,0 г/л. Уровень МДА у 37,2% больных равнялся в среднем  $13,2 \pm 0,7$  ммоль/л.

Нами также была изучена активность ферментов системы АОЗ и установлено, что в 17,2% активность ферментов системы АОЗ была незначительно повышенной, тогда как у 25,4% больных имели место разносторонние сдвиги со стороны активности этих ферментов, отмечалась четкая тенденция к снижению активности как каталазы, так и СОД.

Таким образом, полученные данные дают основание считать патогенетически значимой взаимосвязанностью усиления ПОЛ и выраженности метаболической интоксикации у больных ХНХ с наличием ГЭРБ.

**Шаймурина В.Р., Девликанова Л.Р.**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

Цель. Оценить качественный и количественный состав микрофлоры пародонтального кармана у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы. В группу исследования было включен 31 пациент с хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте от 24 до 65 лет, 13 (41,9%) мужчин и 18 (58,1%) женщин. Клиническое, параклиническое и рентгенологическое обследование проводили по общепринятой схеме, рентгенологическое обследование включало в себя ортопантомографию.

Качественная и количественная оценка микрофлоры пародонтальных карманов была выполнена методом ПЦР в режиме реального времени. Забор материала проводился с помощью стерильных бумажных штифтов 35 размера из пародонтального кармана. Для ПЦР мы использовали набор реагентов «ДЕНТОСКРИН»® Литех. Этот набор позволяет обнаружить и количественно определить ДНК возбудителей инфекций пародонта *Porphyromonas endodontalis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*. ПЦР диагностика проводилась на базе НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Результаты.

У большинства пациентов (54,8%) был выявлен плохой уровень гигиены, у 32,3% – неудовлетворительный, у 12,9% – удовлетворительный и ни у одного обследованного не отмечался хороший уровень гигиены рта. При определении индекса РМА были получены следующие значения: 9,7% пациентов имели легкую степень, 25,8% – среднюю степень и 64,5% – тяжелую степень тяжести гингивита.

Наиболее часто у пациентов выделяли *Fusobacterium nucleatum*, реже всего – *Tannerella forsythia* – была выделена только у 1 пациента. При этом у пациентов с более высокими показателями РМА и ОНI-S наблюдалось увеличение качественного и количественного состава микробиоты пародонтального кармана.

Наиболее тяжелая клиническая ситуация наблюдалась у пациента с преобладанием *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, наблюдалась выраженная резорбция костной ткани, пародонтальные карманы глубиной более 7 мм и самопроизвольная выраженная кровоточивость десен.

Выводы. Можно предположить, что ведущую роль в развитии заболеваний пародонта играет *Fusobacterium nucleatum*, так как этот микроорганизм встречается у 90,3% пациентов с пародонтитом. Наличие *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* в пародонтальных карманах свидетельствует о более тяжелом течении процесса, данный микроорганизм играет важную роль в развитии быстро прогрессирующего пародонтита, при этом его наличие коррелирует с тяжестью воспалительно-деструктивных изменений в околозубных тканях. В результате проведенных нами исследований было установлено, что при обнаружении *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* в пародонтальном кармане, вероятен неблагоприятный прогноз заболевания.

---

**Швец О.И.**

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

## **АДИПОЗ (ОЖИРЕНИЕ), КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Актуальность исследования. На сегодняшний день проблема ожирения и его последствий является одной из наиболее актуальных, ведь углубляясь в исследования генезов различных заболеваний, все чаще можно столкнуться с фигурированием «ожирения» в строке факторов, способствующих

их развитию. Тромбоэмболия легочной артерии не исключение. Как известно люди, страдающие ожирением в той или иной степени его проявления, склонны к гипертонии. Помимо этого, у данной группы лиц прослеживается частое наличие варикозных заболеваний нижних конечностей. Данные факторы в совокупности увеличивают риск возникновения тромбоэмболии легочной артерии.

**Цель исследования.** Оценить и проанализировать факторы риска возникновения тромбоэмболии легочной артерии у лиц с выраженной степенью адипоза и нормальной массой тела, основываясь на данных историй болезней и протоколов патологоанатомических вскрытий.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были использованы данные следующих источников: Васильцева О.Я., Ворожцова И.Н., Карпов Р.С. «Ожирение как фактор риска тромбоэмболии легочной артерии»; Васильцева О.Я., Горлова А.А.: «Тромбоэмболия легочной артерии у пациентов с ожирением и сахарным диабетом»; данные историй болезней, а также протоколы вскрытия в моргах г. Томска. Исходя из данных, взятых при исследовании, было выявлено, что из 320 пациентов, имеющих констатированную ТЭЛА, страдающими ожирением оказалось 44,1% (141 пациент). Количество лиц с ТЭЛА, имеющих массу тела в пределах физиологической нормы, составляет 23,8% (76 пациентов).

**Результаты исследования.** Согласно с данными исследования, пациенты имеющие ожирение, являются вдвое больше склонными к развитию тромбоэмболии легочной артерии, нежели лица с нормальной массой тела. Двукратное увеличение риска связано с артериальной гипертензией больных с ожирением, предрасположенностью к варикозным заболеваниям вен нижних конечностей, а также сниженной продукцией адипоцитами выраженной жировой ткани адипонектина. Данный полипептид в норме способствует уменьшению повреждения эндотелия сосудов и отвечает за усиление выработки оксида азота. В случае недостаточной продукции адипонектина, наблюдаемой при артериальной гипертензии и ожирении, нарушается сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз крови, что способствует тромбообразованию.

**Выводы.** Изложенные выше факторы поясняют, почему риск развития ТЭЛА у больных с ожирением выше, нежели у лиц с нормальной массой. Также у группы пациентов с ожирением было обнаружено атеросклеротическое поражение аорты.

---

### **Швиренко И.Р.**

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

## **ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ**

В последние несколько лет на фоне сложной эпидемиологической ситуацией в мире, связанной с пандемией коронавируса, продолжающихся военных действий, других факторов, ограничивающих контактное взаимодействие, широкое распространение получили дистанционные формы обучения (ДО) в виде лекции/семинаров (вебинары), тренинги и др.

В то же время процесс обучения в медицинском вузе имеет особую специфику, особенностью которой является, целевая направленность на практическое применение знаний и овладение врачебными навыками, постоянным тренингом некоторых из них (алгоритм обследования больного, постановки диагноза, работы с медицинской документацией, выполнения простых медицинских манипуляций и т.д.) до уровня умений в конкретной клинической ситуации.

В связи с этим применение технологий ДО требует перестройки как процесса образования, так и отношения к нему со стороны обучающихся, поскольку они имеют ряд преимуществ по отношению к очной форме обучения. Так технологии ДО – это прежде всего активные формы обучения, которые охватывают все виды аудиторных занятий со студентами для формирования практических навыков работы врача и реализуемые через мотивационные видеоматериалы, симуляционные программы, позволяющие показать некоторые врачебные манипуляции и операции, что не всегда доступно даже при очном обучении.

Важным фактором для обучающихся является возможность самостоятельно управлять своим временем обучения: правильно организовать режим рабочего дня, исключить потерю времени при

перемещении на учебу, убрать сторонние помехи для изучения материала в т.ч. со стороны других обучающихся. Это позволяет студентам уделить больше внимания обучению с более глубокой проработкой учебного материала, проводить его сопоставление с данными, найденными/полученными самостоятельно из рекомендуемых дополнительных или интернет-источников, а, следовательно, и обеспечить большую выживаемость знаний в сравнении с очной формой обучения. Еще одним из преимуществ ДО для обучающихся, особенно для тех, кто испытывает проблемы с самовыражением, является его закрытость, когда студенту не приходится бояться допущенных ошибок, считать себя хуже других.

В то же время ДО присущи значительные недостатки, которые во многом преобладают над его достоинствами. Основным из них является отсутствие непосредственного контакта студента с преподавателем. Роль преподавателя-клинициста заключается не только в информационно-образовательной деятельности, но и мотивационной, психолого-педагогической и наставнической работе, что помогает обучающимся в понимании основ клинических дисциплин, а также в работе с больными и коллегами в условиях клиники. Важную роль при этом играют личные качества и способности врача-педагога, его технические умения и навыки, которые позволяют внедрять симуляционные методы.

Существенным недостатком ДО для студентов являются технические неполадки его обеспечения (отсутствие доступа в интернет, поломка компьютера и др.), отсутствие должной мотивации и самодисциплины, различные отвлекающие факторы бытового окружения, неумение работать с электронными библиотечными ресурсами (научными журналами, монографиями), а также с электронными учебниками/пособиями, презентациями.

На результатах обучения студентов сказывается и степень подготовленности и разнообразия материалов, составляющих основу информационной образовательной среды: алгоритмы решения клинических задач, выполнения практических навыков, порядок действий при работе с медицинской аппаратурой, при заполнении медицинской документации, наличие видеоматериалов, визуализирующих основы клинической работы и др.

Таким образом, ДО является важным компонентом современного образования с присущими ему достоинствами и недостатками, что, с учетом специфики подготовки врача, требует его совершенствования в т.ч. как со стороны его участников (преподаватель, обучающийся), так и со стороны технического и научно-методического обеспечения с акцентом на широкое внедрение симуляционных технологий, приближенных к клинической практике.

---

**Швиренко И.Р.**

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

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

Ограничение возможности обучения в условиях сокращения межличностного взаимодействия, связанного с эпидемией COVID-19, проживанием в зоне вооруженных конфликтов, неблагоприятных условий природной и антропогенной среды, обусловило смещение направленности преподавания в сторону акцентуации на технологиях удаленного образования – дистанционное обучение (ДО) с замещением всех форм традиционного обучения (лекций, семинаров, практических занятий и производственных практик) на online-занятия.

Широкое применение ДО обусловило изменение характера преподавания – переход с личностного на удаленное обучение, что повысило требования, предъявляемые как к участникам образовательного процесса, так и к его методическому, научному, интеллектуальному и техническому обеспечению. Особенно сильно это отразилось на преподавании клинических дисциплин в медицинском вузе.

Так преподаватель-клиницист в дополнение к привычной и повседневной работе (учебная, методическая, научная, лечебная) поставлен в ситуацию когда он вынужден заниматься несвойственным характеру его основной деятельности дополнительными вопросами, связанными с проведением преподавания в условиях ДО: технической и программной организации доступа в сеть интернет, вы-

делением времени на разработку и внедрение различных форм ДО для преподавания в режиме онлайн (проведение вебинаров, индивидуальных консультации, проверкой заданий/тестов и контроль их своевременной отработки), создание различной учебно-методической продукции и размещение ее в интернете для организации информационно-образовательной среды (ИОС) для обучающихся в т.ч. и видеоматериалов, визуализирующих элементы практической части занятия и специфику работы врача по предмету, а также многое другое.

Кроме того, проведение удаленного обучения предъявляет специфические требования к уровню подготовки преподавателя-клинициста по вопросам владения средствами обеспечения ДО в т.ч. доступными видами браузеров, платформ для проведения вебинаров и программами их управления, не говоря уже о технической поддержке (достаточность компьютерной базы со средствами передачи аудио- и видеoinформации, использование возможностей операционной системы, средств создания и редактирования текстовых материалов, презентаций, аудио- и видеоматериалов и др.). Накладывает свой отпечаток и затрудненность, а порой и невозможность решить те или иные технические и программные вопросы, возникающие в ходе ДО, сотрудниками технического обеспечения ВУЗа с учетом удалённого расположения клинических баз, разнообразием технического (компьютерного) оборудования и программного средств обеспечения ДО на них, не говоря уже о доступности различных форм интернета. Все это обуславливает затруднения в реализации научного, клинического и методического потенциала преподавателей клинических кафедр при реализации ДО.

Одним из вариантов решения этих задач является эмпирический опыт многих кафедр с выделением из ее состава (в рамках расширения кафедральных обязанностей и за счет снижения нагрузки в других направлениях) преподавателей, задачей которых является как раз решение технических и организационных вопросов ДО, проведение мероприятий, связанных с обучением и помощью сотрудникам кафедры на рабочих местах.

В то же время выделение таких сотрудников (различной степени подготовки) кафедрами предполагает изменения в организации деятельности вуза, в т.ч. создание отдела, основными задачами которого были бы не только обеспечение работы сайта ИОС, но и решение вопросов по программному обеспечению работы кафедры, организации системы обучения, переобучения преподавателей, методического обеспечения ДО и др. Это позволит оптимизировать работу и повысить ее эффективность на клинических кафедрах при ДО.

---

**Швиренко И.Р.**

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

## **ФИЗИОРЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ**

Устойчивое экономическое и социальное развитие государства напрямую связано с решением вопросов сохранения и укрепления здоровья населения, особенно студенческой молодежи. Вместе с тем возрастающие требования к подготовке специалистов, обусловленные увеличением информационной нагрузки, внедрением новых технологий обучения и др. обуславливают повышение психоэмоциональной нагрузки, истощение адаптационных резервов организма, рост заболеваемости обучающихся. Все это приводит к ухудшению состояния студентов здоровья за время обучения в вузе, так что к его моменту окончания вуза только 20% выпускников могут считаться практически здоровыми. Особенно страдает уровень здоровья студентов-медиков, учебная нагрузка которых по сведениям многих авторов в 2 раза выше, а показатели здоровья – ниже, чем у студентов немедицинских вузов. Это обуславливает снижение трудоспособности и уменьшение возможности студентов-медиков к обучению, что ухудшает качество их подготовки и ограничивает их возможности в выборе дальнейшей специализации.

Научное обоснование и разработка способов активной коррекции состояния здоровья студентов-медиков средствами физической и реабилитационной медицины (физиореабилитация), помимо



средств психолого-педагогических и санитарно-гигиенических, является перспективным направлением в комплексной программе поддержания, сохранения и укрепления их здоровья.

Дифференцированное деление студентов по разным медицинским группам в зависимости от состояния физического здоровья, функциональных показателей, наличия заболеваний предполагает различную реакцию организма на действие реабилитационных факторов, что станет основой их применения в целях физиореабилитации для проведения и разработки

Для достижения намеченной цели и реализации поставленных задач нами были внедрены в научный и педагогический процесс кафедры медицинской реабилитации, ЛФК адаптированные для работы со студентами стандартные формы обследования физкультурников: форма 061/у (Ф-061/у, Врачебно-контрольная карта физкультурника») и форма оценки состояния вегетативной регуляции по А.М. Вейну (1991, КВР-опросник).

Обследование проводилось в очно-заочном режиме с использованием методики дистанционного сбора информации путем опроса и анкетирования, а также получения данных физического развития и функциональных проб при проведении очного инструментального обследования.

В режиме заочного собеседования от студентов была получена информация о сведениях, составляющих содержание формы Ф-061/у и КВР-опросника, которые не требовали документального подтверждения (анамнестические). В режиме очного обследования были получены сведения о данных физического развития и результатах функциональных проб при проведении инструментального обследования. Для оценки полученных данных использовался как метод стандартов, так и метод индексов. Оценка уровня физического здоровья проводили по Г.Л. Апанасенко (1988), а уровня физического состояния по Е.А. Пироговой (1986).

Проведенное исследование предварительно показало, что данные Ф-061/у отражают состояние и динамику здоровья студентов. Результаты изучения КВР-опросника позволяют сделать предварительное заключение о преобладании симпатической регуляции функционального состояния организма, что указывает на низкий уровень процессов адаптации и повышенный риск возникновения новых или обострения хронических заболеваний у студентов.

Дальнейшее изучение структуры заболеваемости и ее связи с отдельными видами и продолжительностью физической нагрузки позволит предложить и обосновать новые подходы в физиореабилитации студентов как с хроническими заболеваниями, так и с низкими показателями уровня здоровья.

---

**Швыдкий О.В.**

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г. Донецк

## **ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

В статье рассмотрены актуальные вопросы организации и внедрения процессного управления; процессы предоставления медицинских услуг; методические подходы к формализации бизнес-процессов; типовые и комплексные модели административно-хозяйственных бизнес-процессов медицинской организации.

Работа Главного врача медицинского учреждения и его заместителей – это ответственная, важная и насыщенная работа, соединяющая в себе функции управленца и хозяйственника. Административно-хозяйственная деятельность руководителя состоит из лечебно-диагностических, экспертных и вспомогательных процессов, без которых инфраструктура организации не сможет подняться к намеченным целям.

И вот тут-то на помощь руководителю приходит процессный подход, как современная основополагающая, с новейшими технологиями менеджмента система управления деятельностью организацией. Подход, основанный на управлении бизнес-процессами, принято называть процессным подходом.

Процессный подход – управленческая технология, основывающаяся на признании и применении того факта, что восприятие и управление видами деятельности организации, как взаимосвязанными

процессами, способствует повышению результативности и эффективности. Все процессы, по способу влияния на качество предоставляемой услуги, разделяют на основные и вспомогательные.

Бизнес-процессы в функционировании организации позволяют упорядочить работу всех сотрудников, установить цели, последовательность ключевых действий и планируемый результат для каждого процесса; снизить зависимость медицинской организации от сотрудников, т.к. работа строится не на личных компетенциях работников, а на отлаженном, контролируемом и документированном процессе. Это позволяет вести достаточно четкие и последовательные действия, ведущие к необходимому результату, снижает временные и прочие затраты на введение в курс дела вновь принятых сотрудников.

Внедрение бизнес-процессов в медицинских организациях вносит весомый вклад в достижение поставленных целей и задач. Чтобы добиться результатов, руководителям нужно разобраться в вопросе: как выполнить тот или иной бизнес-процесс и правильно его описать. Не секрет, что есть руководители, не разделяющие данную точку зрения, не имеющие желаний двигаться в этом направлении. Что ж, право выбора есть всегда и у каждого – своё. Но, необходимо помнить, что уровень решений руководителя медицинской организации должен быть показателем зрелости организации, имеющей внутренний потенциал для своего собственного самостоятельного развития. Предпочтение инвесторов и рынков отдается организациям сильным, имеющим современный уровень развития, а не слабым, идущим «в никуда». Политика «в никуда» приведет, в лучшем случае, к «застою», в худшем – к потере позиций организации на рынке предоставления услуг (продукта).

«Свобода выбора в конкурентном обществе основана на том, что если кто-то отказывается удовлетворить наши запросы, мы можем обратиться к другому». Фридрих Август фон Хайек.

Изучив, предложенный в статье, материал, формулируется вывод – в управление медицинской организацией необходимо введение процессного подхода, первоочередной необходимости в условиях не только усиливающейся конкуренции на рынке медицинских услуг, но главное – в предоставлении стандартизированных медицинских услуг, требуемых сегодня здравоохранением, населению страны с целью оздоровления нации и в первую очередь – формирования здорового молодого поколения.

---

*Шевченко А.А., Сливина Л.П., Калинин Е.И., Морозов М.Е., Асламова Е.А.*

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

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ШУМОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ЭКОСИСТЕМЫ КРУПНОГО ГОРОДА ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ**

Возрастание антропогенных нагрузок на окружающую среду определяет увеличение рисков для жизни и здоровья граждан. В связи с развитием урбанизации угрожающие масштабы приобрел такой загрязнитель городской экосистемы как шум. Одним из направлений управления качеством городской среды как искусственной экосистемы является снижение уровня шумовой нагрузки на население. Согласно классификации ВОЗ, шумовое загрязнение – вторая по серьезности проблема экологии после загрязнения воздуха.

Ежегодно количество городского транспорта постоянно увеличивается, прежде всего, за счет увеличения числа легковых автомобилей, а вместе с этим растет и уровень шумовой нагрузки на горожан. При этом в Федеральном законе РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 N 52-ФЗ отмечено, что «при планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприятных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению вредного воздействия на человека факторов среды обитания».

Целью исследования: анализ шумового загрязнения территорий промышленного города и разработка плана мероприятий по снижению уровней городского шума

Методы и организация исследований. Исследования уровней шума проводились в промышленном городе с развитой транспортной инфраструктурой в промежутке времени с 7.00 до 23.00 часов. Шум измерялся на территориях жилой застройки, непосредственно прилегающих к основным магистра-

лям, на внутриквартальных проездах с учетом разных вариантов застройки. Методика выполнения измерений: ГОСТ Р 53187-2008 «Акустика. Шумовой мониторинг городских территорий», ГОСТ 23337-2014 «Межгосударственный стандарт шум. Методы измерения шума на селитебной территории и в помещениях жилых и общественных зданий». Измерения проводились шумомером-анализатором спектра Ассистент Тотал с применением вспомогательного оборудования и специализированной оснастки. Результаты были представлены на интерактивной шумовой карте города, где каждое полученное при измерениях значение привязывалось к конкретным географическим координатам. При анализе данных в качестве нормы допустимого уровня шума был взят установленный в СанПин 1.2.3685-21 эквивалентный уровень шума для территории, непосредственно прилегающей к жилой застройке, равный 55 дБА и максимальный уровень шума, равный 70 дБА.

Результаты. На всех территориях города, приближенных к автомагистралям с интенсивным транспортным движением, эквивалентные уровни шума превышали допустимые пределы и колебались в диапазон от 62,4 дБА до 72,9 дБА., т.е. находились в зоне постоянного акустического дискомфорта. Наиболее высокие показатели отмечались новой части города, застроенной многоэтажными домами, расположенными на «красной линии». Как и предполагалось, наименьший уровень шума, как правило, не превышающий нормативы, имел место вблизи внутриквартальных проездов на территориях с малоэтажной застройкой (49,9 – 51,2 дБА) при незначительном превышении в новых районах с многоэтажными зданиями (58,1 дБА). Полученная информация подтверждает, зависимость шумовой нагрузки территории не только от особенностей транспортного потока, но и от планировочных характеристик территории. На основании полученных данных были выделены городские территории, критичные по уровням шума и соответственно потенциального риска здоровью населения. В связи с этим целесообразна организация мониторинга уровня шумовой нагрузки на население, рациональная организация транспортной сети и застройки селитебных территорий.

---

*Шевченко Т.И., Швороб Д.С.*

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

## **МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ДОЛИХОКОЛОН**

**Введение.** Хронический запор является одной из наиболее актуальных проблем в современной колопроктологии и наблюдается у 14-16% населения развитых стран. Причины хронического запора широко варьируют от функциональных до органических. К последним можно отнести долихоколон, различные варианты которой встречаются в 16% случаев. Цель исследования – дать морфологическую и количественную характеристику декомпенсированной стадии долихоколон на основании морфогенеза изменений, по сравнению с гистологически нормальной толстой кишкой.

**Материалы и методы.** Использованы образцы ткани толстой кишки 16 человек, которые были разделены на две группы. Первую, контрольную группу составили 8 секционных случаев морфологически нормальной стенки толстой кишки. Вторая, исследуемая группа представлена операционным материалом 8 пациентов с декомпенсированной стадией долихоколон. Группы наблюдений репрезентативны по полу и возрасту.

**Результаты.** У пациентов с декомпенсированной стадией долихоколон, по сравнению с контрольной группой, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ), уменьшается толщина слизистой и мышечной оболочек в 1,07 и 2,26 раза соответственно. Толщина подслизистой оболочки увеличивается в 1,17 раза, однако максимальные и минимальные значения данного параметра изменяются всего в 1,35 раза, тогда как в контрольной группе в 7,21 раза, что свидетельствует о максимальной сглаженности стенки толстой кишки, и является следствием ее функциональной недостаточности. Удельная доля нервных сплетений в мышечной оболочке в 1,45 раза больше по сравнению с контрольной группой, однако количество нервных клеток снижается в 2,98 раза, являясь следствием развития недостаточности эвакуаторно-моторной функции толстой кишки. Средняя площадь лимфатических фолликулов

уменьшается в 1,49 раза, а вторичные фолликулы исчезают вовсе, означая истощение компенсаторно-приспособительных реакций лимфоидного аппарата.

Выводы. Морфологические и морфометрические признаки необратимых изменений, таких как дистрофия, атрофия и склероз всех структурных элементов стенки толстой в стадии декомпенсированной долихоколон позволяют считать целесообразным хирургическое лечение, а также проведение профилактики развития декомпенсации общего состояния больных.

---

*Шевякин Д.В., Соловьев Е.Б., Куликов Н.В.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ИЗОЛЯЦИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА В КАРДИОХИРУРГИИ**

Цель исследования: Оценить эффективность сопутствующей изоляции ушка левого предсердия (УЛП) в профилактике ишемического инсульта (ИИ) для кардиохирургических пациентов, прооперированных с использованием искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы: В ретроспективное одноцентровое исследование были включены пациенты старше 18 лет, прооперированные с использованием ИК на базе отделения кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака за период с декабря 2017 года по январь 2022 года. Критериями исключения являлись: гемодинамически значимое поражение брахиоцефальных сосудов; обширная атеросклеротическая кальцификация восходящей аорты (фарфоровая аорта); инфекционный эндокардит; злокачественные новообразования, аутоиммунные заболевания и системные васкулиты в анамнезе; острый коронарный синдром; повторные вмешательства на открытом сердце; процедуры с использованием минидоступа. Отобранные пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включены больные, которым была выполнена сопутствующая изоляция УЛП, контрольную группу составили пациенты с интактным УЛП. Для анализа краткосрочных результатов были выбраны следующие критерии: частота ИИ в течение 30 дней после операции; 30-дневная летальность; частота периоперационного инфаркта миокарда; частота периоперационной фибрилляции предсердий (ПОФП); частота рестернотомии по причине кровотечения; суммарный объем отделяемого по дренажам; длительность операции; время ИК и пережатия аорты; продолжительность пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии и кардиохирургическом стационаре. С целью оценки отдаленных результатов проводился сравнительный анализ времени до наступления клинически значимых событий, а именно: первый случай ИИ; смерть от любых причин.

Результаты: После первичного анализа и применения критериев исключения, основную группу составили 216 пациентов, контрольную – 179. Группы были статистически сопоставимы по основным антропометрическим и анамнестическим характеристикам. Период наблюдения за пациентами составил 123 недели (78-51) в основной группе и 122 недели (77-150) в контрольной ( $p=0,6$ ). В течение 30 дней после операции в группе изоляции УЛП был зафиксирован 1 ишемический инсульт (0,5%), в контрольной – 7 (3,9%), что являлось статистически значимым ( $p=0,015$ ). Обе исследуемые группы характеризовались нулевой 30-дневной летальностью, а также не имели статистически значимых различий в количестве периоперационных осложнений таких как: кровотечение, инфаркт миокарда и ПОФП. Изоляция УЛП не приводила к увеличению времени операции, а также продолжительности пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии и кардиохирургическом стационаре. В течение всего периода наблюдения в основной группе было зафиксировано 4 ИИ (1,9%), в контрольной – 16 (8,9%). При сравнительном анализе времени до наступления события, было получено статистически значимое различие ( $p=0,001$ ). Разница в выживаемости между группами была статистически не значимой ( $p=0,6$ ).

Вывод: Изоляция УЛП является эффективным и безопасным методом профилактики ишемического инсульта для кардиохирургических пациентов оперируемых с использованием ИК.

*Шелудько В.С., Каспарова А.Э., Дели А.Д.*

БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ СРЕДНЕГО ПРИОБЬЯ**

Цель – анализ параметров лейкоцитарных индексов у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, проживающих в субарктическом регионе. Материалы и методы. Проведено проспективное исследование развернутого общего анализа крови с последующим расчётом лейкоцитарных индексов у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. Основную группу составили 61 пациентка с привычным невынашиванием, контрольную группу – 59 женщин с одним эпизодом потери беременности). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.3 (ООО «Статтех», Россия). Результаты. Длительность проживания на территории Среднего Приобья была значимо дольше у женщин основной группы, составляя 21 год (Me 21, Q1-Q3 19-33), тогда как женщины с однократной потерей беременности проживали в условиях Севера 15 лет (Me 15, Q1-Q3 4-27),  $p=0,037$ . Возраст обследуемых групп также значимо отличался, приходясь на диапазон  $32 \pm 5$  лет ( $M \pm SD$ )  $31 - 34$  (95% ДИ) у женщин с привычным невынашиванием и  $30 \pm 5$  лет ( $M \pm SD$ )  $29 - 32$  (95% ДИ). Экстрагенитальные заболевания в обеих группах встречались одинаково часто. Структура соматической патологии представлена: ожирением 1-й степени – у 8,2% ( $n = 5$ ) женщин основной группы и у 10,2% ( $n = 6$ ) – контрольной группы; артериальной гипертензией 1-й степени – у 3,3% ( $n = 2$ ) женщин с ПН и у 6,8% ( $n = 4$ ) пациенток контрольной группы. Среди значимой эндокринной патологии отмечен субклинический гипотиреоз, наблюдаемый у 13,1% ( $n = 8$ ) женщин с ПН и 10,2% ( $n = 6$ ) женщин с однократной потерей беременности. Возраст менархе в обеих группах приходился на 12-14 лет, характер менструальной функции был регулярный. Значимых различий при анализе гинекологической патологии получено не было. Однако у женщин с привычным невынашиванием в 4 раза чаще среди воспалительных заболеваний отмечено течение хронического эндометрита (6,6%,  $n = 4$ ) и аднексита (3,3%,  $n = 2$ ). Также среди факторов риска в основной группе, по данным УЗИ и пайпель-биопсии, отмечена регенераторно-пластическая недостаточность эндометрия (3,3%,  $n = 2$ ) и синдром поликистозных яичников (3,3%,  $n = 2$ ). Беременность закончилась срочными родами у женщин с ПН (67,2%,  $n = 41$ ) и однократной потерей беременности (49,1%,  $n = 29$ ). При этом преждевременные роды несколько чаще наступили в контрольной группе (5%,  $n = 3$ ) по сравнению с основной группой (4,9%,  $n = 3$ ) ( $\chi^2 = 0,002$ ;  $p > 0,05$ ). Количество медицинских аборт были сопоставимы у женщин основной и контрольной групп (31,1%,  $n = 19$ ) и (22%,  $n = 13$ ) ( $\chi^2 = 1,274$ ;  $p > 0,05$ ) соответственно. При анализе лейкоцитарной формулы отмечено значимое превышение палочкоядерных нейтрофилов у женщин с привычным невынашиванием (Me=7, Q1-Q3 5-9) по сравнению с женщинами контрольной группы (Me=5, Q1-Q3 4-8),  $p=0,044$ . Другие параметры белой крови не имели статистически значимых различий. По результатам параметров белой крови рассчитаны следующие лейкоцитарные индексы: лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф-Калифу, лейкоцитарный индекс сдвига лейкоцитов, индекс Гаркави, индекс иммунореактивности. В обеих исследуемых группах значения индексов находились в границах нормы. При этом отмечено значимое превышение индекса сдвига лейкоцитов у женщин с привычным невынашиванием Me=0,12 (Q1-Q3 0,08-0,16) по сравнению с пациентками с однократной потерей беременности Me=0,08 (Q1-Q3 0,08-0,16). Однако, лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф-Калифу был выше в контрольной группе, составляя 1,02, а в группе с привычной потерей беременности 0,96 ( $p=0,815$ ). Заключение: нормальные значения лейкоцитарных индексов свидетельствует о достаточной и сбалансированной реакции клеток крови в условиях репродуктивных неудач. Ожидаемое повышение индекса сдвига лейкоцитов возможно обусловлено значимым превышением палочкоядерных нейтрофилов основной группы, что соответствует данным литературы и проведенному анализу гинекологической патологии, отражая более частое течение хронического эндометрита у женщин с привычным невынашиванием беременности.

**Шельгин К.В.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

## **ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Введение.** Оценка динамических характеристик базовых показателей популяционного здоровья является необходимостью в условиях организации планомерного поддержания развития человеческого потенциала, качества жизни и результативности функционирования системы здравоохранения арктических и приарктических территорий России.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы статистические данные ожидаемой продолжительности жизни, младенческой смертности инвалидности, заболеваемости, коэффициентов естественного прироста и хронизации, относящиеся к населению Архангельской области без учёта Ненецкого автономного округа. Период анализа: 2010-2020гг. Используются следующие математические методы: авторегрессия и проинтегрированное скользящее среднее, метод Ирвина для выявления аномальных значений, линейная регрессия, показатели динамики временных рядов, метод цепных подстановок.

**Результаты.** Коэффициенты естественного прироста населения и хронизации продемонстрировали устойчивую негативную тенденцию, что свидетельствует о снижении потенциала воспроизводства населения увеличении хронических форм заболеваний. Показатели ожидаемой продолжительности жизни, первичной заболеваемости, первичной инвалидности, при положительной динамике, продемонстрировали тенденцию к исчерпанию положительного потенциала. Единственным показателем, устойчиво демонстрирующим положительную динамику, явилась младенческая смертность.

**Заключение.** По результатам нашего исследования установлено ухудшение показателей популяционного здоровья населения Архангельской области, что может быть обеспечено снижением уровня и качества жизни населения, а также снижением эффективности и ростом дисфункциональности системы здравоохранения.

---

**Шеменева А.С., Жилев Р.А., Антипов Н.В.**

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

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН В ФОРМИРОВАНИИ ОВАРИОЦЕЛЕ**

**Введение.** Варикозное расширение яичниковых вен – овариоцеле у женщин репродуктивного возраста приводит к нарушению менструального цикла, маточным кровотечениям, поддерживает воспалительные и дегенеративные процессы в яичниках, приводя к ряду серьезных гинекологических и онкологических проблем.

**Цель исследования.** Определить особенности формирования фасциальных футляров яичниковых вен и их значимость в этиопатогенезе овариоцеле

**Материалы и методы.** Топографо-анатомически и макро-микроскопически исследованы 47 свежих нефиксированных трупов женщин, умерших в возрасте 24-79 лет; из них 22 имели признаки овариоцеле хотя бы с одной из сторон. Исследования проводились с использованием методов препарирования и морфометрии. Работа выполнена на базе Донецкого республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Для изучения хода яичниковых сосудов на трупах проводилась срединная лапаротомия, разрез выполнялся от основания мечевидного отростка грудины до лобкового симфиза. Оценивались вариантная топография клетчаточных пространств брюшной области и особенности формирования фасциальных футляров яичниковых вен, наличие рагасолон. Выявлялись варианты прохождения яичниковых вен в брюшинном пространстве и их отношение к фасциальным образованиям.

Результаты и их обсуждение. В 25 случаях (54,2%) варикозного расширения яичниковых вен выявлено не было. Овариоцеле изолированно слева наблюдалось в 12 случаях (26,4%), справа – в 7 (13,8%), и имело характер двухстороннего в 3 (5,6%) наблюдениях. При левостороннем овариоцеле яичниковая вена имела диаметр слева  $7,8 \pm 2,9$  мм, справа –  $3,82 \pm 0,63$  мм. При правостороннем овариоцеле диаметр вены слева составлял  $3,18 \pm 0,45$  мм, справа –  $5,54 \pm 0,89$  мм. При двухстороннем овариоцеле левая яичниковая вена имела диаметр  $5,73 \pm 0,94$  мм, справа –  $4,65 \pm 0,75$  мм.

Выводы. Vv. Ovaricae во всех наблюдениях имели широко развитую систему анастомозов на всем их протяжении с одной и другой стороны.

Яичниковые вены проходили в собственно забрюшинном пространстве, имея лишь собственный истонченный фасциальный футляр, формируемый внутрибрюшной фасцией.

---

**Шестерина Ю.Б., Шукина Е.В.**

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

## **ПРЕДИКТОРЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Актуальность. Широкое распространение получил термин «постковидный синдром», который определяет наличие симптомов в течение 12 недель и более после перенесенного COVID-19. Известно, что дестабилизация артериального давления, как проявление постковидного синдрома, является одним из частых поводов для обращения к врачу. Однако на сегодняшний день мало данных о предикторах постковидного синдрома, в том числе у лиц с уже имеющейся артериальной гипертензией в анамнезе.

Цель исследования. Определить влияние факторов риска артериальной гипертензии на развитие и течение постковидного синдрома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 пациента, которые выздоровели от подтвержденного полимеразной цепной реакцией (ПЦР) COVID-19. Все пациенты имели в анамнезе артериальную гипертензию (АГ) 1-2 степени с достижением целевых цифр артериального давления (АД) на фоне гипотензивной терапии. Обследование происходило в среднем через 131 день после постановки диагноза COVID-19. Больные были распределены на 2 группы: первую составили 22 (42,3%) пациента, у которых не отмечалось ухудшения течения АГ; вторую группу – 30 (57,7%) человек, у которых имела место дестабилизация АГ (гипертонические кризы, необходимость в увеличении дозировок применяемых препаратов или добавлении блокатора кальциевых каналов – амлодипина). Обе группы принимали фиксированную комбинацию периндоприл+ индапамид в дозе 8+2,5 мг/сут. У всех больных проводилась оценка факторов риска дестабилизации АГ, таких как пол, возраст, курение и индекс массы тела (ИМТ). Анализ данных проводился с помощью с использованием стандартной описательной статистики. Для оценки достоверности различий между показателями использован критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Среди лиц с постковидным синдромом, у которых имела место дестабилизация АГ (2-я группа), чаще встречались женщины (66,7% против 45,5% соответственно,  $p < 0,005$ ). Также пациенты второй группы были старше на 15,02 лет пациентов первой группы (95% ДИ: 10,9-18,2 года,  $p < 0,0001$ ). Удельный вес активных курильщиков в этой группе преобладал над первой группой (73,3% против 36,4% соответственно,  $p = 0,0017$ ). Установлено отличия между группами по ИМТ: средние показатели ИМТ во второй группе оказались больше на 7,3 кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ: 5,01-9,61 кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,0001$ ), что явилось статистически значимым.

Выводы. Женский пол, возраст, статус активного курильщика, а также избыточная масса тела отягощают не только течение АГ, но и способствуют развитию постковидного синдрома. Таким образом, лицам с АГ и постковидным синдромом более вероятно необходимо жестче подходить к модификации образа жизни (полный отказ от курения, снижение массы тела), усилению антигипертензивной терапии для уменьшения кардиоваскулярного риска и проявлений постковидного синдрома.

*Широков В.А., Шастин А.С., Митюкова М.Н.*

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора», г. Мытищи  
ФБУН «Екатеринбургский медицинский – научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих пром-предприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

## **К ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Целью исследования являлось сравнительное изучение заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), включая транзиторные ишемические атаки (ТИА), взрослого населения России, Центрального федерального округа (ЦФО) и Москвы.

Заболеваемость различными формами ОНМК (установленным впервые в жизни) изучалась методом сплошного статистического наблюдения с использованием методов описательной статистики по данным сборников статистических материалов «Заболеваемость взрослого населения России», изданных Министерством здравоохранения РФ и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». Проведено сравнение среднемноголетнего уровня (СМУ) «доковидного» периода (2015-2019 гг.) с показателями 2020 года, связанного с появлением COVID-19.

Показатели заболеваемости взрослого населения России, ЦФО и города Москва отдельными острыми нарушениями мозгового кровообращения с диагнозом, установленным впервые в жизни (далее – первичная заболеваемость) представлены в таблице.

В целом по Российской Федерации в 2020 году снизился уровень первичной заболеваемости во всех исследованных группах болезней. Самое существенное снижение уровня первичной заболеваемости взрослого населения острыми нарушениями мозгового кровообращения отмечается в группе болезней, зарегистрированных как «Инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт». В г. Москва данный показатель снизился в меньшей степени, чем в целом по РФ и ЦФО. Снижение показателей уровня первичной заболеваемости преходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами в г. Москва выше, чем в целом по ЦФО, но ниже, чем по РФ.

Самые значительные отличия заболеваемости взрослого населения г. Москва выявлены в группе болезней «Внутричерепное и другое внутричерепное кровоизлияние». Снижение показателей в г. Москва выше, чем в целом по РФ (в 2,3 раза) и ЦФО (в 2,0 раза).

Первичная заболеваемость взрослого населения инфарктом мозга снизилась в целом РФ на 1,0% и в г. Москва на 0,8%. В то же время, в целом эти показатели в целом по ЦФО выросли в 2020 году по отношению к СМУ за 2015-2019 годы на 0,3%. Уровень первичной заболеваемости взрослого населения внутримозговыми и другими внутричерепными кровоизлияниями в г. Москва на протяжении всего исследуемого периода был самым низким в Российской Федерации.

Таким образом, при сравнении «доковидного» и «ковидного» периодов наблюдений как в целом по Российской Федерации, так и по г. Москва, отмечено снижение показателей первичной заболеваемости взрослого населения России ОНМК. Отмечен незначительный рост первичной заболеваемости взрослого населения инфарктом мозга в целом по ЦФО в 2020 году по сравнению с РФ и г. Москва.

Для понимания причин снижения заболеваемости ОНМК в период пандемии необходимо продолжение мониторинга заболеваемости по указанным нозологиям.

---

*Широченко Е.Д.*

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

## **ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ**

Актуальность исследования. Рассмотреть частоту встречаемости заболевания у населения, оценить основные группы риска, вариативность и эффективность лечения.



Цель исследования. Определить, является ли ограничение физической активности основополагающим фактором снижения риска смертности при данном заболевании.

Материалы и методы. Статья доктора Кузнецовой Татьяны Николаевны, кардиолога со стажем более 28 лет, статья врача-кардиолога «Клиники Эксперт» Марины Казбековны Цогоевой.

Результаты исследования. Кардиомиопатия (заболевание сердечной мышцы, которое характеризуется кардиомегалией) имеет невыясненную этиологию. Более всего подвержены риску люди, которые имеют генетическую предрасположенность. Основной группой риска для данного заболевания является мужской пол, преимущественный возраст-45 лет и более, спортсмены. Вариативность лечения зависит от того, каким видом представлено заболевание: является ли оно изолированным, или является компонентом системного заболевания. При лечении кардиомиопатии применяется динамическое мониторирование, лекарственная терапия в виде блокаторов ангиотензина II, ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающие ферменты), бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов. Имеет место быть и хирургическое вмешательство-септальная миектомия. В ходе данной операции иссекается миокард, расположенный в основании межжелудочковой перегородки. Второй по распространённости хирургической операцией является протезирование митрального клапана. Данную операцию можно провести двумя способами: протезирование механическим протезом и резекция хорд второго порядка передней створки митрального клапана. Интраоперационно после основного этапа проводят чрезпищеводную эхокардиографию с целью оценки адекватности проводимой резекции и отсутствия SAM-феномена (переднесистолическое движение митральной створки на фоне определенного нарушения анатомо-функционального состояния митрального клапана (МК) и миокарда). Симптомами кардиомиопатии могут быть одышка, повышенная утомляемость, отёчность, кардиалгия, аритмия, синкопальные состояния, вертиго, но чаще всего первым и единственным проявлением заболевания является внезапная смерть. Для определения подходящей физической нагрузки используют велоэргометрию (ВЭМ). Во время данного исследования происходит ежеминутное мониторирование ЭКГ. В ходе проводимых исследований серьёзных отклонений в общем состоянии испытуемых не наблюдается. Ощущают себя, как здоровые люди, выполняют привычную для себя физическую нагрузку.

Выводы. Кардиомиопатия-заболевание невыясненной этиологии. Усиленные физические нагрузки-неоправданный риск, но также бытует мнение, что полностью физическую нагрузку исключать тоже нельзя. Можно заниматься плаванием, которое помимо своих общеоздоровительных факторов придаст телу атлетическую форму, что очень важно. Избыточная масса тела повлияет на учащение работы сердца, может привести к гипертонической болезни. Всё это только усугубит клиническую картину.

---

**Шишов И.В.**

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

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Тяжелый некротический панкреатит (ТНП) сопровождается высокой летальностью, особенно при инфицированных осложнениях. Летальность у больных с ТНП составляет 12-26% и характеризуется двумя временными пиками. Если причиной летальности в первые 2-4 суток от начала заболевания является полиорганная недостаточность и эндотоксиновый шок, то летальность второго временного пика (3-4 неделя) обусловлена тяжелым сепсисом. Для ранней диагностики инфицирования некротических очагов панкреонекроза и жидкостных коллекторов при клинико-лабораторной отрицательной динамике (гипертермия, гиперлейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево) применяются контроль УЗ либо СКТ (наличие пузырьков газа в очаге воспаления, расширение зоны инфильтрации, появление новых жидкостных скоплений (ЖС) или увеличение в объеме ранее диагностированных с изменением их акустической или рентгенологической характеристики), повышение маркеров воспаления (острофазовые белки: С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин и др.), данные чрескожной тонкоигольной аспирации (ТИА) с микробиологическим исследованием пунктата. В современных

условиях существует необходимость для простого и общедоступного выявления маркера инфицирования, который доступен практически во всех лечебных учреждениях.

Для выявления маркеров летального исхода у 44 больных острым некротическим панкреатитом (ОНП) в клинике хирургии и эндоскопии изучены показатели системного гомеостаза (СРБ, окисленные модифицированные белки (ОМБ), молекулы средней массы (МСМ), сиаловые кислоты (СК), метаболиты оксида азота (МОА), серомукоиды) на этапах лечения: этап № 1 – до начала оперативного лечения, этап № 2 – на 1-3 сутки, этап № 3 – на 7-10 сутки, этап № 4 – на 12-15 сутки и этап № 5 – на 20-25 сутки после оперативного вмешательства. Уровень биохимических маркеров воспаления и эндотоксикации в крови у больных с инфицированными ЖС (ИЖС) значительно превышен от верхних границ нормы на протяжении всего наблюдения, причем больше у больных с неотграниченными ИЖС и при начальной стадии воспалительной инфильтрации паранефрия, еще до лучевой (УЗИ, СКТ) диагностики жидкостных и газовых включений. Статистически значимые различия уровней в зависимости от исхода заболевания (выжил/умер) выявлены только у СРБ и МСМ, причем до начала хирургического лечения. Исходные показатели СРБ у умерших пациентов в 2,4 раза были выше, чем у выживших пациентов. Уровень СРБ в сыворотке крови умерших больных был повышен в среднем в 25 раз ( $150,0 \pm 96,7$  мг/мл), а у выживших пациентов – в 10 раз ( $62,0 \pm 79,6$  мг/мл) ( $p = 0,028$ ).

Таким образом повышение исходных концентраций СРБ в сыворотке крови больных острым инфицированным некротическим панкреатитом в 25 раз ( $p = 0,028$ ) является прогностическим критерием летального исхода. Исследование ОМБ, МСМ, СК, МОА, серомукоидов требуют дорогостоящих оборудования и реактивов, что не позволяет их использование в ежедневной работе хирургических клиник.

Учитывая общедоступность и дешевизну исследования, прогностическую ценность инфицирования и вероятности летального исхода заболевания у больных с тяжелым некротическим панкреатитом определение уровня СРБ должно быть обязательным.

---

**Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин Д.М., Шкондина М.Л.**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск  
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

## **КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРИТА**

Цель исследования – уточнение возможностей сонографии в комплексной лучевой диагностике гастрита, с определением стадийности процесса.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ультразвуковой томографии (УЗТ) (В-режим) 77 пациентов (35 мужчины и 42 женщины, в возрасте от 12 до 74 лет), у которых при первичном УЗ скрининге органов брюшной полости были выявлены симптомы гастроптоза и удлинения желудка. УЗТ проводили рано утром, натощак, сначала датчиком на 3,5 МГц, а затем датчиками на 7,5 и 10 МГц, с различным давлением датчиком на брюшную стенку и изменением пациентом давления в брюшной полости. После эндоскопического исследования, биопсии с гистологической верификацией, оперативных вмешательств, а также рентгенологического исследования были установлены: гастрит – у 57 чел, в сочетании с дуоденитом – у 20, язвенной болезнью – у 7, лейомиомой – у 5 и полипами в желудке – у 4 чел. Клинически во всех случаях отмечалась боль, у 21 чел – тошнота, у 18 – изжога. Все пациенты были астенической конституции.

Результаты. У пациентов с гастритом при плановом осмотре были выявлены функциональные и морфологические признаки процесса. С помощью УЗТ проводящейся рано утром, натощак, при вертикальном положении пациента при гиперсекреции хорошо определяется жидкость в просвете желудка. Кроме того, при остром процессе видна гипертрофия стенок с сохранённой анатомической структурой. В случаях хронического процесса в большинстве случаев стенки тонкие. У пациентов с болезнью Менетрие стенки неравномерно утолщены и отсутствует нормальное анатомическое строение, что не исключает наличие опухолевого процесса. Также, выявлен гастроптоз 1 степени у 40 чел,

2 степени – у 16 и 3-й степени – у 8. При этом, у 18 пациентов наблюдалась такая же картина и в 12-й кишке, из них у 10 был обнаружен бульбостаз и бульбо-гастральный рефлюкс. Кроме того, гиперпластические изменения в стенке желудка удалось выявить у 38 пациентов, а атрофические у 25. Нами отмечено, что гипертрофические изменения определялись только при 1-й и, реже, 2-й степенях гастроптоза и удлинения желудка, а атрофические при 2-й и у всех при 3-й степени.

При анализе полученных результатов были отмечены два достоинства сонографического скрининга. Первое – только УЗТ позволяла выявить и изучить измененный участок стенки при язвах, полипах и опухолях из мышечного слоя с внеорганным ростом, не обнаруживаемых при эндоскопическом исследовании. Второе – только УЗТ позволяла, в отличие от рентгенологического метода исследования, изучить и оценить состояние всех соседних органов и выявить в них патологические процессы (гепатит, холецистит, ЖКБ, панкреатит, дуоденально-желудочные рефлюксы, лимфоаденопатию, выпот и другие), а также осуществить контроль в динамике на этапах лечения.

Выводы. У пациентов с гастритом и гастроптозом-удлинением желудка обнаружение в полости желудка при УЗТ гиперсекреции позволяет установить стадию гастроптоза и удлинения желудка, а также обнаружить сопутствующие патологические процессы в желудке и соседних органах, которые не выявляются с помощью рентгенологического и эндоскопического исследований. В диагностическом процессе ультразвуковая томография может быть методом скрининга при ранней диагностике и методом контроля динамики процесса на этапах лечения.

---

**Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин М.А., Копытин Д.М.**

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

## **ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИИ КИММЕРЛИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Вступление. Синдром позвоночной артерии (СПА) является актуальной проблемой неврологии, включающий в себя ряд расстройств вестибулярного, сосудистого и вегетативного характера, возникших на фоне патологического сужения позвоночной артерии. Среди этиологических факторов поражения позвоночной артерии, кроме прочего, следует учитывать аномалию Киммерли, которая заключается в наличие в структуре С1 дополнительной костной дужки (полной или частично замкнутой). Выделяют два варианта аномалии Киммерли: 1) ponticulus posterior atlantis (мостик над артерией между суставным отростком и задней дугой атланта); 2) ponticulus lateralis atlantis (мостик между суставным и реберно-поперечным отростком атланта). В норме позвоночная артерия, выйдя из реберно-поперечного отростка атланта, огибает сзади боковую массу атланта (верхний суставной отросток) атланта и оказывается в одноименной борозде на верхней поверхности задней дуги атланта перед прободением атланта-окипитальной мембраны. Костная борозда позвоночной артерии широкая, но мелкая. Она не препятствует подвижности артерии при движениях. В случае аномалии Киммерли стенки позвоночной артерии в той или иной степени могут сдавливаться окружающей их костной тканью. При этом возможно развитие полной клинической картины СПА с симптомами, обусловленными вегетативно-ирритативными периваскулярными симпатическими механизмами и ишемическими механизмами, вследствие меньшего поступления артериальной крови в виллизиев круг, что и приводит к дефициту кровоснабжения головного мозга.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 214 пациентов, в возрасте от 41 до 78 лет с синдромом позвоночной артерии. Всем пациентам выполнялась доплерография сосудов головы и шеи, МСКТ головы с захватом сегмента С1-С2, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х взаимно-перпендикулярных проекциях. Из общего числа обследованных, женщин было 121 человек (56,5%), мужчин – 93 (43,5%). При доплерографии у 136 человек (63,6%) были выявлены признаки стенотических изменений позвоночных артерий вследствие их атеросклеротического поражения разной степени. В 31 случае (14,5%) имело место сужение просвета сосуда обусловленное гипоплазией одной из позвоночных артерий. В 63 случаях (29,4%) по результатам доплеро-

графии было заподозрена компрессия позвоночной артерии извне, что, прежде всего, расценивалось как проявление дегенеративно-дистрофических костных изменений. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника во всей группе отмечались дегенеративно-дистрофические изменения, степень которых не коррелировала с тяжестью проявления СПА и данные рентгенографии ни как не влияли на объективную оценку степени нарушения кровотока в позвоночных артериях. Данные МСКТ в исследованной группе у 56 человек (26,2%) показали наличие аномалии Киммерли. В 41 (73,2%) случаях это было двустороннее изменение, а в 15 случаях (26,8%) одностороннее.

Выводы: Аномалия Киммерли является достаточно распространенным вариантом развития С1, что наряду с шейным остеохондрозом, атеросклеротическими изменениями, аномалией развития артерий, гипертонической болезнью, васкулитами разного генеза, шейно-черепной травмой, является основной причиной развития СПА, как фактора возникновения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и вертебро-базилярной недостаточности (ВБН). МСКТ является высокоинформативным методом выявления этих изменений, которая в комплексе с доплерографией позволяет формировать группу риска по развитию ОНМК в ВБН. Но, следует отметить, что, несмотря на то, что эта аномалия встречается достаточно часто: от 15 – до 30% людей (по данным разных авторов), при этом статистически достоверной функциональной зависимости между вертеброгенным синдромом позвоночной артерии и наличием аномалии Киммерли так и не установлено.

*Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин М.А., Копытин И.М.*

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

## **МСКТ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АНАМНЕЗЕ**

Вступление. Эпидемиологическая ситуация с COVID-19 в 2019-2020 годах привела к выраженному росту вирусных пневмоний. COVID-19 отличается от «классических» ОРВИ прежде всего осложнениями, которые могут затрагивать почти все органы. Даже те люди, которые переболели COVID-19 в легкой форме, не застрахованы от неблагоприятных последствий. Под ударом оказывается весь организм. Анализируя осложнения, с которыми сталкиваются многие пациенты после выздоровления, врачи ввели термин постковидный синдром. В 2021 году его внесли в Международный классификатор болезней (МКБ-10). Патологии присвоили код U09.9 – «Состояние после COVID-19 не уточненное». Динамическое наблюдение пациентов в течение длительного периода после перенесённой вирусной пневмонии выявило рост предъявляемых жалоб на боли в тазобедренных суставах. Целью исследования было установить связь между структурными изменениями в тазобедренных суставах и перенесенной вирусной инфекцией в анамнезе.

Материалы и методы. Проанализированы результаты МСКТ тазобедренных суставов 48 пациентов за период 2020-2022 гг. в возрасте от 38 до 56 лет. Все пациенты обратились с жалобами на возникшие боли в области тазобедренных суставов разной интенсивности, и у всех в течение последнего года отмечалась вирусная пневмония в анамнезе. В 31 случае (64,6%) была отмечена по результатам ПЦР Covid-положительная реакция. Из общего числа 46 человек (95,8%) были мужчины и 2 пациента (4,2%) – женщины. В 44 (91,7%) наблюдаемых случаях имело место односторонняя локализация процесса. Всем пациентам выполнено контрольное исследование в течение 3- 6 месяцев на фоне проводимой терапии.

Результаты: У всей группы пациентов отмечались жалобы на боли преимущественно средней интенсивности в тазобедренном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке, возникшие в период до года после перенесенной вирусной пневмонии. В 39 случаях (81,3%) обзорная рентгенография тазобедренных суставов не выявила никаких патологических изменений. В 7 случаях (14,6%) преобладали дегенеративно-дистрофические изменения. Только у 2 пациентов при первичном обращении на рентгенограмме отмечались признаки нарушения целостности кортикального слоя головки бедренной кости (БК) и участки подозрительные на разряжение костной структуры головки. На МСКТ

патологические изменения были выявлены у всех пациентов в виде наличия участков локального разряжения костной структуры различных размеров. В 36 случаях (75,0%) имела место умеренная фрагментация кортикального слоя головки БК с наличием небольших краевых дефектов. У 21 пациента (43,8%) – незначительная реакция параартикулярных мягких тканей в виде умеренного отека. В подавляющем большинстве случаев у 41 пациента (85,4%), в течение 3-6 месяцев после первичного обследования, на фоне проводимой терапии, отмечалось постепенное уменьшение болевого синдрома и снижение функциональной недостаточности сустава. В 17 случаях (35,4%) отмечалась полная регрессия клинических проявлений. При контрольном исследовании в 31 случае (64,6%) скиалогическая картина была без существенной динамики. У 12 пациентов (25,0%) при повторном исследовании отмечалось нарастание остеосклеротических изменений в субкортикальных отделах и перифокально по отношению к участкам разряжения костной структуры головки БК. В 5 случаях (10,4%) имелось нарастание фрагментации кортикального слоя и участков разряжения костной ткани.

Выводы: Учитывая вышеизложенное можно предположить связь возникновения изменения в тазобедренных суставах с перенесенной вирусной пневмонией. Скиалогическая картина сочетает в себе проявления асептического некроза структур головки БК с признаками характерными для артрита. Конвекционное рентгенологическое исследование в данном случае малоинформативно, методом выбора остается МСКТ, с обязательным динамическим наблюдением.

---

**Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин М.А., Шкондина М.Л.**

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

ГУ ЛНР «АЦГМБ», г. Алчевск

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

## **ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА И УДВОЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ**

Введение. Аномалии развития билиарного тракта являются одними из наиболее распространенных аномалий органов пищеварения. Интерес к ним в последнее время возрос благодаря внедрению в клиническую практику современных методов медицинской визуализации – ультразвуковой томографии (УЗТ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), динамической гепатобилисцинтиграфии (ГБСГ) и др. По данным разных авторов удвоение желчного пузыря (ЖП) редкая врожденная аномалия билиарной системы, с частотой встречаемости 1 на 4 000 человек. Выделяют два варианта данной патологии: полость ЖП, разделенная продольной перегородкой до шеечного отдела на две камеры с одним общим пузырьным протоком, и собственно двойной пузырь – два полностью сформированных органа, так называемое истинное удвоение. Истинное удвоение ЖП встречается очень редко, всего в 0,02% от всей билиарной патологии. Меньший по размеру пузырь считается добавочным. Нередко один из пузырей может быть гипопластичным, что способствует застою в нем желчи, возможно формирования конкрементов в одном или одновременно в двух ЖП, с развитием клиники острого калькулезного холецистита.

Целью исследования было уточнение возможностей ультразвуковой томографии в обнаружении и дифференциации на дооперационном этапе врожденной аномалии желчного пузыря (удвоения) либо его дивертикула.

Материалы и методы. Проанализированы результаты УЗТ 10 пациентов в возрасте от 21 до 55 лет, из них 6 – мужчины, 4 – женщины, с картиной требующей дифференциации удвоения и дивертикула желчного пузыря. Всем пациентам выполняли традиционную сонографию в В-режиме, для исследования использовали конвексные датчики с частотой 3,5 – 5 – 7,5 МГц. Обследование проводили натошак, при различных положениях пациента. Продолжали исследование после желчегонного завтрака: через 15, 30 и 45 мин после приема 50 г. шоколада; в ряде случаев пациент пил воду. У 4 человек отмечался болевой синдром, из них у 3 были обнаружены камни в полости желчного пузыря, у остальных 6 – клинических проявлений не выявлено.

Результаты. С помощью УЗТ можно быстро оценить положение, форму, размеры, толщину стенки и содержимое желчного пузыря, а также выявить наличие второго дополнительного образования содержащего жидкость. Метод позволяет оценить протоки, наличие осложнений – «замазки» и воспалительной инфильтрации, камней в просвете, увеличенных регионарных лимфатических узлов, дискинезию желчевыводящих путей. Приём пациентом воды (обычной или минеральной) позволяет провести дифдиагностику с желудком или 12-й кишкой и дивертикулами в них. Следует отметить, что при наличии дивертикула в желчном пузыре, проба с желчегонным завтраком отрицательная, реакция пузыря отсутствует, а при удвоенном желчном пузыре реакция положительная, кроме случаев «отключенного» пузыря.

Выводы. При проведении УЗ сканирования органов билиарной системы, следует помнить о такой редкой аномалии ЖП, как удвоение и дивертикул. На дооперационном этапе метод сонографии позволяет обнаружить и провести дифференциальную диагностику данных видов. Трудности могут возникнуть только при «отключенном» жёлчном пузыре.

*Шкондин Л.А., Волошина И.С., Шкондина М.Л., Копытин И.М.*

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск  
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

## **КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ**

Цель исследования – уточнение возможностей сонографии в комплексной рентгенологической и ультразвуковой диагностике аномалий развития мочеточника (стриктур тазового отдела).

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного рентгенологического и ультразвукового (УЗ) (В-режим) исследования 26 пациентов (17 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 34 до 67 лет), у которых при первичном УЗ скрининге была выявлена стриктура мочеточника в тазовом отделе. Сонография на первом этапе проводилась в вертикальном и горизонтальном положениях пациента. Почки визуализировались по средней подмышечной линии в 10-11 межреберных промежутках и ниже через печень и селезёнку. Оценивалась почка и прилежащий к ней верхний отдел мочеточника до нижнего полюса почки. На втором этапе, при вертикальном и горизонтальном положениях пациента лежа на спине и лежа на соответствующем боку, с использованием приёма сильного давления датчиком на брюшную стенку, оценивали мочеточник от нижнего полюса почки до второго физиологического сужения – у перекреста с подвздошными артериями. На третьем этапе тщательно, в горизонтальном положении пациента лежа на спине, с сильным давлением датчиком на брюшную стенку, оценивали тазовый отдел мочеточника, а именно его интрамуральный отдел, у боковой поверхности наполненного содержимым мочевого пузыря. Далее анализировали состояние самого мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин (у 3 пациентов мочеточник раздваивался в дистальном сантиметре и оба фрагмента впадали в заднюю стенку мочеиспускательного канала в простатическом отделе – эктопия устья мочеточника). Во всех случаях продолжали исследование после опорожнения мочевого пузыря. Клинически у всех 26 человек отмечался пиелонефрит, кроме этого у 12 – гипертония, у 7 – мочекаменная болезнь и 4 – уретероцеле.

Результаты. При УЗ исследовании стриктура тазового отдела мочеточника выявлена у 18 пациентов (слева – 8, справа – 9, с двух сторон – 1 чел) с типичным нарушением уродинамики – гидроуретер (ахалазия мочеточника) (1 стадия) – 5 и мегауретер с гидроуретеронефрозом (2 – 3 стадия) 13 чел (диаметр мочеточника >11 и < 20 мм – 8, > 21 мм -9 чел.). Установлено, что у всех пациентов УЗ семиотика зависела от размеров мочеточника, локализации стриктуры и выраженности нарушения уродинамики. Прямым УЗ признаком стриктуры мочеточника являлось непосредственное обнаружение места сужения, косвенным – нарушение уродинамики. Отмечено, что при заполнении мочевого пузыря содержимым, только сонография давала возможность обнаружить и изучить измененный интрамуральный отдел мочеточника и уточнить место его впадения в мочевой пузырь, выявить уретероцеле или эктопию (впадение в мочеиспускательный канал). Кроме того, в отличие от рентгенологического

исследования, УЗ томография давала возможность быстро изучить и оценить состояние почек, паренхимы, полостной системы, а также соседних органов и выявить в них воспаление, опухоли и другие процессы, и осуществлять контроль в динамике на этапах лечения.

Выводы. Сонография у пациентов с аномалией развития мочеточника даёт возможность выявить расширение мочеточника и развитие гидроуретеронефроза, а также установить стадию процесса и осложнений, эктопию устья мочеточника и уретероцеле, что соответствует задачам скрининга и контроля процесса в динамике на этапах лечения таких пациентов.

*Шокотько Л.Е., Подолина О.В.*

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

## **ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РУССКОЙ ИНТЕЛЛИГЕНЦИИ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ В.В.ВЕРЕСАЕВА И М.А. БУЛГАКОВА**

Образ врача... К нему обращались многие русские и зарубежные писатели: А.П. Чехов, В.В. Вересаев, и М.А. Булгаков, Ю. Герман, Э.М. Ремарк, А. Хейли...

Но с особенным интересом мы читаем произведения М.А. Булгакова и В.В. Вересаева. Может быть, потому, что с их героями мы проходим трудный, мучительный путь становления – от студента-первокурсника, начинающего, сомневающегося в своих знаниях и способностях доктора, до опытного, знающего врача. Они создали незабываемые образы не просто медиков, а представителей российской интеллигенции. Кажется, что герои этих произведений очень непохожи. Герой вересаевских «Записок...» испытывает глубокое разочарование, его уважение и доверие к медицине поколеблены: «Рядом с тою парадною медициною, которая лечит и воскрешает и для которой я сюда поступил, передо мною все шире развертывалась другая медицина – немощная, бессильная, ошибающаяся и лживая.. Его мучают страшные в своей неразрешимости вопросы, на многие из которых до сих пор не найдены ответы: насколько врач может быть откровенным с больными; допустима ли эвтаназия, эксперименты над людьми во имя науки; где проходит тончайшая грань, отделяющая врачебную ошибку от преступного равнодушия, и т.д.? Даже необходимость сохранения врачебной тайны, которая всегда казалась бесспорной, он подвергает сомнению. «Где выход?» – спрашивает он и с горечью признает: «Нет выхода».

Булгаковские «Записки...» – это, на первый взгляд, немудреный рассказ о работе начинающего врача в сельской больнице. Растерянный юноша «<...> в порыве малодушия проклинал шепотом медицину и свое заявление, поданное пять лет назад ректору университета». Он тоскует по «золотокрасному Большому театру, Москве, витринам...» и мечтает об уездном городе, который находился в сорока верстах: «Мне очень хотелось убежать с моего пункта туда. Там было электричество, четыре врача, с ними можно было посоветоваться...». А здесь – «жалостливая, занесенная снегом бедность». «Но убежать не было никакой возможности, да временами я и сам понимал, что это малодушие. Ведь именно для этого я учился на медицинском факультете...» И волнуют его совсем другие вопросы: «А гнойный аппендицит? А дифтерийный круп у деревенских ребят? Когда трахеотомия показана? Да и без трахеотомии будет мне не очень хорошо... А роды! Неправильные положения. Что ж я буду делать? Нужно было отказаться от этого участка. Нужно было». Но он не отказывается. Каждый рассказ – это не просто повествование о победе или поражении врача, это драма, это история жестокой борьбы с самим собой. Чувство долга, ответственности борется со страхом неудачи, который коварно нашептывает: «Отступи, откажись, пусть она умрет здесь, в приемном покое, или в палате, но не на операционном столе». И побеждает долг: Бомгардт оперирует безнадежных больных, принимает трудные роды, делает впервые в жизни трахеотомию, зашивает раны... Порой его охватывает отчаяние: «Я чувствовал себя побежденным, разбитым, задавленным жестокой судьбой. Она меня бросила в эту глушь и заставила бороться одного, без всякой поддержки и указаний». Но вот очередной больной, очередной, может быть, безнадежный случай... «Ну, нет... я буду бороться. Я буду...» – говорит он себе. И снова лечит, оперирует, мчитя сквозь метель, чтобы попытаться спасти раненую девушку...

Что же объединяет этих, казалось бы, таких непохожих людей? Может быть, то, что они несли в себе одну мысль: «...как его спасти? И этого – спасти. И этого! Всех». Таким, и только таким должен быть врач – настоящий врач, Врач с большой буквы.

Литература

Булгаков М.А. Записки юного врача [Текст] / М.А. Булгаков. – Изд-во «Аркадия», 2021. – 128 с.

Вересаев В.В. Записки врача [Электронный ресурс] / В.В. Вересаев. URL: <https://www.litres.ru/vikentiy-veresaev/chitat-onlayn>.

---

**Шпаченко Н.Н., Николенко О.Ю., Поддубная Е.Н., Титов Ю.Д., Потапова Н.М.**

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

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

## **СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВЫСЕВАЕМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Актуальность.** Хирургическое лечение в травматологии и ортопедии всегда связано с угрозой инфекционных осложнений. Возникновение инфекционного осложнения ухудшает результат лечения, увеличивает его стоимость и продолжительность. Инфекционное осложнение способно привести к тяжелой инвалидности, а нередко – к смерти. У больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) развиваются инфекционно-воспалительные осложнения как со стороны позвоночника, спинного мозга, послеоперационной раны, так и со стороны внутренних органов.

**Цель исследования.** Изучить структуру и частоту высеваемых микроорганизмов при позвоночно-спинномозговой травме.

**Материал и методы исследования.** В данной работе изучены бактериальные посевы у 63 пациентов с ПСМТ. При первичном бакпосеве выявлено 126 штаммов микроорганизмов. При втором, и (в ряде случаев) третьем – 19 пациентов, 35 штаммов. Для идентификации использовали определитель бактерий Берджи (2004).

**Результаты и обсуждение.** Все пострадавшие, как при первичных бакпосевах, так и вторичных бакпосевах микрофлоры, были распределены на три группы: бакпосевы мочи, бакпосевы из раны, бакпосевы из других биологических сред. При первичных бакпосевах наиболее часто высевались грамположительные кокки: 69 случаев (54,76%), среди них *S. aureus* – 11 наблюдений (8,73%), *S. epidermidis* – 25 (19,84%), *S. saprophyticus* – 7 (5,56%), *E. faecalis* – 17 (13,49%). Среди грамотрицательных: 55 случаев (43,65%), наиболее часто высевались *E. coli* – 15 случаев (11,90%), *P. aeruginosa* – 10 (7,94%), *K. pneumoniae* – 9 (7,28%).

Первичные бакпосевы мочи дали следующие результаты: грамположительные кокки – 31 случай (24,60%): *E. faecalis* – 14 (11,11%), *S. epidermidis* – 9 (7,14%), *S. saprophyticus* – 5 (3,97%), другие Грам+ кокки – 3 (2,37%); грамотрицательные – 33: неферментирующие – 8 (6,35%), *E. coli* – 13 (10,32%), другие Грам- – 12 (9,52%); дрожжеподобные (*C. albicans*) – 2 (1,59%).

При первичных бакпосевах из ран получены следующие результаты: грамположительные кокки – 22: *S. aureus* – 9 (7,14%), *S. epidermidis* – 5 (3,97%), другие Грам+ кокки – 8 (6,35%); грамотрицательные – 10 (7,94%): *P. aeruginosa* – 3 (2,38%), *K. pneumoniae* – 3 (2,38%), другие – 4 (3,17%).

При первичных бакпосевах из других биологических сред получены следующие результаты: грамположительные кокки – 16 случаев (12,70%): *S. aureus* – 2 (1,59%), *S. epidermidis* – 11 (8,73%), другие – 3 (2,38%); грамотрицательные – 12 (9,52%): *P. aeruginosa* – 5 (3,97%), *K. pneumoniae* – 2 (1,59%), другие – 5 (3,97%).

При вторичных бакпосевах – 19 наблюдений, высеяно – 35 штаммов.

Определено 13 штаммов грамположительных кокков (37,14%): *S. aureus* – 7 (20,00%), *E. faecalis* – 6 (17,14%); грамотрицательных – 22 (62,86%): *E. coli* – 7 (20,00%), *P. mirabilis* – 4 (11,43%), *K. pneumoniae* – 3 (8,57%), другие – 8 (22,86%).



Выводы. Как видно из представленных данных, среди бактерий при первичном бакпосеве преобладают грамположительные кокки, при вторичных бакпосевах преобладает грамотрицательная микрофлора.

Знание высеваемых штаммов бактерий позволяет определить их чувствительность к антибиотикам и разработать рациональную антибиотикотерапию.

**Шраменко Е.К., Кузнецова И.В., Потанов В.В., Логвиненко Л.В., Снегина М.Н., Анайко Я.А.**

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

## **НЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК**

Актуальность. Рост частоты встречаемости и степени тяжести острого повреждения почек (ОПП) у пациентов, поступающих в ОИТ, является серьезной проблемой последних лет. Летальность при этой патологии превышает 50%. Причины развития ОПП многочисленны. Поэтому необходимо соблюдать индивидуальный подход в интенсивной терапии ОПП.

Цель: анализ эффективности методов индивидуальной нефропротекции у пациентов с ОПП различного генеза.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения интенсивной терапии и отделения активных методов детоксикации Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО). Проанализированы данные историй болезни 357 пациентов с острым повреждением почек. Тяжесть больных оценивали по шкале SAPS, тяжесть ОПП – по классификации RIFLE, тяжесть ОПП (F) – по длительности олигоанурии. Основную группу составили 250 больных в возрасте от 18 до 85 лет (в среднем  $53,1 \pm 8,2$  года), из них 162 – мужчины (64,7%), 88 – женщины (35,3%). Диализное лечение получали 182 пациента (72,8%). В группе сравнения было 107 пациентов с различными вариантами ОПП, лечившихся в ОИТ до проведения настоящего исследования. Возраст больных – от 18 до 77 лет ( $48,3 \pm 7,9$  лет). Из них 74 – мужчины (69,2%) и 33 женщины (30,8%). Диализное лечение было проведено 79 пациентам (73,8%).

Анализ результатов проводился в статистических пакетах MedStat v.4.1 (Лях Ю.Е., Гурьянов В. Г., 2004-2013), MedCalc v. 13.2.2 (MedCalc SoftWare bvba, 1993-2014), Statistica Neural Networks v.4.0 V (StatSoft Inc., 1996-1999). Для выявления факторных признаков, влияющих на исход ОПП, использован метод построения многофакторных математических моделей.

Результаты и обсуждение. С нашей точки зрения, для улучшения результатов лечения обязательно выявление и уточнение причины ОПП с учетом факторов риска и использованием всех современных возможностей, начиная от данных анамнеза и клинической картины заболевания, клинико-лабораторных исследований (включая s-NGAL) и заканчивая визуализационными методами (комплексное УЗИ почек с импульсно-волновой доплерографией, КТ, МРТ, ЭхоКГ, рентгеноваскулярное исследование почек).

Мероприятия, способствующие оптимизации лечения больных с ОПП:

1. Назначение индивидуальной додиализной (с устранением причины) и перидиализной интенсивной терапии, направленной на предупреждение прогрессирования почечного повреждения (нефропротекция) и профилактику полиорганного осложнения. Учитывая, что прижизненно невозможно точно указать глубину и распространенность повреждения канальцев почек и других структур нефрона, комплекс нефропротективных мероприятий проводили на всех стадиях ОПП. Универсального нефропротективного лекарственного препарата нет. В зависимости от причины и стадии ОПП, патогенетически обоснованный нефропротективный эффект можно получить от применения медикаментов из различных фармакологических групп. Обязательным считали проведение проб для подбора доз и оценки эффективности препаратов (например, мочегонных, допамина, ксантинов и других средств, улучшающих почечный кровоток).

2. Проведение индивидуальной заместительной почечной терапии в комбинации с современными эффективными методами (экстракорпоральная антибиотикотерапия, плазмаферез и др.).

Под нефропротекцией понимали комплекс индивидуальных лечебных мероприятий, направленных на защиту нефрона и поддержание работы почек в условиях их повреждения, которые проводились с учетом непосредственной причины ОПП, клинической ситуации, состояния почечного кровотока и тубулярного повреждения. Нами предложена следующая формулировка: первичная нефропротекция (не допустить повреждения канальцев), которая возможна на стадиях R, I и F; вторичная нефропротекция (уменьшить повреждение уже пострадавших канальцев, предупредить дальнейшее их повреждение), проводится на стадиях F и L.

Медикаментозная нефропротекция была направлена на улучшение почечного кровотока и стимуляцию диуреза и включала, в первую очередь, поддержание ОЦК адекватными инфузионными средствами, введение препаратов, улучшающих почечный кровоток и стимулирующих диурез; коррекцию сердечно-сосудистых расстройств (препараты улучшающие сократительную способность миокарда: левосимендан, АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин, коргликон; гипотензивные препараты); остановку кровотечения и коррекцию анемии; антибактериальную терапию, обеспечение аналгезии и т.д. Немедикаментозная нефропротекция была направлена на: предупреждение и коррекцию гипоксии различными методами респираторной поддержки; скорейшее восстановление пассажа мочи (стентирование, нефростомия, удаление камней, опухолей и др.); инструментальное улучшение системного и регионарного кровотока (внутриаортальная баллонная контрпульсация при кардиогенном шоке; пункция перикарда при тампонаде и тяжелом экссудативном перикардите; стентирование и баллонизация почечной артерии при тромбозе или стенозе и др.); раннее устранение или дренирование очага интоксикации; охлаждение, эластическое бинтование в дистальном направлении, иммобилизацию и щадящую транспортировку при синдроме длительного сдавления.

В группе сравнения (107 больных) умерли 28 человек, летальность составила  $26,2 \pm 3,7\%$ . Длительность олигоанурии в группе сравнения составила  $22,6 \pm 1,2$  суток. 30-дневная выживаемость в группе сравнения составила 74% (79 пациентов). Длительность олигоанурии в основной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшилась до  $14,3 \pm 0,9$  суток. 30-дневная выживаемость была выше ( $p < 0,05$ ) в исследуемой группе и составила 86,4% (216 больных). В исследуемой группе из 250 больных умерло 38 пациентов, летальность составила  $15,2 \pm 0,5\%$ . Абсолютный риск летального исхода статистически значимо ( $p = 0,027$ ) снизился на 11% (95% ДИ 2,1-20,8).

Проведенный многофакторный анализ на основе нейросетевого моделирования показал, что наиболее существенными факторами в благоприятном исходе ОПП (укорочение длительности стадии олигоанурии, снижение летальности, полное восстановление функции почек) являются: проведение ИТ, обеспечивающей нефропротекцию как до поступления в ОИТ, так и в процессе лечения в отделении; а также уточнение причины и варианта ОПП.

#### Выводы

1. Раннее уточнение причины и варианта ОПП обеспечивает индивидуальный подход к интенсивной терапии.
2. Проведение как первичной, так и вторичной нефропротекции статистически значимо улучшает результаты лечения больных с ОПП.

---

*Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Денисов А.В.*

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

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Истинная киста – это имеющееся в паренхиме щитовидной железы инкапсулированное образование с четкими контурами, капсулой, выполненное жидкостным компонентом, который может быть представлен либо коллоидом – коллоидная киста, либо серозным содержимым – истинная серозная киста. Стенка истинной кисты чаще всего выстлана разного рода эпителием, что зависит от ее происхождения. Исходя из этого, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) при истинных кистах не применяется ввиду ее малой эффективности в диагностике возможного рака щитовидной железы, исходящего из стенки кисты. По нашему мнению необходимо строго диффе-

ренцировать кистозно-трансформированные узловые образования и истинные кисты. Основным методом диагностики истинных кист является ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором нужно обращать внимание на непрерывность и однородность капсулы, ее толщину, наличие включений непосредственно в капсуле. При коллоидных кистах в полости визуализируются мелкие гиперэхогенные включения, серозные кисты имеют правильную форму, их содержимое не содержит включений. Природа таких кист в основном доброкачественная. Однако по нашим данным из 140 пациентов, оперированных в ИНВХ им. В.К. Гусака за период наблюдения с 1991г. по 2021г., у 9 больных (6,4%) при окончательной гистологической проводке в стенке кисты выявлен папиллярный рак. Данная статистика свидетельствует о том, что малоинвазивные лечебные мероприятия, такие как пункция кисты и склеротерапия этанолом не всегда приводят к излечению пациента и имеют свои слабые стороны. Эта группа больных после пункции и аспирации содержимого кисты (с введением этанола или без) нуждается в динамическом наблюдении. В случае рецидива кистозного образования по нашему мнению показано оперативное лечение. При доброкачественных кистах допустима энуклеация данного образования, что позволяло максимально сохранить здоровую ткань щитовидной железы. Если при интраоперационном экспресс-гистологическом исследовании выявлялась папиллярная микрокарцинома, выполняли экстирпацию доли со стороны поражения и истмэктомию. За больными в послеоперационном периоде проводилось динамическое диспансерное наблюдение, рецидивов не наблюдалось. При мультифокальных поражениях капсулы кисты выполняли тиреоидэктомию с дальнейшим проведением радиоiodтерапии. Другие формы рака щитовидной железы в капсуле кисты нами не наблюдались. Таким образом, объем операции зависит от результатов цитологического исследования содержимого кисты и интраоперационного экспресс-гистологического исследования непосредственно капсулы образования.

---

*Штонда Д.А., Скворцов В.В.*

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

## **МАРКЕРЫ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА У ЛИЦ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ**

Анализ легочной ткани (аутопсия или эксплантированные легкие реципиентов трансплантата легких) с тяжелой пневмонией COVID-19 показал гистопатологию, подобную конечной стадии фиброза легких без активной инфекции SARS-CoV-2, что позволяет предположить, что у некоторых людей может развиваться фиброз легких после разрешения активной инфекции.

Анализ состояния пациентов, перенесших тяжелую пневмонию при COVID-19, выявил высокую частоту фиброзных нарушений функции легких в ранний период выздоровления. На основании анализа образцов легких больных COVID-19 были определены 3 основных гистологических варианта повреждения легочной ткани: эпителиальные изменения с диффузным альвеолярным повреждением (85%), сосудистый паттерн с поражением микрососудов (59%) и фиброзный паттерн с интерстициальным фиброзом (22%).

Молекулярная основа прогрессирования легочного фиброза после заражения вирусом SARS-CoV-2 пока остается неясной, но считается многофакторной, включающей прямые вирусные эффекты, иммунную дисрегуляцию, цитокиновый шторм и усиленный окислительный стресс. С помощью методов биоинформационного анализа было установлено, что связывание вируса SARS-CoV-2 с рецепторами ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ-2), которых особенно много в легочной ткани, приводит к активации экспрессии мРНК факторов роста, инициирующих процессы фиброобразования, таких как трансформирующий фактор роста  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ), фактор роста соединительной ткани (CTGF), фибронектин 1. Предполагается, что развитию фиброза легких у пациентов с COVID-19 может способствовать дисбаланс в ренин-ангиотензиновой системе. В результате высокоаффинного связывания SARS-CoV-2 с рецептором АПФ-2 снижается экспрессия АПФ-2 и повышается уровень ангиотензина 2, который играет ключевую роль в процессах aberrантного заживления повреждений и формирования легочного фиброза. Эти процессы включают выработку провоспалительных цитоки-

нов, таких как интерлейкин 6 (IL-6) и IL-8, выработку активных форм кислорода инфицированными клетками альвеолярного эпителия и активацию TGF- $\beta$ 1, которая, в свою очередь, приводит к пролиферации, миграции и дифференцировке фибробластов в миофибробласты с последующим отложением в интерстиции коллагена и фибронектина.

Высвобождение матриксных металлопротеиназ во время воспалительной фазы острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) вызывает повреждение легочного эпителия и сосудистого эндотелия и неконтролируемую фибропролиферацию. Важную роль в формировании легочного фиброза играют канонические профибротические пути, регулируемые TGF- $\beta$ 1, а сосудистая дисфункция является ключевым компонентом перехода от ОРДС к фиброзу, в котором участвуют сосудистый эндотелиальный фактор роста и цитокины, такие как IL-6 и фактор некроза опухоли- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ).

Другим потенциальным маркером повреждения эпителиальных клеток легких является KL-6, который представляет собой высокомолекулярный гликопротеин, а именно трансмембранный муцин человека 1 (MUC1). Этот гликопротеин главным образом экспрессируется на поверхности внеклеточной мембраны пневмоцитов II типа. Первоначально он был изучен при интерстициальных заболеваниях легких (ILDs), не связанных с ЛФ, и, по-видимому, также был повышен при идиопатическом легочном фиброзе (ИЛФ) с возможной корреляцией с повышенным риском смертности, связанной с ИЛФ. KL-6 способствует миграции, пролиферации и выживанию фибробластов в легких и, следовательно, может участвовать в патофизиологическом процессе ЛФ.

---

*Шутин А.А., Чирах Е.С., Шимченко В.А., Попенко Г.С.*

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ РОТАЦИОННОГО СУРАЛЬНОГО ЛОСКУТА С ЦЕЛЬЮ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНОГО МЯГКОТКАННОГО ДЕФЕКТА СТОПЫ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ**

Цель работы – описать клинический случай применения ротационного сурального лоскута с целью закрытия обширного мягкотканного дефекта стопы при минно-взрывной травме в условиях военного конфликта на Донбассе.

Материалы и методы. Пациент Д.28л. Поступил в Ортопедо-травматологическое отделение №4 с диагнозом: Минно-взрывная травма: Открытые многооскольчатые переломы 2, 3 плюсневых костей левой стопы со смещением отломков, с наличием костного и мягкотканного дефектов. Открытые осколочные внутрисуставные переломы 1-3 клиновидных костей левой стопы без особого смещения. Травму получил в результате боевых действий. При осмотре левой стопы обнаружена обширная огнестрельная рана тыльной поверхности левой стопы размером 8,0х6,0х5,0см. Рана была обильно загрязнена, в рану выстояли костные фрагменты. В ургентном порядке больному была выполнена операция – Первичная хирургическая обработка раны левой стопы. В дальнейшем больной получал перевязки с растворами антисептиков и мазевыми повязками. На клиническом разборе было решено, с целью закрытия обширного мягкотканного дефекта и репозиции переломов левой стопы выполнить больному операции – 1. Вторичная хирургическая обработка раны левой стопы, субтотальная резекция 2 плюсневой кости, металлоостеосинтез 3 плюсневой кости спицами. 2. Пластика дефекта мягких тканей левой стопы ротационным суральным лоскутом. 3. Пластика донорского мягкотканного дефекта левой голени свободным кожным лоскутом. Время операции – 2 часа 30 минут. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 14 сутки. Спустя 2 месяца с момента операции – перелом 3 плюсневой кости консолидирован, спицы удалены. Пациент передвигается при помощи трости с дозированной нагрузкой на левую нижнюю конечность, проходит курс реабилитации.

Заключение. В данном клиническом случае представлен наш результат лечения пациента с обширным мягкотканым дефектом стопы, применения ротационного кожно-фасциального лоскута с целью закрытия минно-взрывных мягкотканых дефектов и отдаленные результаты лечения данного пациента. Адекватная оценка степени повреждения мягких тканей при минно-взрывных травмах и

правильная хирургическая тактика в отношении данных пациентов способствует улучшению процессов закрытия и заживления мягкотканых дефектов, ускорению процессов восстановления и реабилитации.

---

*Штутин А.А., Штутин И.А.*

Республиканский травматологический центр, г. Донецк  
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ЛОСКУТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ГОЛЕНИ И СТОПЫ**

Современная высокоэнергетическая боевая травма характеризуется высокой частотой наличия глубоких дефектов тканей. При ранении голени и стопы их частота превышает 30%, что требует широкого применения методов пластического закрытия. Несмотря на наличие широкого спектра возможных вариантов кожно-пластических вмешательств данная локализация повреждений и по сей день рассматривается как одна из наиболее проблемных зон, что связано с дефицитом донорских ресурсов, особенностями кровоснабжения, частотой одновременного поражения костно-суставных образований, крупных сухожилий и сосудисто-нервных пучков. Исследования последних десятилетий позволили разработать принципы и технику операций с использованием многокомпонентных региональных лоскутов, кровоснабжаемых перфорантными сосудами, которые получили название «перфорантных лоскутов». К их преимуществам относят относительную простоту формирования, достаточно высокую надежность, малую травматичность и минимальность ущерба, наносимого донорской зоне. Тем не менее в литературе представлено относительно небольшое число публикаций, отражающих опыт использования перфорантных лоскутов при боевой травме.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность пластического закрытия глубоких огнестрельных дефектов голени и стопы перфорантными лоскутами.

Материал и методы. Проведен анализ материалов лечения 79 пострадавших с глубокими огнестрельными дефектами голени – 61 больной и стопы – 18. Средний возраст  $42,4 \pm 5,3$  года (14 – 64). Мужчин было 72, женщин – 7. Площадь дефектов составляла от 57 до 137 см<sup>2</sup>. У всех раненых имели место минно-взрывные ранения. Переломы костей голени и стопы установлены у 74 раненых. Использовали следующие виды лоскутов: суральный лоскут на периферической ножке – 57, латеральный надлодыжечный – 5, «keystone flap» – 17. Сроки выполнения пластики от момента госпитализации варьировали от 5 до 27 суток (средний –  $9,8 \pm 4,3$ ). Средняя продолжительность операций  $118 \pm 15$  мин. Кровопотеря не превышала 400 мл.

Результаты и обсуждение. В 77 (97,5%) наблюдениях достигнуто приживание лоскутов и полноценное закрытие дефекта. В 2 (2,5%) случаях мы наблюдали некроз сурального лоскута, обусловленный венозной недостаточностью. Краевой некроз имел место 5 случаях пересадки сурального лоскута. Транзиторную венозную недостаточность отметили в 7 наблюдениях.

Заключение. Перфорантные лоскуты голени характеризуются достаточно высоким уровнем надежности и позволяют эффективно закрывать глубокие огнестрельные дефекты голени и стопы, что позволяет рекомендовать их к широкому внедрению в практику.

---

*Шумов А.В., Краева Н.В., Макарова В.И.*

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА – КЛЮЧ К ОЦЕНКЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СПОРТСМЕНОВ**

Сердечно – сосудистая система (ССС) является ключевым звеном процесса адаптации детского организма к высоким физическим нагрузкам. Тесная связь вегетативной нервной системы (ВНС) с СССР позволяет предполагать ее прямое участие в механизмах адаптации. Исследование вариабельно-

сти сердечного ритма, как маркера дисфункции ВНС, становится актуальным в связи с регистрацией внезапной сердечной смерти у спортсменов на этапах тренировочно – соревновательного процесса. Применение метода дисперсионного картирования электрокардиограммы (ЭКГ) позволит оценить напряженность процессов адаптации ССС у детей спортсменов.

Цель исследования: оценить вариабельность ритма сердца у детей спортсменов при помощи метода дисперсионного картирования ЭКГ.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 279 детей в возрасте от 12 до 18 лет I и II группы здоровья.

Выделена основная группа – дети, занимающиеся спортом – 209 человек (153 мальчика и 56 девочек); референсная группа – 70 детей не занимающихся спортом (40 мальчиков и 30 девочек). В основной группе выделены подгруппы: IA – 51 мальчик из футбольной секции, IB – 59 детей из баскетбольной секции (37 мальчиков и 22 девочки), IC – 56 детей из волейбольной секции (29 мальчиков и 27 девочек), ID – 43 ребенка из секции боевых искусств (36 мальчиков и 7 девочек). Всем детям проведены лабораторные и инструментальные исследования (ЭКГ и Эхо-КГ), проведена оценка индекса «Ритм» при помощи метода дисперсионного картирования ЭКГ. Статистическая обработка результатов проведена с помощью программ Stata, MS Excel.

Результаты

Мы провели оценку количественных данных изучаемого признака. Средние значения индекса «Ритм» в основной группе ( $M = 26$  (18; 39,5)) были выше в сравнение с референсной группой ( $M = 19,5$  (12,75; 32,00)). При оценке изучаемого показателя среди спортсменов, выявлено преобладание средних значений индекса «Ритм» среди девочек. В процессе анализа, мы перевели количественные данные в качественные. Считали, что значения показателя до 20% являются нормой, выше 21% – патологией. В основной группе патологические значения встречались достоверно чаще, нежели в референсной группе (65,1%) –  $\chi^2 = 7,06$ ,  $p < 0,01$ . Признаки дисфункции ВНС достоверно чаще встречались среди баскетболистов (66,1%  $\chi^2 = 4,67$ ,  $p < 0,05$ ) и волейболистов (68%  $\chi^2 = 5,43$ ,  $p < 0,05$ )

Заключение

При анализе количественных и качественных данных, выявлено статистически значимое преобладание патологических значений индекса «Ритм» в основной группе. Оценка вариабельности ритма сердца показала, что особого внимания требуют мальчики, занимающиеся высокодинамичными видами спорта, а именно баскетболом и волейболом.

Использование метода дисперсионного картирования ЭКГ позволит отследить напряженность процессов адаптации сердечно – сосудистой системы у детей, занимающихся спортом

---

**Шустикова Н.М.**

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

## **ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТА, КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ**

Актуальность. Отношение к здоровью и понимание его как жизненной ценности, имеет большое значение в сохранении и укреплении здоровья и преодоления болезни. В исследовании предпринята попытка, выяснить, какое место занимает здоровье в структуре жизненных ценностей пациентов различных возрастных групп, определить наличие достаточной мотивации и возможностей в его сохранении и укреплении, поскольку поведенческий фактор определяет образ жизни человека и является ведущим в формировании или преодолении болезни.

Материалы и методы. Целью настоящего исследования заключалась в определение здоровья в системе жизненных ценностей пациентов разных возрастов. Общий объем исследования составил 256 респондентов. Все респонденты были разделены на две группы по возрасту. В первую группу вошли респонденты пожилого возраста (65-74 года)  $n=122$ , в группу сравнения были включены респонденты трудоспособного возраста (женщины до 60 лет, мужчины до 65 лет)  $n=134$ . Проводился анализ возможных изменений образа жизни, на которые готовы пойти респонденты для улучшения

здоровья. Для выявления структуры жизненных ценностей применялся факторный дисперсионный анализ, который позволил выявить индивидуальные синтетические компоненты, суммирующие ценности в соответствии с ответами респондентов.

Результаты исследования. По итогам проведенного исследования авторы определили, что потребность в здоровье в разные возрастные периоды имеет одинаково большую ценность, но различную по смыслу. У пациентов трудоспособного возраста оно имеет самостоятельную ценность. В пожилом возрасте здоровье ценится за то, что позволяет поддерживать более широкие межличностные связи. Для пожилых людей здоровье позволяет поддерживать самоуважение личности, уважение окружающих и постоянство межличностных контактов, обеспечивая тем самым социальную адаптацию и ресоциализацию. Сравнение двух возрастных групп показывает, что в трудоспособном возрасте у людей более выражена готовность принимать ответственность за свою жизнь. Напротив, пожилые респонденты более склонны перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на специалистов, государственные службы, социальные организации. Из данных опроса видно, что в потребностях, устремлениях и в выбираемых средствах изменения своей жизни наблюдается значительный разрыв между мотивацией потребления и мотивацией активного преобразования.

Выводы. У лиц трудоспособного возраста оно имеет самостоятельную ценность и дает возможность улучшить благосостояние. У пожилых людей удовлетворение потребности в здоровье позволяет им поддерживать самоуважение личности, уважение окружающих и постоянство межличностных контактов, обеспечивая тем самым ресоциализацию. Для оказания качественной медицинской помощи необходима вовлеченность пациента в процесс профилактики, лечения и реабилитации. Задача формирования приверженности ложится на плечи медицинского персонала и от ее реализации во многом может зависеть успех медицинской помощи, особенно у пациентов с хронической патологией или нуждающихся в долговременном уходе. Поэтому приоритетным направлением в оказании медицинской помощи должна стать работа по укреплению, восстановлению и сохранению здоровья, ведущее место в которой необходимо отводить профилактике осложнений и рецидивов хронических заболеваний хронического заболевания, формированию здорового образа жизни, здоровому питанию. Для работы с пациентами старше 65 лет в поддержании и укреплении здоровья более приемлемыми будут групповые методы работы, которые обеспечат им возможность обмена информацией, обогащения социальных контактов.

---

*Шустикова Н.М., Мироненко Т.В., Мироненко М.О.*

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

## **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА**

Критерием эффективности лечения пациентов с хронической ишемией мозга, развившейся на фоне патологии кардиоваскулярной системы, является оценка их качества жизни. С этой целью весьма успешно используются разнообразные методики, среди которых, особый интерес привлекает форма SF-36, Ноттингемский профиль здоровья, SIP- профиль.

Согласно данным литературы, качество жизни данной категории пациентов существенно меняется и зависит от таких факторов как выраженность болевого синдрома, возраста, давности заболевания и его характера. В этой связи, представляет интерес определение роли нарушений сердечного ритма, возраста больных на их качество жизни.

Цель исследования – оценка качества жизни пациентов различных возрастных групп, страдающих хронической ишемией мозга, связанной с нарушениями сердечного ритма.

Материалы и методы

Проанализировано качество жизни 61 больного с хронической ишемией мозга, обусловленной фибрилляцией предсердий (ФП) в возрасте 40 – 78 лет (средний возраст –  $63,2 \pm 9,1$  лет). Клинически

у пациентов имелись объективные признаки хронической ишемии мозга II ст., соответствующие МКБ-10 и подтвержденные методом нейровизуализации.

У обследованных также диагностировали пароксизмальную (25 человек), персистирующую (19 особ) и постоянную форму ФП (17 человек), они получали антиаритмическую, антикоагулянтную терапию. Контрольную группу составили 30 пациентов аналогичного возраста с ИБС без нарушения сердечного ритма.

В процессе наблюдения за пациентами, наряду с традиционными клинико-параклиническими методами исследования, применяли опросник SF-36, который они заполняли в начале лечения и через 1 мес. Все больные получали реабилитационное лечение, включающее психотерапию, неропротективную и метаболическую терапию.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 11.5. Оценивали такие показатели как физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное и ролевое функционирование, психическое здоровье.

Результаты исследования

При исходном анкетировании в группе пациентов с постоянной формой ФП, независимо от возраста, отмечен, в сравнении с показателями контрольной группы, более низкий уровень таких показателей как ролевое функционирование ( $33,93 \pm 43,33$ , контроль –  $35,81 \pm 40,63$  баллов), общее состояние здоровья ( $49,23 \pm 19,74$ , контроль –  $52,19 \pm 16,62$  баллов), социальное функционирование ( $61,90 \pm 25,07$ , контроль –  $66,55 \pm 23,76$  баллов) и психическое здоровье ( $57,90 \pm 20,08$ , контроль –  $59,03 \pm 19,05$  баллов). В конце наблюдения на фоне проведенной терапии эти показатели нормализовались (соответственно, исследуемым показателям –  $45,54 \pm 44,61$ ,  $p < 0,01$ ;  $53,61 \pm 19,36$ ;  $p < 0,05$ ;  $69,05 \pm 18,96$ ;  $p < 0,01$ ;  $63,71 \pm 16,40$ ;  $p < 0,01$ ).

Однако, в контрольной группе (ИБС) отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни только по 3 шкалам: уменьшение интенсивности боли ( $60,32 \pm 24,83$  и  $74,46 \pm 26,04$  баллов,  $p < 0,01$ ), улучшение эмоционального состояния ( $40,54 \pm 43,94$  и  $59,46 \pm 45,90$  баллов,  $p < 0,05$ ) и психического здоровья ( $59,03 \pm 19,05$  и  $67,14$ ,  $p < 0,05$ ) в процессе наблюдения. По шкале оценки общего состояния здоровья отмечено достоверное ухудшение данного показателя в конце наблюдения ( $50,19 \pm 16,62$  и  $46,70 \pm 17,99$  баллов,  $p < 0,05$ ).

Показатели качества жизни пациентов молодого возраста (более 40 лет) и старшего (более 60 лет) в начале наблюдения в обеих группах оказались сопоставимы по большинству шкал, но в старшей возрастной группе, исходные показатели были значительно ниже ( $p < 0,05$ ).

При анкетировании лиц молодого возраста, страдающих пароксизмальной формой ФП, в начале наблюдения выявлено снижение показателей физической активности, ролевого функционирования, общего здоровья, в сравнении с контрольной группой (соответственно  $76,86 \pm 21,25$  и  $80,29 \pm 17,59$  баллов,  $p < 0,05$ ;  $49,29 \pm 45,57$  и  $55,77 \pm 42,27$  баллов,  $p < 0,01$ ;  $57,71 \pm 19,24$  и  $61,92 \pm 13,84$  баллов,  $p < 0,05$ ). В то же время, в этой возрастной группе при восстановлении сердечного ритма отмечена тенденция к улучшению исследуемых показателей по всем шкалам, особенно показателя психического компонента здоровья ( $43,76 \pm 17,02$  и  $64,62 \pm 21,53$  баллов,  $p < 0,001$ ).

У пациентов контрольной группы в возрасте старше 60 лет к концу наблюдения отмечено достоверное повышение показателя психического компонента здоровья ( $38,88 \pm 14,55$  и  $47,64 \pm 11,74$  баллов,  $p < 0,01$ ). Выявлено достоверное повышение показателя ролевого функционирования, снижение выраженности телесной боли (соответственно,  $25,00 \pm 36,12$  и  $36,46 \pm 38,29$  баллов,  $p < 0,01$ ;  $55,46 \pm 21,21$  и  $70,38 \pm 23,63$  баллов,  $p < 0,001$ ). Кроме того, зафиксировано улучшение показателей настроения и жизнеспособности, а также социальной активности ( $60,94 \pm 23,98$  и  $67,19 \pm 21,36$  баллов,  $p < 0,05$ ).

В этой возрастной группе у лиц с постоянной формой ФП в конце наблюдения отмечена тенденция к улучшению 3 из 4 компонентов, отражающих общий физический компонент здоровья. У них наблюдалось достоверное повышение показателя общего психического компонента здоровья ( $39,08 \pm 15,48$  и  $44,28 \pm 11,76$  баллов,  $p < 0,05$ ), также увеличение в 2 раза значений показателя, отражающего эмоциональную способность человека заниматься профессиональной деятельностью ( $33,33 \pm 39,09$  и  $45,58 \pm 46,99$  баллов,  $p < 0,001$ ).

Выводы

1. У пациентов с хронической ишемией мозга, обусловленной нарушениями сердечного ритма, наблюдается снижение оценки качества жизни, не зависящее от возраста.



2. В возрастной группе старше 40 лет показатели качества жизни существенно улучшаются как при восстановлении синусового ритма, так и при сохранении постоянной ФП.

3. В возрастной группе старше 60 лет, показатели качества жизни улучшаются только при восстановлении синусового ритма, при постоянной форме ФП остается низким физический компонент здоровья.

---

**Шутов М.М., Беседина Е.И.**

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

## **МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ SWOT-АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.**

Процесс управления медицинской организацией (МО) в условиях высокой неопределенности переходного периода предполагает применение современных подходов экономической оценки эффективности результатов труда медицинских работников. Среди многообразия методов анализа управления, можно выделить SWOT-анализ.

SWOT – аббревиатура начальных букв английских слов:

- S- Strengths (сильная сторона медицинской организации (МО));
- W – Weaknesses (слабая сторона МО);
- O – Opportunities (возможности МО);
- T – Treats (угрозы, риски МО).

SWOT-анализ – это ситуационная оценка роли лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) на рынке общественного здоровья, которая изучает сильные и слабые стороны организации, утраченные возможности, скрытые угрозы и ожидаемые риски влияющие на процесс конкурентоспособности.

Предполагаемая методология проведения ситуационного анализа в медорганизациях состоит из нескольких взаимосвязанных и последовательных шагов:

1 Постановка цели исследования и выбор форм проведения.

2 Подбор экспертов и формирование экспертных групп.

3 Подготовка экспертов-специалистов к работе.

4 Создание необходимых информационных материалов. Выбор показателей, маркеров, сводных таблиц и матриц.

5 Виды, методы и способы проведения экспертного опроса.

6 Статистическая обработка полученных результатов, экспертное оценивание.

7 Описательные таблицы к докладу о результате SWOT-анализа. Мозговой штурм.

Проведенный по данной методике SWOT-анализ позволит получить информацию об анализируемых объектах исследования, основываясь на принципах соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах). Стоит заметить, что SWOT-анализ эффективен при осуществлении начальной оценки текущей ситуации. Он имеет сильные стороны и недостатки. Сильные стороны:

- универсальный метод, который применим в самых разнообразных сферах экономики и управления;

- гибкий метод, со свободным выбором цели;

- может использоваться как для принятий управленческих решений, так и для стратегического планирования.

Недостатки:

- SWOT-анализ показывает только общие факторы. Конкретные мероприятия для достижения поставленных целей надо разрабатывать отдельно;

- SWOT-анализ перечисляет факты без детального анализа их взаимосвязи;

- SWOT-анализ дает статистическую картинку без видения развития в динамике;

- SWOT-анализ зависит от знаний экспертов и экспертных групп;

- SWOT-анализ требует привлечения больших массивов информации т.к., только при привлечении большого числа возможна достоверность.

*Щербинин А.В., Бессонова А.Д., Щербинин А.А., Лепихов И.П.*

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

## **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ**

Донбасс является регионом эндемичным по уролитиазу. По статистике в нашем регионе, за последние годы, заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) у детей, а особенно старше 12 лет увеличилась в несколько раз, и сейчас доходит до 8-10, а у подростков – 25-30 случаев на 100 000 детей, составляя 2,6%-3,2% всей урологической патологии.

Цель работы – определение особенностей клиники и диагностики мочекаменной болезни у детей и оптимизация консервативных лечебно-профилактических подходов.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2022 год в урологическом отделении РДКБ г.Донецка пролечено 55 больных с МКБ. Дети старше 12 лет составили 70% пациентов, дети до 3-х лет – 10%. Мальчики составляют 60% все госпитализированных. Двусторонний уролитиаз был у 12,7% детей, левосторонний – у 40%, правосторонний – у 47,3%. Значительно преобладали городские жители – 69% детей. Чаще конкременты были выявлены в верхних мочевых путях: в мочеточниках – 48%, в почках – 45%. Конкременты мочевого пузыря и уретры составили оставшиеся 7% наблюдений.

Помимо изучения клинико-лабораторных данных, диагностику начинали с УЗИ почек, как основного метода верификации диагноза, и экскреторной урографии с отсроченным (через 24 часа) обзорным снимком. По показаниям применяли УЗИ с доплерографией сосудов почек и мочеточникового выброса, фиброцистоскопию. Выполнение КТ у детей в нашем регионе сопряжено с техническими трудностями, выполнялось по показаниям в сомнительных случаях и при планировании оперативного лечения.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина в основном характеризуется почечной коликой и отхождением конкрементов с мочой. Мочевой синдром при МКБ проявляется гематурией, варьирующей от микро- до макрогематурии, которая сопутствует почечной колике и/или наблюдается после нее. Клиника почечной колики наблюдалась у 35% пациентов, дизурические явления 42%, мочевого синдрома проявляется гематурией в 95%. Лабораторные проявления пиелонефрита были отмечены у 9,6% больных. У 12% детей камень был выявлен как находка при проведении УЗИ – имело место бессимптомное течение заболевания.

Лечение мы начинаем с комплексной консервативной терапии: спазмолитических препаратов, антибиотиков широкого спектра, фитотерапии. В условиях стационара возможно проведение форсированного диуреза на фоне спазмолитической терапии. Применение данной схемы лечения позволило нам добиться отхождения конкрементов у 87% пациентов.

При оперативном лечении удовлетворительные результаты достигнуты у 96% пациентов. Всем больным назначается противорецидивная терапия: уросептики до 1 месяца, фитотерапия курсами до 3 лет, соблюдение диеты.

Выводы. 1. Основным скрининг методом выявления мочекаменной болезни и оценки динамики является УЗИ. 2. Лечение больных начинаем с назначения консервативного лечения. 3. Консервативная терапия позволяет добиться положительного эффекта в 87% случаев.

---

*Щербинин А.В., Иноземцев И.Н., Черкун А.В., Москаленко А.С., Лосицкий А.А.*

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

## **СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У РЕБЕНКА**

Введение. Гранулезоклеточная опухоль яичника – злокачественное гормонально-активное овариальное новообразование. Проявляется ранним половым созреванием у девочек. Такие опухоли составляют от 0,6 до 7,5% объемных новообразований яичников. Взрослую форму патологии чаще всего выявляют у женщин 40-60 лет, ювенильную – у девочек до 10 лет. Источником опухолевого роста

при гранулезоклеточных неоплазиях яичников являются гранулезные клетки, которые происходят из стромы полового тяжа и окружают ооцит. Для неоплазии характерен медленный рост и позднее метастазирование. Поскольку она является гормонально активной, в крови пациенток постепенно повышается уровень эстрогенов, реже – прогестерона и андрогенов. При ювенильном варианте неоплазии более чем у 2/3 пациенток отмечается преждевременное половое созревание или нарушения овариально-менструального цикла.

Основная часть. Пациентка К., 8 лет, поступила в Республиканскую детскую клиническую больницу в ургентном порядке с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Со слов бабушки, в течение последнего полугодия отметила изменение тембра голоса ребенка, появление оволосения в надлобковой области. За медицинской помощью не обращались.

В объективном статусе обращает на себя внимание низкий голос, оволосение над верхней губой, в надлобковой области, на нижних конечностях. Живот асимметричный за счет выбухания в мезо- и гипогастральной области. При поверхностной пальпации ниже пупка определяется плотное, неподвижное образование 8x8 см, болезненное.

Выполнено УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлено образование левого яичника объемом 245 см<sup>3</sup> с отсутствующим кровотоком, что расценено как перекрут, а также свободная жидкость в брюшной полости.

В ургентном порядке проведена операция – лапаротомия, тубовариэктомия слева. Констатированы перекрут и дооперационный разрыв опухоли: по вскрытию брюшной полости выделилось до 400 мл крови, образование левого яичника синюшного цвета, перекручено вокруг маточной трубы на 720°, капсула его частично разрушена, кровоточит. Гистологическое заключение: Гранулезоклеточная опухоль, ювенильный тип. Импланты в широкой связке матки.

В связи с ургентным характером операции определение уровня половых гормонов проводилось после удаления опухоли, их показатели были в пределах нормы.

Ребенку выставлен диагноз: Гранулезоклеточная опухоль левого яичника, ювенильный тип. Импланты в широкой связке матки. Перекрут, предоперационный разрыв опухоли, гемоперитонит. T1c2NxM0. FIGO stage IC2. Преждевременное половое созревание по гетеросексуальному типу.

Стадия IC2 по FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) была обусловлена дооперационным разрывом опухоли. Согласно международному протоколу МАКЕИ 05, ребенку с гранулезоклеточной опухолью яичника в стадии IC2 по FIGO показано проведение 4 блоков полихимиотерапии (ПХТ) в режиме PEI. В настоящее время ребенок получил 3 блока ПХТ, перенес с явлениями гематологической токсичности 4 степени, фебрильной нейтропении, кожной токсичности 1 степени, нефротоксичности 1 степени.

Заключение. Ранняя диагностика онкологических заболеваний исключительно важна. Она влияет не только на прогноз заболевания, но и на лечебные подходы. В случае своевременного обращения родителей к педиатру с жалобами на преждевременное половое созревание, это позволило бы поставить диагноз опухоли яичника и провести оперативное лечение до ее разрыва. В таком случае, согласно рекомендациям протокола МАКЕИ 05, полихимиотерапия не проводится, показано динамическое наблюдение с регулярным контрольным обследованием (стратегия «watch & wait»).

---

*Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Лепихов И.П., Щербинин А.А., Лепихов П.А., Бессонова А.Д.*

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

## **ТРАВМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей составляет около 4% от общего числа пациентов хирургического профиля. Особые трудности диагностики повреждений органов мочевыделительной системы возникают при сочетанных травмах. До настоящего времени не определена единая тактика лечения данной категории больных.

Целью работы является обобщение опыта лечения и анализ причин развития осложнений у пациентов с травмой органов мочевыделительной системы.

Материалы и методы. За время проведения специальной военной операции значительно увеличилось количество повреждений скелета, органов брюшной и грудной полости, однако выраженного роста повреждений органов мочевыделительной системы мы не отметили. За период с 2019 по 2022 гг. в клинике детской хирургии РДКБ МЗ ДНР находилось 14 (0,6% от общего числа urgentных больных) детей с повреждением органов мочевыделительной системы. Мальчики составили абсолютное большинство – 85,7%.

Первичный осмотр включал в себя общеклиническое обследование с тщательным сбором анамнеза, уделяя внимание обстоятельствам и механизму травмы, мониторинг гемодинамических и лабораторных показателей. Основным методом визуализации в нашей клинике – УЗИ в динамике. Из рентгенологических методов применялись экскреторная урография и цистография по показаниям.

Результаты и обсуждение. Наиболее частой причиной травм почек являлась автодорожная травма – 42,8%, падение с высоты у 28,5%, среди других механизмов имели место сдавление, прямой удар, контрудар, ранение поясничной области.

При лечении тупых травм почек мы придерживаемся консервативной тактики – назначение комплексной гемостатической терапии. Главными показаниями к неотложной операции являлось угрожающие жизни почечное кровотечение. Показанием к нефруретерэктомии считался отрыв почечных сосудов, разможение почки. В других случаях мы стремимся к органосохраняющим операциям: ушивание разрывов, резекция. Тактика при паранефральных гематомах консервативная. Всем больным в обязательном порядке проводим УЗИ контроль и экскреторную урографию в динамике. Наиболее частыми осложнениями травм почек, которые мы отмечали, являлись гематомы, воспаление, вторичные кровотечения, обструкция мочевых путей сгустком.

В случае разрыва мочевого пузыря выполнялось срочное оперативное вмешательство. Объем операции определялся индивидуально и заключался в ушивании разрывов, дренировании брюшной полости или околопузырного пространства, эпицистостомии. Разрыв мочевого пузыря может осложняться развитием флегмоны околопузырного пространства, которая требует дополнительного вскрытия и дренирования.

Вывод: Наиболее предпочтительной тактикой, при травмах почек у детей, мы видим назначение консервативной гемостатической терапии с параллельным проведением диагностического поиска с целью уточнения объема повреждения. В случаях продолжающегося кровотечения показана неотложная операция

При сочетанных травмах необходимо исключить повреждение мочевого пузыря и выполнять своевременное хирургическое лечение.

---

*Щукина Е.В., Алёшечкин П.А., Шевченко А.С., Томаш Л.А.*

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

## **РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

Современная диагностика позволяет выявлять новообразования на ранних этапах преимущественно у лиц молодого возраста. Успешное применение современных методов лечения онкологических заболеваний позволило увеличить продолжительность жизни пациентов. Однако химиотерапия (ХТ), которая является самым распространенным методом лечения онкозаболеваний, оказывает ряд негативных воздействий на другие органы и системы, не затронутые онкопроцессом, в частности на сердце и сердечно-сосудистую систему. Это направление в кардиологии получило название кардиоонкология.

Актуальность кардиоонкологии связана с тем, что под воздействием ХТ в сердце происходит ряд изменений, вызывающих структурные и функциональные нарушения в сердце, что было подтверждено в многочисленных исследованиях. В связи с ранней диагностикой онкозаболеваний и применением ХТ сердечно-сосудистые заболевания, которые проявлялись у лиц старшей возрастной группы,

стали регистрироваться у молодых пациентов. Это влечет за собой раннюю инвалидизацию и ухудшение качества жизни.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), миокардит, перикардит, инфаркт миокарда, токсическая кардиомиопатия, нарушения ритма и проводимости, артериальная гипертензия, а также тромбоэмболии – это осложнения ХТ, с которыми все чаще приходится сталкиваться кардиологам в повседневной клинической практике и все чаще у молодых пациентов. Токсическое действие ХТ на сердце (кардиотоксичность), может носить как обратимый, так и необратимый характер.

Для обследования пациентов необходимо применять весь спектр инструментальной и лабораторной диагностики не только на этапе прохождения ХТ или по ее окончании, но и до ее начала. Это позволит проводить коррекцию лечения, а также предпринимать меры по профилактике кардиотоксического действия препаратов, применяемых в онкологии.

Основными инструментальными методами считаются электрокардиография (ЭКГ), магнитно-резонансная томография сердца (МРТс) и трансторакальная эхокардиография (ТТЭхоКГ).

Всем пациентам до начала и во время ХТ рекомендуется проводить ЭКГ, что позволит выявлять такие состояния как тахикардия, нарушения ритма и проводимости, удлинение интервала QT и изменения сегмента ST.

Золотым стандартом инструментальной диагностики для оценки морфофункциональных изменений является МРТс. Однако в связи с низкой распространенностью данного метода чаще проводится ТТЭхоКГ. При проведении данного обследования следует учитывать не только такой распространенный показатель как фракция выброса левого желудочка, но и общую продольную деформацию левого желудочка (global longitudinal strain – GLS).

Для наиболее качественной диагностики кардиотоксичности следует комбинировать ТТЭхоКГ и лабораторные показатели. Так одновременное исследование GLS и высокоточного Тропонина I или T необходимо проводить всем пациентам, получающим ХТ.

Неотъемлемой частью лабораторной диагностики ХСН, в том числе и связанной с ХТ, является натрийуретический пептид (BNP) и его производная – мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP). Пациенты с исходно повышенным уровнем BNP/NT-proBNP находятся в особой группе риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе и внезапной декомпенсации ХСН.

Исследование таких показателей как креатинин, мочевины, липидный профиль, трансаминазы и другие – не являются прогностически значимыми для выявления ранних признаков кардиотоксического действия ХТ, однако нуждаются в скрининге для своевременной коррекции кардиопротекторной терапии.

В настоящее время исследуются и другие потенциальные биомаркеры кардиотоксичности, такие как миелопероксидаза, высокочувствительный С-реактивный белок, ростовой фактор дифференцировки 15, галектин-3, метаболиты системы аргинин-NO, сердечный белок, связывающий жирные кислоты, микроРНК и другие. Несмотря на то, что уровень большинства из них возрастал на фоне ХТ, значимость этих изменений для прогнозирования дисфункции сердца пока до конца не ясна, и эти биомаркеры не используются в рутинной клинической практике.

---

*Щукина Е.В., Бутенко С.Н., Цыба И.Н., Грушко И.В.*

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

## **ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Цель нашего исследования стала оценка эффективности применения пероральных препаратов железа у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза и железодефицитной анемией (ЖДА)

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 72 больных с ХСН ишемического генеза и ЖДА. Наряду с общеклиническими анализами крови всем больным исходно, а также в динамике в течение 18 месяцев наблюдения определяли уровни железа, ферритина, транс-

феррина в сыворотке крови, рассчитывались коэффициент насыщения железом трансферрина (КНТ), выполняли тест с 6-минутной ходьбой, эхокардиографическое исследование. Всем больным в дополнение к стандартной терапии ХСН дополнительно назначали пероральные препараты сульфата железа двухвалентного. Больные с помощью рандомизации были разделены на 2 группы. 1 группу составил 31 больной, у которых на фоне приема сульфата железа уровни гемоглобина поддерживались в пределах 105-119 г/л; 2 группу – 41 больной – с целевым уровнем гемоглобина 120-140 г/л. Статистический анализ результатов проводился с помощью «Statistica» v. 6.0, StatSoft, USA. Все различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования и их обсуждение. Из 72 человек завершили запланированный 18-месячный период наблюдения 70 больных (97,2%); умерли 2 больных из группы 2 от декомпенсации сердечной недостаточности исходно имевших тяжелую анемию и низкую фракцию выброса левого желудочка (ЛЖ). Побочные эффекты при пероральном применении сульфата железа были умеренной степени выраженности и транзиторными; временная отмена препарата железа потребовалась лишь в 2 из 72 случаев. Коррекция дефицита железа в обеих группах не ассоциировалась с существенными изменениями уровней артериального давления, креатинина сыворотки крови и скорости клубочковой фильтрации. В группе 2 по сравнению с группой 1 достоверно чаще использовали более высокие дозы сульфата железа ( $\geq 200$  мг/сут. – соответственно у 63,4% и у 25,8%,  $p < 0,05$ ), что ассоциировалось с достижением более высоких уровней КНТ к 6 месяцу лечения ( $\geq 15\%$  – соответственно у 58,5% и у 9,7%,  $p < 0,05$ ). Уровни сывороточного железа и гемоглобина также демонстрировали достоверное увеличение в сравнении с исходными значениями (в группе 2 прирост составил  $7,1 \pm 1,8$  мкмоль/л, а в группе 1 –  $2,3 \pm 0,6$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ). Коррекция дефицита железа ассоциировалась с тенденцией к уменьшению дилатации ЛЖ и улучшению его систолической функции. Статистически значимые благоприятные эффекты на особенности структуры, систолической и диастолической функции ЛЖ были получены лишь в единичных наблюдениях, при этом различий между группами выявлено не было. У 45,2% больных группы 1 и у 36,6% – группы 2 на фоне лечения был отмечен отчетливый прирост дистанции 6-минутной ходьбы, а у 22,6% и 19,5%, соответственно – уменьшение функционального класса ХСН; различий между группами по этим параметрам не было ( $p > 0,05$ ). Значимые положительные корреляционные связи отмечены между степенью изменений уровней железа сыворотки крови, и гемоглобина, с одной стороны, и степенью изменений дистанции 6-минутной ходьбы ( $r =$  от 0,59 до 0,64;  $p < 0,05$ ). В группе 2 в сравнении с группой 1 несколько выше оказалась частота сердечно-сосудистых осложнений ( $p > 0,05$ ).

Выводы. Лечение пероральными препаратами сульфата железа хорошо; ассоциировалось с достоверным улучшением КНТ и железосвязывающей способности сыворотки крови, дистанции 6-минутной ходьбы и уменьшением функционального класса ХСН более выраженными в группе 2 по сравнению с группой 1; сопровождалось тенденцией к уменьшению дилатации ЛЖ и улучшению его систолической функции. Однако, в группе 2 несколько выше оказалась частота сердечно-сосудистых осложнений.

---

*Элизбараишвили Л.Г.*

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

## МЕДИЦИНСКИЕ ЭВФЕМИЗМЫ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ГУМАННОСТИ

Соблюдение принципов врачебной деонтологии, необходимых для эффективного общения доктора и пациентов, поможет врачу стать хорошим специалистом. Термин «деонтология» с греческого языка означает «должное», и в сфере медицины рассматривается как учение о должном поведении медицинских работников, касающееся взаимоотношений медперсонала с пациентами.

Ещё в древности в кодексе Хаммурапи (Вавилон) были описаны этические требования, предъявляемые к врачу. На основании этих законов была создана клятва Гиппократова, которую по традиции медики соблюдают до настоящего времени. В работе врача, призванного помогать человеку освободиться от физических и душевных страданий, такие качества как совесть, скромность, достоинство и гуманность незаменимы.

Принципы, положенные в основу медицинской деонтологии, тесно связаны с понятием слова, как фактора, имеющего лечебное воздействие. Так, Иван Павлов научно доказал идею о влиянии слов врача на ход болезни. Исследования, проводимые Владимиром Бехтеревым, способствовали введению психотерапевтических методов лечения. Роман Лурия заложил основы учения о ятрогенных заболеваниях, то есть расстройствах здоровья, имеющих психогенную природу и происходящих из-за деонтологических ошибок врачей – неосторожных высказываний или действий.

Но как говорить о том, о чем говорить не принято? Интерес к языковой стороне врачебной деятельности в силу её специфики, наличия морально-этических и личностных факторов свойствен как самому лечащему персоналу, так и исследователям-психологам, философам, лингвистам. Медицинский дискурс становится предметом исследования в отечественной лингвистике. В частности, учёными подробно охарактеризована категория вежливости, изучается функционирование языковых средств смягчения в медицинской речи, одним из которых являются эвфемизмы – слова или выражения, смягчающие или заменяющие нежелательный оборот речи.

Термин «эвфемизм» имеет греческие корни и означает «благозвучие». Эвфемизмы в повседневной врачебной практике довольно активно используются во многих странах, и, также как и в русском языке, имеют своей целью уменьшить уровень стресса у пациентов. Избегая прямых наименований различных явлений и процессов, которые могли бы причинить страдания или смутить больного, медработники тем самым соблюдают принцип профессиональной вежливости врача по отношению к пациенту.

Чаще всего медицинские эвфемизмы, встречающиеся в рамках общения врач-пациент, классифицируются по таким семантическим полям, как смерть, сами болезни, тяжелое состояние больного, потеря некоторых функций организма, различные виды терапии, табуированные части и функции тела, связанные с «человеческим низом», физические и психические недостатки.

Так, тема эвфемизации слов, обозначающих смерть, является основной в русской классической литературе, и проходит через творчество многих писателей прошлого и настоящего, используется ими как один из стилистических ресурсов русского языка. Проблема наименования смерти в речи врачей подразумевает различие эвфемизмов, обозначающих естественную смерть, и смерть больного, связанную с недостаточной медицинской помощью. В последнем случае употребляется эвфемизм «терять больного». Если же смерть больного неизбежна, врачи употребляют другие эвфемизмы: «это конец», «всё идет к концу», «помочь не представлялось возможным».

Профессия врача относится к числу лингвоактивных. Исследование закономерностей функционирования языковых средств в рамках медицинского дискурса определяет специфику лексико-семантической характеристики смягчающих наименований, расширяет представление о месте и роли языковых средств смягчения для создания атмосферы, способствующей доверительному отношению с больным.

---

**Южаков В.А.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск

## **ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНЫХ ИНТЕГРАТИВНЫХ ПСИХОТЕХНОЛОГИЙ**

Проблема трансформации социальной идентичности личности в условиях турбулентности мировых социально-политических и экономических процессов обретает особую значимость.

Социальная идентичность представляет собой разновидность идентичности, наряду с личностной, представляющую собой совокупность представлений человека о себе, которая содержательно включает когнитивный, эмоциональный, мотивационный аспекты и телесный опыт, создающую чувство непрерывного, целостного и постоянного Я, позволяющую интегрировать получаемый жизненный опыт и регулировать поведение и деятельность.

В связи с этим, трансформацию социальной идентичности можно рассматривать как результат самоопределения и активного конструирования в ходе взаимодействия в социальной среде, где происходит изменение представлений о себе, а также меняется соотношение базовых структур идентичности.

К настоящему времени проблеме социальной идентичности посвящено большое количество исследований (Н.Л. Иванова, Л.Б. Шнейдер и др.), однако остается недостаточно изученным вопрос поиска адекватных методов психологической помощи при кризисах и дезадаптивном развитии идентичности, потери ощущения гармоничности и целостности своей личности.

Одним из современных и эффективных подходов практической психологии является использование интенсивных интегративных психотехнологий (ИИПТ), особенностью которых является активное применение эффектов расширенных состояний сознания (РСС), вызванных связным дыханием. Предполагается, что РСС выступают в качестве катализаторов для мобилизации внутренних резервов психики, благодаря чему происходит перенос соответствующего психического материала в сознание и создаются условия для его интеграции.

Трансформация социальной идентичности в ИИПТ направлена на обретение большей внутренней стабильности, целостности и свободы, что требует осознания и последующего разотождествления с теми компонентами идентичности, которые мешают позитивному развитию и самоопределению человека в условиях динамичной внешней среды (В.В. Козлов, 2007).

Другой отличительной особенностью ИИПТ является преимущественно групповая форма тренинга, что создает условия для активизации механизмов трансформации социальной идентичности и формированию новых ее конфигураций. Так, во время группового психологического тренинга происходит активное взаимодействие и общение между участниками группы в различных контекстах, что способствует самоидентификации, облегчает процессы самораскрытия, самоисследования и самопознания участников.

Таким образом, в рамках интегративного подхода изменение социальной идентичности состоит в осознании и последующем разотождествлении с теми компонентами идентичности, которые мешают позитивному развитию и самоопределению человека в условиях динамичной внешней среды для обретения большей внутренней стабильности, целостности и свободы. На практике этот подход реализован в групповых тренингах ИИПТ, которые активно используют эффекты РСС, вызванные связным дыханием, а также специфики групповой формы работы.

---

***Юрова Ю.В., Ильина В.А., Зиновьев Е.В., Ваиетко Р.В.***

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

## **РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВИДОВ РУБЦОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Проблема развития патологической рубцовой ткани в комбустиологии остаётся актуальной на сегодняшний день. Необходимо определить патогенетически обоснованный подход к лечению ожоговой раны, снижающий вероятность развития патологической рубцовой ткани.

Цель исследования – изучить гистологическую структуру тканей, из которых формируются кожные рубцы.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели у 56 пациентов с ожоговой травмой было проведено морфологическое изучение биоптатов тканей, взятых интраоперационно в центре и по периферии ожоговых ран перед выполнением свободной аутодермопластики (САДП). В зоне отбора определены показатели микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на этапе лечения ожоговых ран и в процессе формирования рубцовой ткани. Клиническое наблюдение за пациентами проводилось в течение года. Изучена связь между гистологическим типом ткани, из которой формируется в последствие рубец, показателями перфузии в ней перед выполнением САДП и видом сформировавшейся рубцовой ткани в изучаемых областях в течение года.



Результаты. Выявлено, что патологическая рубцовая ткань развивается из грануляционной ткани и фиброзно-изменённой дермы (ФИД). Показана возможность прогнозирования формирования вида рубцовой ткани с помощью определения перфузии (М): выше 10 перфузионных единиц (ПЕ) – патологической рубцовой ткани, возникшей из грануляционной ткани; менее 4 ПЕ – высокий риск развития патологической рубцовой ткани из ФИД. При значении перфузии зоны ожоговых дефектов ( $4 \leq M \leq 10$ ) ПЕ гистологически определяется дерма, элементы подкожно-жировой клетчатки, фиброзного слоя грануляционной ткани и риск развития патологической рубцовой ткани минимален.

Заключение. Трансформация раневых тканей в патологические, которые впоследствии переходят в патологические рубцы, зависит от адекватности микроциркуляции. При ишемии тканей дерма превращается в ФИД. Данный процесс незаметен и клинически не проявляется, диагностировать подобные изменения невооруженным глазом невозможно. Но этот момент микроциркуляторных нарушений четко фиксируется методом ЛДФ, значения перфузии при подобных изменениях в тканях будут не выше 4 ПЕ. Подобная ткань фрагментируется с образованием узлов II-го типа при продолжающейся ишемии. Пусковым фактором келоидной трансформации является длительная некомпенсированная ишемия тканей дермального происхождения приводит к формированию патологической рубцовой ткани. Для подобных зон предпочтительно использование лечебных методик, способствующих улучшению микроциркуляции.

Для патологических рубцов, развившихся из грануляционной ткани с показателями перфузии на этапе лечения выше 10 ПЕ, характерна избыточная активность фибробластов. В подобных случаях будут эффективны воздействия, устраняющие механическое напряжение зон риска, а также необходимо подавление метаболической активности фибробластов, что способствует переходу гипертрофической трансформации в нормотрофический рубец.

Знание закономерностей возникновения и трансформации рубцовых тканей, выявленных связей между перфузией ожоговой раны, тканевым составом и клиническим типом развивающегося рубца, позволяет определить основные принципы лечебных воздействий на рану в период её лечения.

---

*Юрченко Н.Н., Кравченко А.В., Труфанов И.М.*

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

## **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. ДОНЕЦК**

Актуальность исследования. В структуре открытых травм кисти особое место занимают повреждения, полученные вследствие воздействия боевых поражающих средств. Интерес исследователей и практикующих хирургов к этой теме вызван тяжестью повреждений, сочетанным характером травмированных структур, особенными, не схожими с другими видами травм, особенностями заживления. Многочисленные исследования свидетельствуют о большой частоте травмы кисти среди всех боевых травм – от 9 до 20% в различных вооруженных конфликтах.

Цель исследования. Определить социальный и клинический портрет типичного пациента с боевой травмой кисти в Донбассе.

Материалы и методы. Для выполнения данного исследования нами были отобраны истории болезни 151 пациента со свежей боевой травмой кисти (БТК), проходивших стационарное лечение в Республиканском травматологическом центре (РТЦ) с 2014 года. Травмы были получены в результате пулевых, осколочных и взрывных ранений. Статистическая обработка данных была выполнена при помощи пакета программ Microsoft Office (Excel). Взаимосвязь различных факторов и процессов определялась путем расчета коэффициентов Пирсона и Спирмена. Для данного исследования доверительный интервал был определен, как  $p=0,05$ . Во всех случаях было получено информированное согласие на использование материалов лечения и исследований в научно-исследовательской работе и профессиональных публикациях.

Результаты. В 94% случаев пациентами были мужчины. Средний возраст пострадавших составил  $35 \pm 14,7$  лет (Мо – 23 года). В подавляющем большинстве случаев (71,6%) удельный вес БТК приходится на наиболее трудоспособный возраст – от 21 до 50 лет. В данной выборке пострадавших имело место повреждение 174 кистей. Изолированная травма левой кисти наблюдалась нами в 78 (51,7%) случаях, правой кисти – в 50 (33,1%) случаях. Травма обеих кистей наблюдалась у 23 (15,2%) пациентов. Подавляющее большинство пациентов – 100 (72,9%) поступили в промежутке от 1 до 6 часов с момента получения травмы.

Закключение. Отсутствие корреляционной зависимости механизмов боевой травмы и социально-демографических параметров поступивших свидетельствует о возможной подверженности боевой травме кисти любого человека вне зависимости от пола, возраста и социального статуса, однако преобладают в структуре боевых ранений военнослужащие (41%)

Трудоспособное население (71,6%) является наиболее подверженной группой риска получения БТК.

Для боевой травмы кисти характерны превалирующие костно-суставные повреждения, включая и отчленения пальцев, кисти и ее сегментов, на долю которых приходится 40,2%. Сочетанные повреждения мягкотканых функциональных структур кисти составляют 49,4%. Данные показатели говорят о тяжести повреждений при БТК, необходимости высокой квалификации и специализированного медицинского оснащения.

Наиболее тяжкие и разрушительные последствия наблюдаются при взрывных травмах: частота сочетанных повреждений функциональных структур кисти, включая разрушения и отчленения сегментов кисти, составляет 77,1%.

---

**Юсупов Р.Ю., Иваненко А.А.**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТРАВМА СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА У РЕБЕНКА**

Укусы собак без летального исхода являются обычным явлением среди нападений животных на людей и сопровождаются в основном повреждениями кожи и мягких тканей. Однако они могут также проявляться опасными для жизни травмами головы и шеи, массивными травмами мягких тканей, а также сочетанными ортопедическими и сосудистыми повреждениями конечностей, при которых существует высокая вероятность потери конечности. *Int J Surg Case Rep.* 2018.

Укусы собак чаще встречаются у маленьких детей и имеют более высокий риск серьезных травм или смерти, как правило, в результате обескровливания. (Morgan M, Palmer J. Dog bites. *BMJ.* 2007) На укусы собак приходится 0,3-1,5% всех педиатрических обращений за медицинской помощью Chomel BB, Trotignon J. Epidemiologic surveys of dog, cat bites in the Lyon area, France. *Eur J Epidemiol.* 1992 Jul;8(4)

При поиске описанных клинических случаев, повреждения бедренной артерии, вены и нерва за последние 10 лет, нам встретилась единственная публикация повреждения подколенной артерии и связок коленного сустава у ребенка, где была выполнена тромбэктомия из подколенной артерии и реконструкция связочного аппарата коленного сустава. (*Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* 51.

Представляем вам клинический случай травмы бедренных сосудов у ребёнка. При поступлении пациентка К. 8 лет предъявляет жалобы на наличие множественных ран на обеих нижних конечностях, похолодание, снижение объема активных движений в правой нижней конечности, онемение правой стопы. Травма была получена 14.08.18 около 10 утра. Ребёнка покусала своя домашняя собака – такса. Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в городскую больницу города Харьковца, пациентка была осмотрена хирургом и анестезиологом после чего доставлена в ДКЦ города Макеевки где было выполнено оперативное вмешательство: ПХО ран, ушивание раны бедра справа, наложение наводящих швов. 15.08.18 в связи с изменением температуры кожи правой нижней конечности, появлением онемения пальцев правой стопы, пациентка была доставлена в ИНВХ им. В. К.

Гусака. При поступлении состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Акроцианоз. Пациентка астенического типа телосложения ИМТ 12,6 кг/м<sup>2</sup>. Общесоматическая состояние без особенностей. ЧСС 120 ударов в минуту. Артериальное давление 105 /60 мм рт.ст.

Место болезни: кожные покровы правой нижней конечности бледные с синюшно – багровыми пятнами до нижней трети бедра, левой – бледные. Укушенные рваные раны обеих бёдер и ягодиц, а также левой подвздошной области находятся под повязками. Повязка на правом бедре умеренно пропитана геморрагическим отделяемым. Остальные повязки сухие. Поверхностная чувствительность в правой стопе и пальцах отсутствует, проприоцептивная чувствительность сохранена. Объем активных движений снижен в коленном суставе и пальцах правой стопы. Чувствительности активные движение пальцами левой стопы сохранены в полном объеме. Кожные покровы правой стопы холодные на ощупь. Пальпация икроножных мышц безболезненна с обеих сторон. Пульсация на магистральных артерий нижних конечностей: справа – определяется в проекции бедренной артерии в области паховой складки, дистальнее отсутствует. Слева пульс определяется на артериях стопы. На УЗДГ + ТС определяется тромбоз поверхностной бедренной артерии и вены справа в проекции Гунтерова канала, на подколенную артерии, артериях голени и стопы определяется коллатеральных декомпенсированный кровоток. Диагноз перед операцией: Множественные укушенные раны обеих нижних конечностей, осложненные контузией бедренной артерии и вены, контузией и частичным повреждением бедренного нерва справа, диссекция интимы поверхностной бедренной артерии, тромбоз бедренной артерии и вены справа, острая артериальная недостаточность 2А степени правой нижней конечности, геморрагический шок 1ст. 15.08.18. В экстренном порядке под общим наркозом пациентке выполнена операция : Пликация бедренной вены, бедренно-подколенное аутовенозное протезирование, эпинеуральный шов бедренного нерва. На операции : тромбоз поверхностной бедренной артерии и вены, в местах контузии видны следы зубов . Системная гепаринизация, после чего произведена пликация поверхностной бедренной вены выше места тромбоза нитью Викрил 3/0. Выполнена продольная артериотомия поверхностной бедренной артерии, в просвете виден тёмно-вишнёвый тромб и диссекция интимы на протяжении 20 см, при ревизии дистального сосудистого русла зондами Фогарти 2F и 3F от неповрежденной подколенной артерии тромбов не получено, периферическое сосудистое русло заполнено гепаринизированным раствором. Забран ствол большой подкожной вены на бедре диаметром 1,5мм, после реверсии и гидродинамической дилатации, диаметр большой подкожной вены составил 2 – 3 мм, поочередно наложены анастомозы конец в конец с интактной подколенной и бедренной артериями нитью Prolen 7/0 отдельно узловыми швами. Бедренный нерв имеет дефект на 1/3 своего диаметра, наложены эпинеуральные швы. В после операционном периоде наблюдался некроз кожи по внутренней поверхности бедра в том месте где были укушенные раны что потребовало выполнения некрэктомии с последующей аутодермотрансплантацией. В после операционном периоде пациентка получала НМГ, проводилась антибактериальная терапия, после выписки какой-либо специфической терапии пациентка не получала. Через 4 года после оперативного лечения, пациентка обратилась на консультацию, при осмотре: пульс определяется артериях стопы, периферических отёков нет, имеются рубцовые изменения кожи по внутренней поверхности бедра. На УЗДГ+ТС: бедренно-подколенный аутовенозный трансплантат проходим, диаметр аутовенозного шунта 2,5мм, на бедренной и подколенной артериях регистрируется магистральный кровоток  $V_{ps}= 57,7\text{см/сек}$ . Бедренная вена в Гунтеровом канале реканализовалась полностью в этой же зоне определяется рефлюкс в пределах 3 сек., клапаны бедренной вены в в/3 бедра и подколенной вены полностью состоятельны, без рефлюкса. Девочка ведет полноценный, активный образ жизни, занимается танцами. Имеющиеся рубцы по внутренней поверхности правого бедра не ограничивают и не сковывают движений правой нижней конечности.

**Якобчук А.В.**

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

## **ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ ОСНОВЫ С АНАТОМИЧЕСКИМ ЗНАЧЕНИЕМ В НАЗВАНИЯХ ДРАГОЦЕННЫХ КАМНЕЙ**

С древнейших времен драгоценные камни являлись объектом восхищения и поклонения. Многие из них выполняли сакральную функцию, камнями обшивали одежды жрецов и священников, использовали для оформления алтарей и стен храмов, пагод и гробниц, для украшения священных сосудов, изготовления статуэток животных. Камням приписывались магические свойства, в том числе целительные. В наименованиях самоцветов можно найти греко-латинские основы, имеющие анатомическое значение. Как правило, названия связаны с целительными свойствами, приписываемыми камням или с мифологическими историями их происхождения.

Название поделочного камня оникс по одной версии происходит от латинского прилагательного *unicus*, а, um (лат. единственный, исключительный), по другой – от греческого *ονυχ* (др-греч. ноготь, коготь, копыто). В древнегреческом мифе говорится о том, что однажды Эрос срезал ногти Афродиты, пока она спала, и разбросал их по земле, боги превратили ногти в самоцветы. Древние римляне в бою носили амулеты из оникса, на которых было выгравировано изображение Марса, бога войны, считалось, что камень придает бесстрашие; в Европе эпохи Возрождения верили, что оникс дарует красноречие; по персидскому поверью он помогал при эпилепсии; а английские акушерки использовали камень для облегчения родов. Использование оникса в медицинских целях описано в работе Плиния старшего «Естественная история».

Есть также два варианта происхождения наименования полудрагоценного камня нефрит, по одному из них он получил своё название из-за характерных округлых неровностей, которые напоминали древним грекам анатомическое образование почка (др-греч. *νεφρος*), по другому – камень имел свойство уменьшать боль при почечных коликах. В средневековой Европе его называли *lapis nephriticus* (почечный камень). Древние римляне наделяли самоцвет сверхъестественными свойствами, считали панацеей от всех заболеваний и называли божественным камнем. Растертый в порошок камень применяли при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей, прикладывали к ранам, носили в виде браслетов или бус. В наше время литотерапевты используют нефрит при заболеваниях нервной системы, болях в желудке, в реабилитации после инсульта etc.

Название минерала гематит переводится с греческого как кроваво-красный (др-греч. *αιματι* – кровь). В русском языке также используются названия разновидностей гематита – кровавик и красная стеклянная голова. Для ранних христиан гематит символизировал кровь Христа, пролитую им для спасения человечества. Плиний старший приписывал камню свойства помогать при маточных кровотечениях, покраснении глаз, также рекомендовал принимать порошок гематита с вином для лечения змеиных укусов. В современной литотерапии используется для похудения, снятия нервного напряжения, лечения заболеваний мочеполовой и репродуктивной системы etc.

Неоднозначна этимология слова перл, устаревшее название жемчуга. Одни исследователи считают, что слово произошло от народнолатинского *perula* (лат. *perna* – задняя часть бедра, от которого происходит название морского двусторчатого моллюска); по версии других – от латинского существительного *pirula* (маленькая груша, грушка), натуральный жемчуг часто имеет грушевидную форму. Жемчужной водой лечили разнообразные заболевания, связанные с головой, от шизофрении, до легкой головной боли, а также кожные заболевания.

Исследование этимологии названий драгоценных камней остается интересным и перспективным направлением лингвистики. По названию можно отследить историю и сферу использования камня, приписываемые ему лечебные и магические свойства, ознакомиться с мифами и легендами, описывающими появление самоцвета.

*Яковенко И.Г., Самарина Е.Ю., Пинаева О.Г., Вдовенко С.В.*

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

## **ФОРМЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ПАТОФИЗИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ**

Патофизиология – фундаментальная теоретическая дисциплина медицины. Она составляет теоретическую основу формирования клинического мышления врача. В связи с этим развитие у студентов базовых навыков врачебного мышления является ключевой задачей патофизиологии.

При изучении патофизиологии, на практических занятиях со студентами, оценка знаний, умений и навыков осуществляется на всех этапах практического занятия в соответствии с целями и задачами изучаемой темы.

Контроль может проводиться в начале, в ходе отработки ориентировочной основы действия, в которой имеются конкретные задания и рекомендации по их выполнению, и в заключительной части занятия. Различные формы текущего контроля позволяет осуществлять проверку усвоения учебного материала обучающимися.

Входной контроль (тестирование, контрольные вопросы и т.д.), проводимый в начале занятия, позволяет проверить самостоятельную внеаудиторную подготовку студентов по соответствующей теме практического занятия, а также усвоение основных положений ранее пройденного учебного материала, необходимого для усвоения вопросов данного занятия.

Контроль, проводимый в ходе основной части занятия обеспечивает оценку не только хода и качества усвоения учебного материала, но и развитие у студентов творческого мышления, необходимого для проведения анализа механизмов развития патологических процессов на клинических дисциплинах для диагностики и дифференциальной диагностики различных заболеваний.

Выходной контроль, проводимый в заключительной части занятия, даёт возможность оценить качество усвоения материала после его полного изложения. На данном этапе ключевая роль принадлежит ситуационным и проблемным задачам. Это важный дидактический компонент по формированию у студентов уверенности и убежденности в умении правильно формировать основные звенья патогенеза патологических процессов, заболеваний согласно современным теоретическим медицинским знаниям.

Преподаватель в начале практического занятия формирует проблему и выдает инструкции по эффективному поиску и форме составления схемы решения поставленной перед студентом задачи.

Студент привлекает к выполнению полученного задания все доступные источники информации и по сформированной проблеме доказывает письменно в выводе протокола практического занятия возможные варианты механизмов развития патологических изменений.

Использование симуляционной техники при составлении ситуационных и проблемных задач, позволяет, с нашей точки зрения, достичь максимальной степени реализма при имитации разнообразных клинических сценариев и адаптировать учебную ситуацию к реальным условиям профессиональной деятельности будущего врача.

Применение подобных форм контроля оценки знаний, по нашему мнению, улучшит культуру использования знаний, умений и навыков, полученных при изучении патофизиологии в условиях компетентностного подхода подготовки будущих врачей.

---

*Яковенко С.В.*

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

## **СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНО-ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ**

Известно, что «северный тип метаболизма» формируется как проявление адаптации организма жителей урбанизированного севера к природно-климатическим условиям. У беременных с избыточной массой тела требуется изучение углеводно-липидного обмена, поскольку для данной категории

женщин необходимо поддержание компенсированного состояния в целях сохранения здоровья матери и ребенка, профилактики осложнений беременности (гестационный диабет, преэклампсия, нарушение развитие плода).

Цель: изучение показателей углеводно-липидного обмена у беременных с избыточной массой тела.

Материалы и методы: исследовали биохимический состав крови беременных с нормальной массой тела I группа (32 человека) и с избыточной массой тела II группа (33 человека). По результатам исследования показателей углеводного и жирового обменов (глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), общий холестерин (ОХС), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды (ТГ)), а также индикатора липидного обмена – лептина провели сравнительный анализ этих параметров у беременных I и II групп из числа пришлового населения, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (ХМАО).

Результаты исследования: в ходе исследования установлено различие в метаболическом статусе у беременных с нормальным и повышенным индексом массы тела (ИМТ). Сравнительный анализ показал, что такие параметры углеводного обмена как глюкоза крови и HbA1c в I и II группах не превышают референсных значений. Наибольшие метаболические изменения выявлены в показателях жирового обмена. Так, во II группе беременных зарегистрированы превышения оптимальных значений ОХС (3,1-5,2 ммоль/л), ТГ (0,6-1,7 ммоль/л). Вышеуказанные показатели липидного профиля, за исключением ЛПВП, достоверно демонстрируют различие между обследованными лицами I и II групп, а именно: концентрация в крови ОХС в 1,1 раза, ТГ в 1,5 раза, ЛПНП в 1,3 раза, ЛПОНП в 1,5 раза превышала значения у беременных с высоким ИМТ по сравнению с таковой у беременных с нормальным ИМТ. Заслуживают внимания полученные нами данные о содержании лептина, который у беременных с избыточной массой тела достоверно выше в 1,6 раза аналогичного показателя в группе контроля (13,8±1,80 нг/мл против 8,42±1,34 нг/мл,  $p < 0,05$ ), а потому является биохимическим маркером измененного жирового обмена, влияющим через центральные механизмы на усвоение пищи и расход энергии. Следовательно, значимые изменения в липидном статусе у беременных с избыточной массой тела свидетельствуют о формировании «северного типа метаболизма», который может служить региональным фактором риска и влиять на адаптационные процессы у женского населения ХМАО.

Заключение. Принимая во внимание полученные нами результаты исследования липидного обмена, необходимо рекомендовать врачам акушерам-гинекологам в прегравидарный период и уже на ранних сроках беременности активно проводить консультации с будущими матерями, акцентируя внимание на необходимости соблюдения сбалансированного рациона питания и контроля привычной двигательной активности в целях профилактики осложнений беременности.

---

*Янин В.Л., Соловьев Г.С., Углева Г.Н., Хадиева Е.Д., Бондаренко О.М., Сазонова Н.А., Алексеева Ю.В., Карпова Я.А., Биктимиров Т.Р., Виколева Я.С., Виколев М.О., Анищенко О.А.*

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

## **О МЕТАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА**

Онтогенез человека разделяют на пренатальный и постнатальный периоды. Константами являются длительность пренатального онтогенеза – 40 недель и сроки физиологических родов – 38 – 40 недель гестации. С развитием репродуктивных технологий длительность пренатального периода сокращена до 22 недель, роды происходят в периоде 22 – 40 недель гестации и не являются событием, завершающим эмбриофетальные процессы. По критериям ВОЗ живорождёнными считаются дети, рождённые при сроке беременности 22 недели и более, и массой тела 500 грамм и более. Существует объективная необходимость новых подходов к периодизации онтогенеза человека. В рамках проекта «Разработка модели десинхронного нефрогенеза у человека» при поддержке гранта РФФИ – Югра 18-44-860013p\_а изучены почки детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) гестационного

возраста 22-27 недель, умерших на сроках 25-33 недели постконцептуального возраста (ПКВ). Оценивалась функциональная состоятельность мочевой системы детей по шкале nRIFLE, AKIN (2011). Выполнены световая микроскопия гистологических препаратов почек и компьютерная морфометрия нефронов. При физиологической беременности нефрогенез завершается к 35-36 неделям. У детей с ЭНМТ, рожденных в результате сверххранних преждевременных родов (СПР), наблюдались: риск острого повреждения почек – у всех детей, повреждение почек – у 85%, острая почечная недостаточность – у 50%, потеря почечной функции – у 34% детей. В почках детей с ЭНМТ реализуется атипичский нефрогенез, характеризующийся ускоренным формированием почечных телец и канальцев, размеры которых существенно превышают показатели нефронов почки доношенных детей. Показатели нефрогенеза в условиях преждевременного неонатального периода на сроках ПКВ совпадают с количественными показателями нефрогенеза человека 1 – 12 лет постнатальной жизни. Выявлена атипичская для нефрогенеза вариабельность почечных телец нефронов почек детей с ЭНМТ. Это позволяет говорить о схожести этих параметров с показателями мезонефральных телец первичной почки – мезонефроса человека, формирующейся и функционирующей со 2 по 10 неделю пренатального онтогенеза. В данном случае наблюдаются признаки рекапитуляции мезонефрогенеза первичной почки при формировании нефронов постоянной почки на сроках ПКВ. Установлено, что для детей с ЭНМТ, рождённым в результате СПР, присущ нефрогенез, характеризующийся атипичским увеличением размеров и вариабельностью компонентов нефрона. Почки недоношенных детей с ЭНМТ характеризуются сниженным количеством нефронов при рождении, выраженным гломеруло-канальцевым дисбалансом, проявляющимся в структурно-функциональном преобладании клубочкового компонента над канальцевой частью нефрона.

Предлагается концепция нового периода онтогенеза человека – метанатального, периода жизни человека, рожденного с ЭНМТ в результате СПР. Метанатальный онтогенез – этап развития человека на сроках 22 – 36 недель ПКВ. Структурообразующие процессы, происходящие в таком организме, не могут оцениваться ни как эмбрио-фетальные, ни как процессы постнатального онтогенеза после физиологических родов 37 – 40 недель гестационного возраста и должны быть обозначены как постконцептуальные морфогенезы.

---

*Яровая Н.Ф., Хоменко М.В., Цыба И.Н., Маловичко И.С.*

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

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

Инфекция COVID-19 ассоциирована с зачастую фатальным поражением легких, что патофизиологически обусловлено связано с поражением легочных сосудов. При этом развивается тяжелая дисфункция эндотелия сосудистой стенки и макрофагов с развитием в тяжелых случаях острого респираторного дистресс-синдрома с острой дыхательной недостаточностью, требующей ургентной иммуномодулирующей терапии и особых вариантов респираторной поддержки.

Проникновение SARS-CoV-2 вируса в клетки-мишени происходит благодаря связыванию с рецепторами ангиотензин-превращающего фермента 2-го типа (АПФ-2), представленными в большинстве клеток не только органов дыхания, но и пищеварительной трубки, почек и мочевыводящих путей, головного мозга, сердца, что определяет весьма вариабельный спектр COVID-19-ассоциированных клинических проявлений. В легочных сосудах вследствие активации системы комплемента имеет место развитие вторичного микротромбоваскулита различной протяженности. Косвенными признаками активации свертывающей системы крови являются обнаруживаемые при этом тромбоцитопения, повышение уровней протромбинового времени, D-димера, фибриногена, а также факторов VIII и Виллебранда. Секционные данные свидетельствуют о полнокровии капилляров межальвеолярных перегородок, а также мелких ветвей легочной артерии и легочных вен, сладж-феномене эритроцитов с повышенной адгезией нейтрофилов и лейкоцитов, наличии свежих фибриновых и уже организуемых тромбов, внутривнутриальвеолярных и интраальвеолярных кровоизлияниях вплоть до форми-

рования геморрагических инфарктов. Таким образом, развивающиеся при этом поражении легких сложные нарушения реологии крови со стимуляцией тромбообразования становятся причиной развития тромбозов и тромбоэмболий в системе легочной артерии, предшествуя клинически представленным признакам формирования и прогрессирования прекапиллярной формы хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ). Признаки тромбоэмболии встречались обычно в сегментарных и долевыми ветвях легочной артерии (ЛА). По данным компьютерной томографической ангиографии, тромбоэмболию сегментарных, долевыми и более крупных ветвей ЛА фиксировали в 20-30% случаев. Таким образом, наиболее частым патоморфологическим субстратом формирования постковидного синдрома с персистирующей или прогрессирующей одышкой, сердцебиением, болями в грудной клетке, пресинкопальными состояниями в покое или при минимальных физических нагрузках, а также проявлениями правожелудочковой недостаточности (гепатомегалия, асцит, отеки) следует считать ХТЭЛГ, которая сопровождается прогрессирующим повышением среднего давления в легочной артерии более 25 мм рт.ст. с развитием тяжелой дисфункции правых отделов сердца. Учитывая высокий риск прогрессирования тромбообразования у таких пациентов помимо оценки общего анализа крови и стандартной коагулограммы следует определять уровень D-димера. Инструментальное подтверждение ХТЭЛГ могут обеспечивать электрокардиография (отклонение электрической оси вправо, признаки гипертрофии/перегрузки правых отделов сердца, особенно в отсутствие фактора табакокурения или иных факторов становления хронической обструктивной болезни легких. Трансторакальная эхокардиография не только позволяет измерить среднее давление в легочной артерии, оценить наличие и объем трикуспидальной регургитации, размер и коллабирование нижней полой вены, но и исключить (или впервые выявить) значимую клапанную патологию левых отделов сердца с хронической венозной гипертензией застойного характера.

---

**Ярошенко С.Я.**

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

## **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ**

**Цель.** Оценить психоэмоциональное состояние воспитанников домов ребенка дошкольного возраста, выделить основные поведенческие проблемы и особенности эмоционального состояния детей, лишенных родительской опеки.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 114 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет), воспитывавшиеся в Республиканских специализированных домах ребенка г. Донецка и г. Макеевки в 2017-2022 гг. Данные сравнивались с показателями группы контроля – 44 сверстников, воспитывавшихся в семье. Психологические особенности детей оценивались с помощью: опросников для определения уровней тревожности и агрессивности у детей (авторы: Г. П. Лаврентьева и Т. М. Титаренко), теста тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), методику «Паровозик» (С. В. Велиева), а также опросника «Сильные стороны и трудности (ССТ)» Р. Гудмана (односторонняя версия для родителей или учителей), включавшего 25 пунктов психологических свойств, выраженность которых оценивали родители или персонал дома ребенка. Для оценки статистических отличий между группами использовались тест Манна-Уитни и угловое преобразование Фишера

**Результаты и обсуждение.** Опросники Г. П. Лаврентьевой и Т. М. Титаренко выявили у детей из дома ребенка высокие уровни тревожности (3,89±2,58 [Me=4; 2-6] балла против 2,43±2,29 [Me=2; 1-3,5] балла у детей из семей, p=0,0006). Средние показатели ситуативной агрессивности у воспитанников домов ребенка также были выше (5,59±5,29 [Me=4,5; 0-8] в группе «ДР» и 3,59±3,45 [Me=3; 1-4] баллов в группе «ДС»), однако отличия не были статистически значимы (p=0,147). При этом доля детей со средним и повышенным уровнями агрессивности составили в сумме 42,11% в группе воспитанников домов ребенка и 18,18% – среди детей из семей (p<0,01). Результаты теста «Выбери нужное лицо» свидетельствовали о повышенной тревожности институализированных детей. Их результаты более чем в 4 раза превысили соответствующий показатель детей из семей: 47,56±22,26 [Me=50,00;



28,57-71,43] балла против 11,36±5,62 [Me=7,14; 7,14-14,29] балла соответственно ( $p<0,0001$ ). Сумма баллов, полученных по методике «Паровозик», у институализированных детей была значимо выше ( $p<0,0001$ ), чем в группе контроля, составив: 5,67±3,14 [Me=5; 3-8] и 2,09±1,01 [Me=2; 1-3] балла соответственно. При этом, в группе контроля психологическое состояние оценено как позитивное у 41 ребенка (93,18%) из семей и только у 32 (28,07%) детей из домов ребенка ( $p<0,0001$ ). Результаты, полученные с помощью опросника «Сильные стороны и трудности», также указывают на ряд проблем. Значимо более высокие показатели выявлены по шкалам «Гиперактивность» (6,46±2,48 [7; 5-8] балла в группе воспитанников домов ребенка и 4,11±1,88 [Me=4; 3-5] балла в группе детей из семей,  $p<0,0001$ ), «Одноранговые проблемы» (4,21±2,44 [4; 3-6] балла и 2,0±2,01 [Me=2; 0,5-3] балла соответственно,  $p<0,0001$ ). По шкале «Просоциальное поведение», которая является инверсированной, воспитанники домов ребенка набрали значимо меньшее количество баллов (5,79±2,32 [Me=6; 4-8] балла против 8,05±1,54 [Me=8; 7-9,5] балла в группе контроля,  $p<0,0001$ ). Общее число проблем в группе воспитанников домов ребенка также значимо превышало показатель детей из семей (17,1±6,39 [Me=18; 12-22] балла в группе и 9,86±3,97 [Me=10; 8-11] балла в группе соответственно,  $p<0,0001$ ).

Выводы. Таким образом, наши данные подтверждают мнение, что для воспитанников домов ребенка характерны повышенные показатели тревожности и агрессивности, а также ряд поведенческих проблем, которые согласуются с комплексом так называемых проблем, специфичных для депривации (Michael L. Rutter и соавт., 2010). При этом, длительно сохраняющиеся отрицательные эмоции, воздействуя через лимбическую систему, запускают целый ряд патологических процессов, влияя на регуляторные системы: вегетативную, нейроэндокринную, иммунную, приводя как к соматическим нарушениям, так и к задержке нервно-психического и физического развития.

*Яроцак С.В., Кокин А.Ю., Канана А.Я., Голубицкий К.О.*

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

## **СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ, НАШ ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫВОДЫ**

Актуальность: Симультанной считается операция, выполненная одновременно на двух или более органах через единый доступ. В последние годы частота симульных операций возрастает в связи с относительно низкой травматичностью, единым анестезиологическим пособием, возвращением пациентов к труду в минимально короткие сроки и уменьшением расходов на лекарственные препараты и повторные обследования. По данным ВОЗ, в симульных операциях нуждаются 25-30% пациентов с различными сочетанными хирургическими заболеваниями. Наиболее распространенные заболевания органов мочеполовой системы – рак предстательной железы и гиперплазия простаты (ДГПЖ). Последние часто сочетаются с клинически значимыми паховыми грыжами. Подобное обстоятельство объяснимо, если принимать во внимание плохое мочеиспускание, сопровождающее урологические недуги, а также возраст больных, предполагающий одновременное наличие слабости и дефектов передней брюшной стенки. В процессе оперативного вмешательства в объеме трансуретральной резекции при ДГПЖ имеется возможность устранения паховой грыжи эндовидеохирургическим доступом.

Цели и задачи работы: оценить возможность выполнения и безопасность симульной трансуретральной резекции предстательной железы одновременно с пластикой паховой грыжи из предбрюшинного доступа с использованием полипропиленового эндопротеза.

Материалы и методы: Нами оценены результаты лечения 11 пациентов в возрасте 60±15 лет (63-72 года), которым выполнено симульное оперативное лечение ТУР-предстательной железы и лапароскопическая грыжепластика с применением сетчатого эндопротеза, за период 2020-2022 г. Среди них: у 9 пациентов увеличение предстательной железы за счет ДГПЖ составило от 60 до 80 куб см, у 2 пациентов увеличение предстательной железы за счет ДГПЖ составило от 80 до 90 куб см. При этом у 8 пациентов выявлена односторонняя (левосторонняя, правосторонняя) паховая грыжа. У 3 пациентов двусторонняя паховая грыжа. Во всех 11 случаях выполнено симульное оперативное

вмешательство в объеме: трансуретральная резекция предстательной железы + трансабдоминальная герниопластика сетчатым эндопротезом (использован эндопротез «PROLENE\*MESH»)

Результаты: Все пациенты выписаны из стационара на 3-5 сутки с момента операции. Осложнений в раннем послеоперационном периоде нами не выявлено. Все пациенты после симультанных операций проходили контрольные осмотры через 3 и 6 мес, рецидивов и инфекционных осложнений не было. При анализе учитывали длительность операции, объем кровопотери, интра-, послеоперационные осложнения, длительность нахождения в стационаре и этап восстановления.

Выводы: При выполнении симультанных операций качество основного хирургического этапа не страдало. Длительность вмешательств увеличилась в среднем на 25-30 минут и не сказывалась на состоянии пациента. Кровопотеря не увеличивалась. Таким образом, наш опыт позволяет предположить, что выполнение симультанных операций не оказывает негативного воздействия на послеоперационный период и длительность нахождения больных в стационаре. Основываясь на полученных нами результатах, которые соответствуют мировым, мы пришли к выводу, что симультанное выполнение трансуретральная резекция предстательной железы + трансабдоминальная герниопластика сетчатым эндопротезом оправданно, является безопасным и эффективным методом.

---

*Ярцева С.В., Скиба Т.А.*

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

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Бронхиальная астма и сахарный диабет являются наиболее широко распространенными заболеваниями в мире, что обуславливает их частую коморбидность и развитие сосудистых осложнений, в т.ч. тромботических.

Цель работы – изучить факторы формирования тромботических осложнений у больных бронхиальной астмой, сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы исследования. У 77 пациентов, находящихся на стационарном лечении с обострением персистирующей бронхиальной астмы средней и тяжелой степени без диабета 2-го типа и сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа были проанализированы состояние морфологии и функции клеток крови – эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, определяющих микроциркуляцию.

Результаты исследования. У всех больных обострение БА сопровождалось увеличением MCV и сорбционной способности мембран (ССМЭ) эритроцитов как факторов нарушения их деформируемости при движении по микрососудам, а также угнетением фагоцитирующих свойств моноцитов со снижением их фагоцитарного числа (ФЧ) и фагоцитарного индекса (ФИ), нарастанием среднего объема (MPV) и количества крупных тромбоцитов, наиболее значимым у пациентов с сочетанием персистирующей БА тяжелой степени и сахарного диабета 2-го типа. Нарастание MPV, увеличение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у больных с БА, сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа, по сравнению с пациентами с БА без диабета создают предпосылки для синдрома гиперагрегации.

Таким образом, изменение структуры и функции основных клеток крови при нарастании степени тяжести БА, сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа, способствуют нарушению микрогемоциркуляции и более раннему формированию осложнений у больных с такой коморбидностью

*Alkhasawneh Y. M. F.*

Private clinic, Irbid City, Jordan

## **ADVANTAGES OF USING A COMPUTER-BASED PATIENT RECORD SYSTEMS IN A STATE HOSPITALS IN IRBID CITY IN JORDAN**

In the healthcare system, the requirements for accuracy and relevance of information are extremely high. Information technology has all the capabilities to fill in existing problems and optimise the processes of obtaining, recording and providing medical data.

The healthcare industry is undergoing tremendous changes due to the automation of patient care. The entire system that manages the interaction between healthcare providers and patients is rapidly evolving, which will fully affect how the hospital works.

Instead of tracking patients with a document folder and a tablet with a clip, many hospitals and clinics accept the use of electronic medical records (EMR). The fully implemented EMR system provides electronic storage of the documentation, search and sorting of patient information, which ensures collaboration, reciprocal patient care and close communication between hospital departments.

The World Health Organisation (WHO) calls the use of information and communication technology in the health sector e-health.

E-health aims to improve the flow of information through electronic means to support the provision of health services and the management of health systems. ICTs provide significant benefits in achieving health goals.

In the hospital, medical staff constantly make decisions, both in the process of treating patients and in managing a medical institution. Doctors evaluate the condition of patients and decide on appropriate treatment. Nurses draw up a care plan and carry out treatment procedures. Administrators determine the professional level of staff, manage the inventory of medicines and distribute responsibilities between services. This whole process is accompanied by a large amount of documentation, which takes up to 45% of the working time due to the good time allotted for the actual treatment. The management problem is the inefficient use of working time and, as a consequence, a decrease in the quality of medical care provided in conditions of staff shortages.

A Computer-based Patient Record (CBPR) focused on the use of computers as the main technical tool. CBPR is a core part of the healthcare information system, which provides management and staff with the information that healthcare professionals need to do their work most efficiently and in the best possible way, facilitates communication, integrates information and coordinates the numerous medical workers' actions; in some cases, also helps in examining patients. In addition, it helps in organising and storing information and performs some recording functions, collects statistics on the certain diseases spread, on the spread of diseases extent among Irbid City population with further extrapolation of the information received to other settlements of the country, as well as to whole Jordan.

The purpose of the development and implementation of this information computer system for recording patient data and maintaining CBPR is to ensure the exchange of information between specialists of a healthcare institution in order to improve the quality of diagnosis and treatment. Case histories, prescriptions and treatments will be expected to be stored in a single system. It is also possible to display preliminary patient diagnoses when entering symptoms, as well as grouping the diagnoses according to the degree of their possible appearance. The introduction of CBPR will increase the efficiency of work by organising and quickly searching for the necessary information, simplify the work of doctors and speed up the process of transferring data from one link of the hospital to another. The CBPR implementation is available, and its technical implementation is possible, since the computerisation of government organisations in Irbid City is currently at a fairly high level. The economic efficiency of this proposal is due to a reduction in the time spent. In the case of the effective CBPR implementation in the ISH and obtaining a positive result, it can be implemented in private hospitals in Irbid City and throughout the Jordan.

*Eromiants I.S., Zhdanova E.V*

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

## **DIGITALIZATION RISKS IN HIGHER EDUCATION**

Nowadays education exists in the digital world. Digitalization in studying has both advantages and disadvantages. It is also connected with some risks. Risk is supposed to be a characteristic of a situation that has an uncertain outcome, leading to unfavorable changes. It is emphasized that risk is always the result of uncertainty associated with the fact that it is impossible for any reason to predict the exact result. Thus, lawsuits always accompany any process and any characteristic of the process can be both an opportunity and a risk.

Despite the fact that today there are different positions of researchers regarding whether it is worth whether humanity is on the verge of the digital age, or whether it has already begun and is actively deployed, digitalization risks in higher education have become the subject of study and discussion. The negative manifestations have been already observed in education.

Several recent studies have been devoted to the study of risks in higher education.

However, it can be stated that the system of digitalization risks in higher education has not been formed yet.

We'd like to underline digitalization risks in higher education:

- memory, attention, mental functions degradation;
- slowing down the development of students' memory due to constant access to information and its redundancy;
- developing «clip thinking», «digital dementia» and screen addiction due to uncontrolled use of digital devices, short formats in teaching, prevailing practice of choice stereotypical decisions;
- inability to focus on analytical activities in the learning process as a result graphic skills degradation and an excess of ready-to-use material is determined;
- a decrease in learning motivation and a decrease in the value of knowledge due to illusions of its «eternal» availability.

It should be mentioned that there are some risks associated with health preservation such as body functions deterioration (vision, hearing, metabolism, muscles, etc.) and risk of developing computer addiction.

As for teaching staff, digitalization creates a risk of changing the ideological foundations of teaching activities, as teachers become interesting mainly as producers of online courses, which can later be reproduced without the teachers themselves or with their minimal participation. Teachers in higher education face with such risks as

- mastering digital technologies at a lower level than students, due to age, social, cultural and other differences;
- pedagogical errors caused by the lack of clear methods teaching using digital technologies;
- a decrease in the professional level of teachers due to the wide availability of information and the lack of attention to the issues of learning information by students;
- the risk of a decrease in professional motivation because a significant number of professional functions is transferred to artificial intelligence, competition between a live teacher and electronic educational systems;
- dictatorship of electronic educational resources developers destroying the possibility of pedagogical creativity and improvisation;
- minimizing the participation of the teacher in the educational process;
- risk due to the practical complexity of the implementation of a creative approach to teaching and learning;
- the risk of leveling the individual approach to the student due to the practical absence of personal communication between the teacher and students.

In conclusion, it should be noted that digitalization has a great impact on the development of education carrying a large number of risks and opportunities. The main risk of digitalization is the risk turning digital education into «surrogate learning» or «second-class» learning.

*Ma Hai-Ron, Wang Xiao-Jun*

Urumqi Children's Hospital, Xinjiang, China  
The First People's Hospital of Urumqi, Xinjiang, China

### **STUDY ON THE EFFECT OF STANDARDIZED AND FAMILY-CENTERED NURSING PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY**

**Objective.** To construct a standardized nursing program for children with cerebral palsy (CP) based on the child-centered and family-centered nursing model, and to evaluate its impact on the quality of life (QOL) and daily self-care ability of children with cerebral palsy.

**Methods.** A total of 120 children with CP who were hospitalized for rehabilitation for the first time in Urumqi Children's Hospital from August 2017 to August 2019 were selected. The children were randomly divided into control group (n = 60) and observation group (n = 60). The control group received routine rehabilitation nursing, and the observation group received standardized nursing program for children with CP. The improvement of QOL and self-care ability of daily life of children with cerebral palsy before and 12 weeks after intervention was compared between the two groups.

**Results.** The QOL and self-care ability of children with CP in the observation group were better than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** Standardized nursing program based on children and family as the center can improve the QOL and daily self-care ability of children with CP.

---

*Puzik A.A., Kolesnikova E. Yu.*

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

### **SHORTCOMINGS OF THE TRAINING AND EXAMINATION TEXTS AT NON-LINGUISTIC UNIVERSITIES**

One of the basic requirements for teaching foreign languages at a non-linguistic university is the ability to read and translate a specialty text in order to further use the information it contains in the practical activity of a specialist. Under the conditions of a rather limited academic hours for teaching a foreign language, the task assigned to the teacher becomes especially difficult and goes into the sphere of optimizing the educational process of teaching to read and translate a specialty text; developing special training exercises, as well as selecting appropriate texts for training and examinations.

The experience of teaching at the M. GORKY DONNMU allows us to analyze the shortcomings of training and examination translations and try to analyze possible causes. First of all, the errors and inaccuracies in training translation can be caused by the inability to establish true structural-syntactic links between text elements, antecedents and means of secondary nomination, components of super-phrasal units and its direct components, rather than by an inability to adequately translate a text into the native language. The cause of literalism in translation may be an inaccurate understanding of the scientific meaning of the translated text. Lack of understanding of the extralinguistic subtext, insufficient background knowledge in the specialty area lead to a translator's fear of deviating from the original form and making the necessary translation transformations, without which the generated text cannot be perceived from a stylistic point of view as a written one in the target language, it will be a text in the metalanguage. The next significant problem can be considered a lack of understanding of the typological differences in linguistic thinking of the source language and the target language. From the comparative point of view, the following main differences can be pointed out for the English and Russian languages, which ultimately cause difficulties for translation are the system of expressing modality means, tense relations in personal and non-infinitive verb forms, which have text-forming function; ways of text theme division; different degree of redundancy in the language; ways of alternating primary and secondary nomination.

To summarize, we can offer the following classification of typical translation errors: 1) due to lack of familiarity with the transmitted grammatical and lexical material; 2) caused by the inability to determine the unknown based on the known (probabilistic prediction); 3) related to incorrect semantizing of homonymic and multifunctional lexemes, in particular pronouns; 4) explained by the approach to the text as a chain of separate sentences excluding text-forming means, elements of cohesion; 5) being of extra-linguistic nature, caused by gaps of mastering special terminology and clichés; 6) caused by incorrect transmission of modality of individual super-phrasal units and the whole text; 7) triggered by insufficient knowledge of native language and inability to find stylistically adequate equivalents; 8) produced by wide use of translation transformations, which provides the translation with the features of an abstract; 9) caused by the lack of automatic skills of self-checking and self-correction in the translator of a scientific text.

The best way to improve the quality of training and examination translations is to unfailingly identify inconsistencies at different levels, describe them linguistically and includes them in the syllabi and textbooks, teach translators to find equivalents for the inconsistencies and use the techniques of finding them in translation. Particular attention should be paid to the developing a system of exercises and teaching assignments that take into account all the above mentioned difficulties when teaching to read and translate the specialized texts. It should be noted that a text analysis at foreign language classes on a regular basis raises the classes to a higher level, bringing the foreign language learning process methodologically closer to the usual type of a future specialist's mental activity.

---

***Shakirova L.R., Saleeva G.T., Shakirov E.I., Saleev R.A***

Kazan State Medical University

## **METHOD OF PROCESSING METAL FRAMES**

The purpose of the work is to compare the roughness indication of a metal frame made of cobalt-chromium alloy processed by different methods.

**Materials and methods:** 15 samples with a diameter of 10 mm were made from wax, then casted from a cobalt-chromium alloy. Further, the samples were processed by various methods of processing metal frames, which are used in the manufacture of PFM (porcelain fused to metal) constructions that consists of polishing, sandblasting at a pressure of 2 bar at a distance of 10mm for 90 seconds using Al<sub>2</sub>O<sub>3</sub> with a size of 125 microns and plasma-electrolyte treatment for 90 seconds using an experimental setup that has not previously been used in the protocols for the manufacture of PFM. The samples were divided into groups (5 samples in each) in view of the corresponding processing methods and analyzed on a profilometer to measure roughness after different processing techniques.

**Results:** The result of the analysis of the surface roughness using a profilometer were the calculated values of Ra – the arithmetic mean deviation from the profile, Rz – the height of the profile irregularities at ten points, Rm – the highest profile height, Ry – the depth of the largest depression of the profile, etc. The index of the arithmetic mean deviation from the profile was distributed as follows into groups: polished samples – 0.514 microns, samples processed on a sandblasting machine – 2.505 microns, samples processed by plasma-electrolyte treatment – 1.756 microns. Result the average height of irregularities at 10 points was 0.375 microns in the group of polished samples, 9.996 microns in the group of samples treated with aluminum oxide, 7.284 microns in the group of samples treated with plasma-electrolyte treatment. The average index of the highest profile height was in the group of samples treated with a sandblaster (6.788 microns) compared with plasma-electrolyte treatment of samples (4.703 microns) and polished samples (0.748 microns). A group of samples treated with aluminum oxide became the leader of the average depth of the largest depression of the profile (18.05microns), which was very different from the indicators in the group of samples with plasma-electrolyte treatment (10.19 microns) and polished samples (1.91 microns).

**Conclusions:** The results of profilograms of various roughness parameters showed that a group of samples processed on a sandblasting machine using aluminum oxide in the size of

125 microns is dominated numerically a polished group and a group of samples treated with plasma-electrolyte treatment in the parameters of the arithmetic mean deviation from the profile, the height of the profile irregularities at 10 points, the highest profile height and the depth of the largest profile depression. Consequently, more than a raised surface profile and a higher surface roughness index. Deeper depressions that leave large Al<sub>2</sub>O<sub>3</sub> particles on the surface of the metal cast can presumably leave sharp protrusions due to the depth of the profile depressions. The issue of studying the effect of roughness data using a profilometer on the adhesion of a ceramic coating to a metal frame treated with different methods is relevant.

---

*Wang Xiao-Jun*

Urumqi first people's Hospital, Urumqi, Xinjiang, China

## **FEATURES OF MALE AND FEMALE PATIENTS WITH LOMBAR DISC HERNIATION – A CLINICAL ANALYSIS OF 224 CASES**

**Objectives.** To study the different clinical features between male and female patients with lumbar disc herniation (LDH).

**Material and methods.** 224 patients (116 male and 108 female) with Low back pain (LPB) underwent computed tomography (CT) scan examination. We used SPSS 22 statistical software to analyze age and gender, the type of LDH and the ratio of dural sac compression. The serum 25-hydroxyl Vitamin D [25(OH)D] level was tested in 21 female patients with LDH and 21 healthy women.

**Results.** Among the 224 patients, there were 116 male patients and 108 female patients, with an average age of 42.6 years and 41.8 years (age range was 21-75 years) respectively. The LDH patients (male 116, female 108) were the most in the 30-59 age segment, and the results were the same for both male and female patients. Protrusion is the most common type of LDH in male patients and bulging in female patients. The ratio of dural sac compression was 75% in male patients, but female patients were 60%, male patients were significantly higher than female patients. The level of 25 (OH) D in female patients was  $10.77 \pm 4.43$  ng/ml and in healthy women was  $19.38 \pm 6.81$  ng / mg. The level of 25(OH)D in female patients was significantly lower than that in healthy women. The above results are statistically significant.

**Conclusions.** Dural sac compression is more common in male patients with LDH than in female patients. It is the main cause of LDH in male patients. Serum 25 (OH)D is deficient in female patients with LDH. In the future, we need to survey the serum 25(OH)D level of all female patients with LDH, clarify the association between Vitamin D deficiency and the risk of LDH.

## Содержание

<b>Лаптева Н.А., Чепурная И.А., Соловьёв Е.Б.</b> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАННЫХ ПРОТЕЗОВ.....	5
<b>Ласачко С.А., Алматар М.Г.</b> ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОЛЖНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	6
<b>Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В., Павлович Л.В., Жидких Т.Н., Оборнев Л.Е.</b> МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ КЕЙС-МЕТОДА В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ .....	6
<b>Ластков Д.О.,Ежелева М.И.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА.....	7
<b>Лашенцова Л.И., Григорядис С.В., Снигур Г.Л.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛУМЕРУЛОНЕФРИТОВ.....	8
<b>Ледяев М.Я., Крамаренко В.М.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ.....	9
<b>Лейкина В.В.</b> ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИРУСИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ .....	10
<b>Лепшина С.М., Атаев О.В., Дубосар Е.В.</b> ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА: НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	11
<b>Лимаренко М.П.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА У РЕБЕНКА.....	12
<b>Линчевская Л.П., Кишеня М.С., Пищулина С.В., Власова Р.Н., Рыбак М.Н.</b> СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....	13
<b>Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И., Рыбак М.Н.</b> РОЛЬ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ЧМТ.....	14
<b>Лисевич Б.В.</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, РАБОТАЮЩИХ В БОЛЬНИЦАХ ДОНЕЦКА .....	15
<b>Лисицкая С.В., Хабарова А.В., Соцкая Я.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	16
<b>Листратенко Д.А., Кардаш А.М., Бараненко Б.А., Белоусов А.Ю., Чернявский А.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЧЕРЕПА НА ДОНБАССЕ В 2022 Г.....	17
<b>Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ.....	18
<b>Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В.</b> ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	18
<b>Лихобабина О.А., Коктышев И.В., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д., Смутьская Н.Г.</b> ИНВАЛИДНОСТЬ – КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ.....	19
<b>Лихобабина О.А., Коктышева И.Н., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д.</b> ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКА (ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ) .....	20
<b>Лихолетов А.Н.</b> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОКСОВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОМИНИРОВАНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	21
<b>Лихолетов А.Н.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ КОКСОВЕРТЕБРАЛЬНОМ СИНДРОМЕ.....	22



<b>Ложкина Л.И.</b> РОЛЬ СУБЪЕКТНОСТИ ПАЦИЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	22
<b>Лопатина И.А., Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Охотникова М.В., Зяблицев Е.Д.</b> САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ РАЙОНАХ ГОРОДА ДОНЕЦКА СОВРЕМЕННОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ .....	23
<b>Лопушков А.В., Попов А.С., Зюбина Е.Н., Туровец М.И., Аругюнов Г.Г., Воробьёва А.А., Михин И.В.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТ-ЭРХПГ ПАНКРЕАТИТА .....	24
<b>Лубенская О.А., Трошина Е.О.</b> УРОВЕНЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ КОМБАТАНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИМПТОМОВ ПТСР .....	25
<b>Луганский Д.Е., Калиниченко Ю.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	26
<b>Луговсков А.Д., Знагован С.Ю., Козикова О.А., Грищенко А.А., Зинченко К.В.</b> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САМООЦЕНКИ (ОНЛАЙН-АНКЕТИРОВАНИЕ) .....	27
<b>Лукьяненко М.В., Донченко Л.В., Балякина Е.В., Захарова М.В., Головатенко Н.А.</b> ПИЩЕВЫЕ СВЕКЛОВИЧНЫЕ ВОЛОКНА КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ.....	28
<b>Луфт В.М., Лапицкий А.В., Дубикайтис П.А., Сергеева А.М.</b> ВЫРАЖЕННОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ ОРГАНИЗМА В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) .....	29
<b>Луфт В.М., Сергеева А.М., Тявокина Е.Ю., Лапицкий А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИМЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА.....	30
<b>Луценко Ю.Г., Сычѐва Д.Р.</b> ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	30
<b>Луценко Ю.Г.</b> РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ .....	31
<b>Луценко Ю.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б.</b> РОЛЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	32
<b>Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В., Шаймурзин М.Р.</b> НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ.....	33
<b>Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Беседин И.Е., Мельник К.В., Прохожаева Е.Д., Бояр О.А.</b> ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИЕРСИНИОЗУ И ПУТИ ЕЕ СТАБИЛИЗАЦИИ В Г. ДОНЕЦКЕ .....	34
<b>Лыгина Ю.А.</b> КОНЦЕНТРАЦИИ IGE И ИНТЕРЛЕЙКИНА-5 У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ К АЛЛЕРГЕНАМ ЛИМОНА.....	35
<b>Лыгина Ю.А., Бояр О.А., Ващенко А.В., Андреев Р.Н., Толстюк В.И.</b> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЯМБЛИОЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....	36
<b>Лычак В.В., Кужель М.А.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	37
<b>Майлян Д.Э.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАЛИЧИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ .....	38
<b>Майлян Э.А., Жадан Е.С.</b> ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ АНТИТЕЛ К САG-A АНТИГЕНУ HELICOBACTER PYLORY У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ.....	38
<b>Майлян Э.А., Костецкая Н.И., Лесниченко Д.А., Николенко О.Ю., Ткаченко К.Е.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА С СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ.....	39

<b>Майлян Э.А., Чурилов А.В., Джеломанова Е.С., Лесниченко Д.А.</b> КОНЦЕНТРАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	40
<b>Майлян Э.А., Чурилов А.В., Джеломанова Е.С., Лесниченко Д.А.</b> УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	41
<b>Майстерчук Ю.С., Склянная Е.В.</b> ПРЕПОДАВАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ИНСТРУКТОРОМ-СТУДЕНТОМ.....	42
<b>Макарова Т.П., Мельникова Ю.С., Давлиева Л.А., Юдина М.Л.</b> АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, СЕМЕЙНАЯ ФОРМА: ИСТОРИЯ ОДНОЙ СЕМЬИ .....	43
<b>Макарова Т.П., Мельникова Ю.С., Юдина М.Л.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	43
<b>Макеев Г.А., Яворская Л.В., Бутук Д.В., Ларичева Т.С.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПО РАЗДЕЛУ «ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ».....	44
<b>Максименко О.Л., Стагинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Масенко В.В.</b> ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА .....	45
<b>Максимова М.А., Колесникова А.Г., Жадан Е.С., Мельник В.А.</b> ХОЛЕРА – ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВКЛАД АКАДЕМИКА АМН СССР ЕРМОЛЬЕВОЙ З.В. В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ НА СТАЛИНГРАДСКОМ ФРОНТЕ .....	46
<b>Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Ахмедов С.Р.</b> ОПЫТ ПРЕМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА .....	47
<b>Максютенко С.И., Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О.</b> ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОРДИНАТУРЕ .....	48
<b>Малинин Ю.Ю., Григорян Х.В., Шапаренко Э.В.</b> К ВОПРОСУ РЕГУЛИРОВАНИЯ ФУНКЦИИ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА .....	49
<b>Малькевич Л.А., Ванда А.С.</b> ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.....	50
<b>Малюжинская Н.В., Моргунова М.А., Петрова И.В.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ.....	51
<b>Малютина Н.Н., Шевчук В.В., Лузина С.В.</b> КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД .....	52
<b>Маматханов М.Р., Лебедев К.Э., Ким А.В., Герасимов А.П.</b> ХИРУРГИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ.....	53
<b>Мамонов В.В.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ КОРОНАРНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	54
<b>Мануковский В.А., Гавришук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Савелло В.Е., Платонов С.А., Кажанов И.В., Колчанов Е.А., Казанкин А.С., Перегудов С.И., Рутович Н.В.</b> НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА .....	54
<b>Мануковский В.А., Кажанов И.В., Бесаев Г.М., Тулупов А.Н., Багдасарьянц В.Г., Гавришук Я.В., Петров А.В., Преснов Р.А.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА.....	55
<b>Мануковский В.А., Парфенов В.Е., Тания С.Ш.</b> СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ШОКОГЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА I УРОВНЯ .....	56
<b>Маринкин И.О., Кондюрина Е.Г., Хаятова З.Б., Усова А.В.</b> ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ.....	58

<b>Маркеева М.В., Тарасова Н.В., Алешкина О.Ю.</b> МОРФОЛОГИЯ НОСОГЛОТКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В АСПЕКТЕ ПРИКЛАДНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ .....	59
<b>Марусич И.И., Голубова Т.Ф., Власенко С.В.</b> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА ЕХОАТЛЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ .....	60
<b>Масенко В.В., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Бубликова А.М.</b> ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ .....	61
<b>Масенко В.В., Статинова Е.А., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л.</b> ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ .....	62
<b>Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.</b> АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС: ОТ ПАТОБИОЛОГИИ К СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ .....	63
<b>Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	64
<b>Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.</b> СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ОТВЕТ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	65
<b>Матийцив А.Б., Ляликов С.С.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДИВИРТИКУЛИТА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДочНОЙ КИШКИ .....	66
<b>Матийцив А.Б., Пилюгин Г.Г.</b> СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	67
<b>Матузкова А.Н., Рындич А.А., Алешукина А.В., Полищук И.С., Твердохлебова Т.И., Суладзе А.Г.</b> ИЗМЕНЕНИЯ МИКОБИОТЫ РОТОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ .....	68
<b>Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Бобровицкая А.И., Захарова Л.А.</b> ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ .....	69
<b>Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Шабан Н.И., Ильяная Э.Ф., Настобурко В.В.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ .....	70
<b>Мацынин А.Н.,</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТИМНОЙ ПЛАСТИКИ .....	71
<b>Мацынин А.Н., Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Зяблицев Е.Д.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА .....	72
<b>Мацынин А.Н., Чурилов А.А., Новицкая А.В., Карнаух В.Д.</b> ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ .....	73
<b>Мацынин А.Н., Чурилов А.В., Егорова М.А.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ «В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ» ПРИ ИЗУЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ .....	73
<b>Машир В.В.</b> МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА .....	74
<b>Медведева В.В., Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Бобровицкая А.И.</b> ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) .....	75
<b>Мелихова П.М., Голионцева А.А., Натальченко Д.В.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЙСТВИЯ ЖИВОТНОГО И РАСТИТЕЛЬНОГО СУРФАКТАНТА .....	76
<b>Мельник А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ КАК РЕАКЦИИ НА СТРЕСС .....	77

<b>Мельник А.В., Мельник К.В., Беседин И.Е., Лыгина Ю.А., Прохожаева Е.Д.</b> К ВОПРОСУ О РОСТЕ РЕГИСТРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЗВАННЫМИ РЕДКИМИ ШТАММАМИ САЛЬМОНЕЛЛ В США И СТРАНАХ ЕВРОПЫ НА ОСНОВЕ ОТЧЕТОВ PROMED-RUS .....	78
<b>Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И., Бурлака И.П., Суханова В.В.</b> ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КИШЕЧНЫМ ИЕРСИНИОЗОМ В Г. МАКЕЕВКЕ .....	79
<b>Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Мельник А.В., Мандрыка Г.Ю.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В МАКЕЕВСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗА 2019-2021 ГГ.....	80
<b>Мельник К.В., Беседин И.Е., Мельник А.В., Лыгина Ю.А., Прохожаева Е.Д.</b> ИТОГИ МОНИТОРИНГА ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЕПАТИТА НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ США И ЕВРОПЫ НА ОСНОВЕ ОТЧЕТОВ PROMED-RUS .....	81
<b>Мельник К.В., Беседина Е.И., Колесникова А.Г., Мельник В. А., Прохожаева Е.Д.</b> ВЛИЯНИЕ ИДЕЙ АКАДЕМИКА Л.В. ГРОМАШЕВСКОГО НА СТАНОВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В ДОН-БАССЕ.....	82
<b>Мельниченко В.В., Альмешкина А.А.</b> АУТЕНТИЧНОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ В КОНТЕКСТЕ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА.....	83
<b>Меньшикова Л.И., Сон И.М.</b> ОСОБЕННОСТИ АККРЕДИТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ».....	84
<b>Милус И.Е., Проценко О.И.</b> ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	85
<b>Миразимов Д.Д., Кариев Г.М., Хазраткулов Р.Б.</b> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА .....	85
<b>Мирович Е.Д., Мацынин А.Н., Мирович Е.Е., Чурилов А.А.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ВОЗМОЖНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ .....	86
<b>Миронова О.В., Белан Э.Б.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	87
<b>Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г., Горбачевская И.Ю.</b> ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТИНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	88
<b>Михин В.С., Бурчуладзе Н.Ш., Китаева А.В., Кархалев С.В., Михин И.В.</b> ВЛИЯНИЕ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНО-АЛИМЕНТАРНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....	89
<b>Михин В.С., Бурчуладзе Н.Ш., Попов А.С., Куприянов Д.С., Строганова Е.П., Михин И.В.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНО-АЛИМЕНТАРНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....	90
<b>Михин С.В., Китаева А.В., Рясков Л.А., Строганова Е.П., Куприянов Д.С., Кандыбина И.Г., Михин И.В.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	91
<b>Михно В.А., Попов А.С.</b> ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	92
<b>Мишин В.А., Милтых И.С., Зенин О.К.</b> АНАЛИЗ ВЕТВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ.....	93
<b>Мишина Н.В.</b> ОЦЕНОЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С ФИТОНИМИЧЕСКИМИ КОМПОНЕНТАМИ.....	94
<b>Мишуткина О.Л., Шашмурина В.Р., Волченкова Г.В.</b> ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....	95
<b>Модина Т.Н., Цинеккер Д.Т., Харитоновна М.А., Махди Мохаймен Мхмуд Махди, Мамаева Е.В., Усманова И.Н.</b> SARS-COV-2 В ПОЛОСТИ РТА, И ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19).....	96

<b>Мокрецова Е.В., Томилка Г.С., Щупак А.Ю.</b> О СЕЛЕНЕ КАК ОТДЕЛЬНОМ КОМПОНЕНТЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ R. HEILONGJIANGENSIS .....	96
<b>Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Бедак А.С.</b> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА И COVID-19 .....	97
<b>Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Бойко Е.Ю., Семендяева Е.В., Небесная Л.В.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ .....	98
<b>Моногарова Н.Е., Забазнова Ю.В., Джоджишвили Н.С.</b> СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	99
<b>Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хачатурова К.М., Колосова О.В.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЙ ЗУБОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РАЗЛИЧНЫМИ ФОТОКОМПОЗИТАМИ .....	100
<b>Морозова М.А.</b> САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДОПРОВОДНОЙ ВОДЫ Г. АЗОВ ЗА ПЕРИОД 2021-2022 ГГ. ....	101
<b>Морозова Н.И., Железная А.А., Морозова Н.А.</b> ПЕРОКСИДАЗЫ И ИХ РОЛЬ В СТАНОВЛЕНИИ ЛАКТОГЕНЕЗА .....	102
<b>Морозова О.А., Золкорняев И.Г.</b> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ .....	103
<b>Москаленко С.В., Моисеев А.М., Литовка Е.В., Сушков Н.Т.</b> ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ.....	104
<b>Музычина А.А., Авсянкин А.В., Тутова К.С., Музыка А.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЯМОГО МЕТОДА РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА УНИВЕРСАЛЬНЫМ РЕСТАВРАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЙ .....	105
<b>Музычина А.А., Кальней Е.О., Бугоркова И.А., Авраменко О.О.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И /ИЛИ НЕБА.....	106
<b>Музычина А.А., Кальней Е.О., Бугоркова И.А., Авсянкин А.В.</b> КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	106
<b>Мухаметова Д.Д., Абдулганиева Д.И.</b> ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ КЛАССА Ig M К КОЛЛАГЕНУ 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА .....	107
<b>Мухин И.В., Зубрицкий К.С.</b> КЛАССЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА ..	108
<b>Мухин И.В., Миминошвили В.Р.</b> ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ КЛАССОВ ПЕРОРАЛЬНЫХ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С 6-ТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	109
<b>Мухин И.В., Сочилин А.В.</b> КАРДИО-РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ .....	110
<b>Мысливец М.Г., Парамонова Н.С.</b> УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D И ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА .....	111
<b>Мягких И.И., Железная А.А., Луцик В.В., Попова М.В., Рыкова Д.В.</b> ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ К ПРОТОКОЛАМ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ПРОГРАММ ЭКО И ПЭ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .....	112
<b>Мякоткина Г.В.</b> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ .....	113

<b>Налетов А.В., Исмаилова А.Д., Бораева Т.Т.</b> К ВОПРОСУ О ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	114
<b>Налетов А.В., Масюта Д.И., Чалая Л.Ф., Зуева Г.В., Курьшева О.А.</b> ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ .....	115
<b>Налетов А.В., Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф.</b> РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ .....	116
<b>Налетов А.В., Сердюкова Д.А., Зуева Г.В.</b> РОЛЬ HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ ИМУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.....	117
<b>Налётов С.В., Налётова Е.Н., Коньшева Н.В., Галаева Я.Ю., Налётова О.С., Твердохлеб Т.А., Сидоренко И.А., Коровка И.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ СТУДЕНТАМ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	118
<b>Налётов С.В., Налётова О.С., Коровка И.А., Налетова Е.Н., Галаева Я.Ю., Твердохлеб Т.А., Алесинский М.М., Сердюк Е.Б.</b> ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ФЛАВОНОИДЫ КВЕРЦЕТИН / ДИГИДРОКВЕРЦЕТИН.....	119
<b>Натальченко Д.В., Голионцева А.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРИБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ COVID-19.....	120
<b>Нгуен В.Т., Бромберг Б.Б., Просветов В.А., Алёшин Е.С., Логинов В.А., Суров Д.А.</b> ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМИ ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА.....	121
<b>Невзорова М.С., Васильева Е.Ю.</b> ПОДКАСТ КАК ЖАНР МЕДИЦИНСКОЙ МЕДИАКОММУНИКАЦИИ.....	122
<b>Низолин Д.В., Ким А.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗОН БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР И АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ.....	123
<b>Николаенко М.С.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ВЕНТРИКУЛОСИНУСТРАНВЕРЗОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ .....	124
<b>Николенко О.Ю., Майлян Э.А.</b> УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ .....	125
<b>Николенко О.Ю., Майлян Э.А.</b> УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОСИТЕЛЬСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	125
<b>Никонова Е.М., Стадник А.Д., Шатохина Я.П., Ламонов Е.И.</b> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ АДРЕНАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ.....	126
<b>Никулина Е.Э., Тацкий В.Н., Сметанина С.Р.</b> ВЕДУЩИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ПСИХИКИ У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА .....	127
<b>Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю.</b> ПРОБЛЕМА ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МИРНЫХ ЖИТЕЛЕЙ В ВОЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....	128
<b>Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Елезова Т.В., Лупитько Е.М., Тюрина С.В.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ «МОЗГОВОЙ ШТУРМ» НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ» .....	129
<b>Носкова О.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А.</b> СТРУКТУРА СИТУАЦИОННОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ .....	130
<b>Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А., Чурилов А.А.</b> ЗНАЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРВИЦИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ....	131

<b>Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Егорова М.А., Чурилов А.А.,</b> ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ .....	131
<b>Оборнев А.Л., Кривобок А.А.</b> ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО: ПЕРЕХОД НА РОССИЙСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ .....	132
<b>Оборнева О.В.</b> СЕМИОТИЧЕСКИЕ АНТИНОМИИ В ПОЗНАНИИ И ОСВОЕНИИ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА .....	133
<b>Овчинникова У.Р., Бабкова И.С., Грипп М.Р.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРРЕКЦИИ ДВАЖДЫ ПРОВАЛЬНОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРОЭЗОФА- ГЕАЛЬНОЙ РЕФЛУКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	134
<b>Огонян Е.А., Иванов Н.А., Иванова О.П., Онищенко Л.Ф., Агаханов С.Р.</b> ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У СТАРШЕКЛАССНИКОВ И СТУДЕНТОВ ВОЛГОГРАДА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ .....	135
<b>Одарюк В.В.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕССЕНДЖЕРА «ТЕЛЕГРАММ» В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ .....	136
<b>Олейник И.С., Бибик Е.Ю., Саул А.С., Фролов К.А., Доценко В.В., Кривоколыско С.Г.</b> АНТИЭКССУДАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ $\alpha$ -ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА В ДЕКСТРАНОВОМ ТЕСТЕ .....	137
<b>Олсуфьева А.В., Кузнецова М.А., Абанина О.В., Олсуфьев С.С.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗЫЧНЫХ ЖЕЛЁЗ.....	138
<b>Онищенко Л.Ф., Маслак Е.Е., Шхагошева А.А., Каменнова Т.Н., Огонян Е.А.</b> КАРИЕС ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У 15-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛА- СТИ.....	139
<b>Ораз Н.Е., Бендер Н. Р, Журавлева Н.П, Мейрамова Г. Қ.</b> РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОКРИННЫХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	140
<b>Орлова О.В., Афончиков В.С.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕАМБЕРИНА В ВОЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....	141
<b>Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О., Журавлева К.В.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....	142
<b>Осипенкова Т.С., Максютенко С.И., Ахмедов С.Р</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕ- РАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА .....	143
<b>Осипенкова Т.С., Мозговая Н.В., Можейко В.М.</b> СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ АНТИ-БАКТЕРИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАН- НОГО ПАРОДОНТИТА .....	144
<b>Осипов А.Г., Осипов Г.А., Пилюгин Г.Г.</b> МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ ЭХОГРАФИИ ПРИ МАСТИТАХ НЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ...	144
<b>Османова Г.Я.</b> РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТА- ВОВ .....	145
<b>Остренко В.В., Бакалова А.Д.</b> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОНЕЦ- КА .....	146
<b>Островский И.М., Чупрова Л.В.</b> ОБРАЗ ЖИЗНИ, СОН И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ.....	147
<b>Павленко С.Г., Евглевский А.А., Бердыш Д.С.</b> ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКА И ПЕКТИНОЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ .....	148
<b>Павлов В.Б., Павлова А.Г.</b> КАРИЕС КОРНЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА .....	149
<b>Павлович Л.В., Брюханова С.Т., Ежелева М.И.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН ..	150

<b>Паламарчук Ю.С.</b> ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА С ГИПОТИРЕОЗОМ .....	151
<b>Панин С.И., Михин Е.С., Строганова Е.П., Арутюнов Г.Г., Кандыбина И.Г., Китаева А.В., Михин И.В.</b> СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....	152
<b>Папков В.Е.</b> РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА .....	153
<b>Парамонова Н.С., Мацюк Т.В., Руссу М.В.</b> ИНГИБИТОРНО-ПРОТЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	154
<b>Парамонова Н.С., Мацюк Т.В., Руссу М.В., Дрокина О.Н.</b> ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ .....	155
<b>Парамонова Н.С., Севостьян Н.А., Дрокина О.Н.</b> РОЛЬ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ.....	156
<b>Парамонова Т.И.</b> СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АББРЕВИАТУР В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ .....	156
<b>Пенин А.С.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ В РАБОТЕ МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ОПЕРАТОРА КИБЕРФИЗИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ .....	157
<b>Пенин А.С.</b> РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ОПЕРАТОРА КИБЕРФИЗИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.....	158
<b>Первак М.Б., Усов В.Ю., Атаманова Л.В., Герасименко В.В.</b> ПНЕВМОТОРАКС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОВИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ .....	159
<b>Передрий М.С.</b> ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА В ПОРАЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТОЙ .....	160
<b>Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Хомочкин В.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ .....	161
<b>Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Хомочкин В.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНТЕРОЦЕЛЕ .....	162
<b>Перфильева М.Ю.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННОЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ .....	163
<b>Петгизина О.Н.</b> КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИТАМИНОВ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	164
<b>Петраевский А.В., Гндоян И.А.,</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДРЕСНОЙ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КРОВЕНОСНОЕ РУСЛО ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА ПРИ ИРИДОЦИКЛИТАХ .....	164
<b>Петренко С.А., Чурилов А.В., Мацынин А.Н.</b> К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	165
<b>Петров А.Г.</b> БЕСПЛОДИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ: ВАРИАНТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	166
<b>Петрова В.Н., Шустикова Н.М.</b> ЗНАЧЕНИЕ РЕФЛЕКСИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ОПЫТА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ.....	167
<b>Петручик О.В., Черникова И.В.</b> ВЕСТИБУЛЯРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНЕВРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ПОЗИЦИОННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ.....	168



<b>Пименова Е.В., Елхова А.В., Мачнева А.Ю., Молчанова Е.В., Фролов Д.М., Замарина Т.В., Яковлев А.Т.</b> ПОЛУЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ФЛУОРЕСЦИРУЮЩЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИГЕНА ВИРУСА ЗАПАДНОГО НИЛА.....	170
<b>Плахотников И.А., Олейник Т.В., Михальченко Е.А.</b> ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВ РОГОВИ- ЦЫ .....	171
<b>Победенная Г.П., Скиба Т.А.</b> ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	172
<b>Победенный А.А., Лещинский П.Т., Брикман Е.Ю., Малько Н.Л.</b> КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ .....	173
<b>Победенный А.А., Лещинский П.Т., Жмурко Т.П.</b> ПРЕДПОСЫЛКИ ГИПЕРАГРЕГАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.....	174
<b>Победенный А.Л.</b> ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВ- МОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ .....	175
<b>Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Томачинская Л.П., Томаш Л.А.</b> ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЭУФИЛЛИНА И МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ .....	176
<b>Подолова О.В., Шокотко Л.Е.</b> К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОСИСТЕМЫ .....	177
<b>Подольская Ю.А.</b> ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА .....	178
<b>Подольяк В.Л., Зяблицев Д.В., Бублик Я.В., Подольяк Д.В., Штокалова С.В.</b> ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» В ПРОГРАМ- МЕ ОРДИНАТОРОВ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ .....	178
<b>Позднякова Н.В., Денисова А.Г.</b> ПОСТКОВИДНЫЙ ТАХИКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ .....	179
<b>Попандопуло А.Г., Акопян Г.В., Денисов А.В., Турчин В.В., Кавелина А.С., Солопов М.В.</b> МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ.....	180
<b>Попандопуло А.Г., Солопов М.В., Турчин В.В., Акопян Г.В.</b> МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КЛЕТОК НА ПОВРЕЖДЕННЫЙ МИОКАРД.....	181
<b>Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Конышин А.А.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ .....	182
<b>Попович В.В.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В УСЛОВИЯХ ЛО- КАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.....	183
<b>Попович В.В., Ластков Д.О.</b> ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ В СО- ВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА .....	184
<b>Поройский С.В., Артюхина А.И.</b> ФЕДЕРАЛЬНАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА В СОЗДАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ ПЕДАГОГИЧЕСКО- ГО РАЗВИТИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ.....	185
<b>Поройский С.В., Букагин М.В., Колобродова Н.А.</b> АКТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ОПЫТ ФГБОУ ВО ВОЛГГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ.....	186
<b>Поройский С.В., Гончаров Н.А., Морозов Е.А.</b> ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ – НОВЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА-А (ЭКСПЕРИ- МЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	187
<b>Поройский С.В., Морозов Е.А.</b> ЛОКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ – СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСО- СТОЯТЕЛЬНОСТИ ДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) .....	188

<b>Постнова М.В., Кавалерова Д.А.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ.....	189
<b>Потапов А.А., Ищенко В.Д., Косевич М.А., Нижельская Е.Я., Кесарь А.А.</b> ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	189
<b>Потатурко А.В., Широков В.А., Терехов Н.Л.</b> К ПРОБЛЕМЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ.....	190
<b>Пошехонова Ю.В., Москалюк О.Н.</b> ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ВЕГЕТАТИВНЫЕ И ГУМОРАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ.....	191
<b>Приколота А.В., Могилевская К.Э., Приколота О.А., Михайличенко Е.С., Годовиченко Е.Э., Суровцева Н.Л., Бутко А.М., Ткаченко И.С.</b> ВЕДЕНИЕ ПОСТ-COVID-19 ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕГЛИКЕМИЕЙ.....	192
<b>Приколота А.В., Приколота О.А., Багрий О.Н., Михайличенко Е.С., Котова К.А., Голодников И.А.</b> ВЛИЯНИЕ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	193
<b>Прилуцкая Я.Ю., Коноваленко Ю.Н.</b> ЛОКАЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТКИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	194
<b>Прилуцкая Я.Ю., Коноваленко Ю.Н.</b> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19.....	195
<b>Прилуцкая Я.Ю., Прилуцкий В.В., Богослав Ю.П.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУФОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЛАКТАЦИОННЫМ МАСТИТОМ.....	196
<b>Прилуцкий А.С.</b> УНИВЕРСАЛЬНАЯ ДИЕТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ.....	197
<b>Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А., Ткаченко К.Е.</b> СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ОТСРОЧЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ К ЛИМОНУ.....	198
<b>Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А.</b> УРОВНИ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.....	199
<b>Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Лыгина Ю.А.</b> СПЕЦИФИЧЕСКАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА СОРТА ДЖОНАТАН У ДЕТЕЙ.....	200
<b>Присяжнюк М.В.</b> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДАГРИЧЕСКОГО И ТИРОИДНОГО СИНДРОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ И ГИПОТИРЕОЗА.....	200
<b>Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Анохина В.А.</b> О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНЕТОДЕРМИИ.....	201
<b>Прокопенко Е.Б., Джоджуа А.Г., Антонова Л.Н., Масенко В.В.</b> КОМПЛЕКС «ФЛУГА ЦИ ВИТЯ» В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ.....	202
<b>Прокофьева Т.И., Бугорков И.В., Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н.</b> НАШИ РЕАЛИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СЛУШАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.....	203
<b>Прокофьева Т.И., Павленко М.Ю., Прокофьева В.Н., Каплун А.И.</b> ДОМИНИРУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВОЕННОЙ ПОЛИТРАВМЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ШОКОМ.....	204
<b>Просветов В.А., Суров Д.А., Гайворонский И.В., Нгуен В.Т.</b> ЦИТОРЕДУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДИАФРАГМЫ И СМЕЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР.....	205
<b>Протасевич Т.С., Сидорик А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	206

<b>Проценко О.А., Горбенко А.С., Киосева Е.В.</b> ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	207
<b>Проценко О.А., Тахташов И.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ).....	209
<b>Проценко Т.В., Тахташов И.Р.</b> СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА .....	210
<b>Проценко Т.В., Анохина В.А., Шпатусько М.Н., Гаруст Ю.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ .....	211
<b>Проценко Т.В., Боряк С.А., Корчак И.В.</b> КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ.....	212
<b>Проценко Т.В., Зубаревская О.А., Боряк С.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д .....	212
<b>Проценко Т.В., Краснощёких А.А.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДИТОМ .....	213
<b>Проценко Т.В., Луцкий И.С., Проценко О.А.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛИПОМАТОЗА КОЖИ .....	214
<b>Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.А.</b> ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	215
<b>Проценко Т.В., Провизион А.Н.</b> СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ.....	216
<b>Проценко Т.В., Провизион А.Н., Коктышев И.В.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ .....	217
<b>Проценко Т.В., Шпатусько М.Н., Логунов В.П.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID ИНФЕКЦИИ.....	218
<b>Пузик А.А.</b> КОНЦЕПЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	219
<b>Пузик А.А., Зубкова Ю.Б.</b> МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ .....	219
<b>Путь С.А.</b> ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА И ЧЛХ. СОВРЕМЕННЫЕ СЕДАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	220
<b>Путь С.А., Смирнов Г.В.</b> ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА И ЧЛХ. СОВРЕМЕННЫЕ СЕДАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	221
<b>Пушкина Я.А., Сычёв И.В., Гончарова Л.Н., Сергутова Н.П.</b> ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ.....	222
<b>Радивил М.В.</b> ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЁННЫХ БОЛЬШИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ .....	223
<b>Разин М.П., Скобелев В.А., Смирнов А.В., Лапшин В.И., Сухих Н.К.</b> НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ: ИСКУССТВО ПОБЕЖДАТЬ БОЛЕЗНЬ? .....	224
<b>Разин М.П., Суегина И.Г., Хлебникова Н.В.</b> НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ .....	225
<b>Редько А.А.</b> ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ .....	226

<b>Роговой А.Н., Малинин Ю.Ю., Долгошапко О.Н., Стрионова В.С., Мурадов Т.М., Лунева Н.Н.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ .....	227
<b>Родин А.Ю.</b> СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО-ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ В ТРЁХ ПОКОЛЕНИЯХ .....	228
<b>Романенко К.В., Белик И.Е., Темкин В.В., Амелькович А.А.</b> КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАЗА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА НА ФОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА .....	229
<b>Романенко К.В., Темкин В.В., Романенко В.Н., Амелькович А.А.</b> МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	230
<b>Рощина Е.В., Контарева А.Д.</b> ПЕРСПЕКТИВЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	230
<b>Рублева О.И., Слюсарева В.В.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ФОРМАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ.....	232
<b>Рудаков Д.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Балюра О.В., Еселевич Р.В., Коржук М.С., Румянцев В.Н., Агаханова М.Д., Высоцкий Я.В.</b> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬ- НЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ .....	233
<b>Рудаков Д.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Балюра О.В., Еселевич Р.В., Коржук М.С., Румянцев В.Н., Агаханова М.Д., Топольников П.О.</b> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬ- НЫМ АБСЦЕССОМ.....	234
<b>Рындич А.А., Матузкова А.Н., Суладзе А.Г., Твердохлебова Т.И.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ЮГЕ РОССИИ .....	235
<b>Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.</b> КОУЧ-НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ С МОЛОДЫМИ УЧЕНЫМИ.....	236
<b>Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Токарева О.Г.</b> СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОЖЕСТВЕННОГО ДИСТРЕССА .....	237
<b>Садеков Д.Р., Ермаченко А.Б., Котов В.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ ВЫ- БРОСОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ТЕПЛОЭНЕРГЕТИКИ .....	238
<b>Садеков Д.Р., Котов В.С., Червоная О.Я.</b> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПО- СОБНОСТИ РАБОЧИХ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ СТАРОБЕШЕВСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ .....	239
<b>Садеков Д.Р., Мамедов В.Ш., Михайловина В.Ю.</b> ПРИНЦИПЫ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ В ОЧАГАХ АВАРИЙНО ОПАСНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (АОХВ).....	240
<b>Садеков Д.Р., Мамедов В.Ш., Щербина Ю.Г., Михайловина В.Ю.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И МЕТОДОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ.....	240
<b>Саламех К.А., Соцкая Я.А.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ .....	241
<b>Салимов Д.Ш., Воробьёв А.А., Веденин Ю.И., Глушков И.В.</b> ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С COVID 19 ОПЫТ БЕЗОПАСНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬ- НОЙ ПОЛОСТИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ .....	242
<b>Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.</b> ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРЕПОДАВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ .....	244
<b>Салоникиди А.И., Чебалина Е.А.</b> ДИСБИОЗ И ПОСТКОВИД.....	244

<b>Самохвалова В.В., Чебаткова А.В., Харьковская М.В.</b> СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 31 ГОРОДА ВОЛГОГРАДА.....	245
<b>Сандлер В.Ю.</b> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	246
<b>Сартан Д.И., Смирнов Н.Л., Ельский И.К.</b> ОСОБЕННОСТИ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДАГНОСТИКИ ОБТУРАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ.....	247
<b>Сартан Д.И., Яфарова Р.Т., Смирнова П.Н.</b> ВАРИАНТЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ.....	249
<b>Сартан Д.И., Яфарова Р.Т., Смирнова П.Н.</b> ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	250
<b>Саул А.С., Антипов Н.В., Бибик Е.Ю., Кривоколыско С.Г.</b> ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НПВС И НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ $\alpha$ -ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА.....	251
<b>Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Мындускин И.В.</b> ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ НЕЙРОДЕСТРУКЦИИ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ТЕРАПИИ ГАЛОПЕРИДОЛОМ И РИСПЕРИДОНОМ.....	252
<b>Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Прохоров А.С.</b> УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ.....	253
<b>Сахаров А.В., Клинова М.А., Лазо Ю.В.</b> ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНА.....	254
<b>Свистунова Н.А., Налетов А.В., Шапченко Т.И.</b> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ РАЦИОНА ДЕТЕЙ-ВЕГЕТАРИАНЦЕВ.....	255
<b>Святненко А.В., Демко А.Е., Батиг Е.В., Родин А.Е., Мартынова Г.В., Осипов А.В., Дымников Д.А., Сизоненко Н.А., Суров Д.А.</b> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	256
<b>Седаков И.Е., Гринцов А.Г., Совпель И.В., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КОРОТКИМ ПИЩЕВОДОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....	257
<b>Седаков И.Е., Золотухин С.Э., Полунин Г.Е., Хачатрян А.А., Коктышев И.В.</b> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	258
<b>Седаков И.Е., Кулишова О.В., Середенко Е.В., Рогалев А.В.</b> ЛУЧЕВАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ.....	259
<b>Седаков И.Е., Проценко Т.В., Логунов П.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	259
<b>Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Окунь О.С., Канаева Е.А., Марьенко К.Ю.</b> ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АКУБАРОТРАВМЫ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА.....	260
<b>Селезнев К.Г., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Уткина А.В., Канаева Е.А., Лыгин А.Б., Еромьянц И.С.</b> ХРОНИЧЕСКАЯ ИНВАЗИВНАЯ ФОРМА ГРИБКОВОГО СИНУСИТА, У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	261
<b>Селиванова Е.С.</b> ОСОБЕННОСТИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖИТЕЛЕЙ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	262
<b>Семенов М.С., Лепсверидзе Л.Т.</b> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И ШВАННОМ 8 НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВОЛОКОН ЧМН И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ.....	262

<b>Семяк Е.Г., Татаурова В.П.</b> ОЦЕНКА ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ В КОНТРАСТНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА .....	263
<b>Семиглазов А.В., Зиновьев Е.В., Костяков Д.В., Крылов П.К.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ РЕДКОСШИТЫХ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ С КОМПЛЕКСОМ ПРИРОДНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ FLIP-7 В ОТНОШЕНИИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ШТАММОВ.....	264
<b>Семикоз Н.Г., Рогалев А.В., Бондарь А.В.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ .....	265
<b>Сенчакова Ю.А., Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А.</b> НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	265
<b>Сергиенко А.С.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ОПОРНЫХ КОЛЕЦ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	266
<b>Сергиенко Н.В., Паниева Н.Ю.</b> СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ .....	267
<b>Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Масенко В.В.</b> ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ИСХОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА .....	268
<b>Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Шевченко В.В., Гольнева А.П., Регуш Л.Г.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ИНТРАДУРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА .....	269
<b>Сидорова И.Г.</b> MEDICAL TRANSLATION VS. MACHINE MEDICAL TRANSLATION: PROBLEMS, SOLUTIONS AND PROSPECTS (EXEMPLIFIED BY THE AUTOMATED TRANSLATION SYSTEM SMARTCAT).....	270
<b>Сизоненко Н.А., Суров Д.А., Демко А.Е., Дымников Д.А., Гринёв А.М., Балюра О.В., Логинов В.А., Мартынова Г.В., Святненко А.В.</b> УСКОРЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА .....	271
<b>Сизоненко О.А., Удалых О.А.</b> ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ .....	272
<b>Симованьян Э.М., Ким М.А., Денисенко В.Б.</b> ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ .....	273
<b>Симонян А.С., Тюрников В.М., Симонян А.Д., Гуца А.О.</b> НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ДИСКИНЕЗИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА .....	274
<b>Симонян А.С., Тюрников В.М., Симонян А.Д., Гуца А.О.</b> ЭПИДУРАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА (SCS) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ.....	274
<b>Симрок В.В., Мельникова Д.В., Пентковская Е.Г.</b> КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ .....	275
<b>Синенченко А.Г., Куцало А.Л., Лодягин А.Н.</b> ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПУПИЛЛОМЕТРИИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕКУРСОРОМ ГОМК (1,4-Бутандиолом) ....	276
<b>Синявский В.В.</b> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ .....	277
<b>Сиротченко А.А., Калинин Ю.А.</b> СОСТОЯНИЕ МЕСТНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	278
<b>Сиротченко Т.А., Миргородская А.В., Луганский Д.Е.</b> БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ОЦЕНКЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ .....	279

<b>Скиба Т.А., Победенная Г.П., Осацкая Е.В., Штыка Е.С.</b> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ, НА ФОНЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ.....	280
<b>Скрыпник Д.Д.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СУДЦА У ЛИЦ ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ.....	280
<b>Скулкина Е.Н.</b> ВЛИЯНИЕ ВОЕННОГО СТРЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ .....	281
<b>Слезина А.В., Курганова К.Н., Храмова С.В., Елисеева М.В., Панина Л.Ю.</b> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, КАК ИНСТРУМЕНТ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ .....	282
<b>Слюсарь-Оглух Т.И., Говоруха И.Т., Джеломанова О.А.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА .....	283
<b>Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А., Белоусова В.Ю.</b> ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ .....	284
<b>Смирнов Н.Л., Ельский И.К., Сарган Д.И.</b> ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА НА ФОНЕ ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА.....	285
<b>Смирнов Н.Л., Ельский И.К., Смирнова П.Н.</b> ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	286
<b>Смирнов Н.Л., Сарган Д.И.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	287
<b>Смирнов Н.Л., Тетюра С.М.</b> НЕЙРОСЕТЕВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ .....	288
<b>Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В.</b> СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НА СЛИЗИСТУЮ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ИСПРАВЛЕНИИ КОСОГЛАЗИЯ.....	289
<b>Смирнова А.Ф., Котлубей Г.В., Голубов К.Э.</b> КОНСЕРВАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА.....	290
<b>Смирнова А.Ф., Котлубей Г.В., Шевченко В.С.</b> ДАЛЕКОЗАШЕДШАЯ ГЛАУКОМА: ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ.....	291
<b>Соболев Д.В., Висягин А.В.</b> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ .....	292
<b>Соболева А.А., Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Кондратьев П.А.</b> МАРКЕРЫ КОСТНОГО ОБМЕНА (СТХ-1, ОСТЕОКАЛЬЦИН) У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.....	293
<b>Соболева А.А., Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Кондратьев П.А.</b> МАРКЕРЫ КОСТНОГО ОБМЕНА (ВИТАМИНА D (25(OH)D) И ПАРАТГОРМОНА) У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.....	293
<b>Совпель Я.А., Кутья А.Е., Золотухин А.С., Сабельникова Я.С., Рачкелюк В.В., Голодников И.А.</b> СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .....	294
<b>Соколов В.Н., Науменко Ю.В.</b> РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ .....	295
<b>Соколовская Л.Н., Хаустова С.Ю.</b> АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	296

<b>Сорокин Ю.Н., Сорокина Е.Ю.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ .....	297
<b>Сорокопуд Е.П., Альмешкина А.А.</b> УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ УЧАСТИЯ В ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ.....	299
<b>Сочилин А.В., Зейналова А.А., Белоконов Т.М.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	300
<b>Сочилин А.В., Кошелева Е.Н., Зейналова А.А., Хомутова С.Е.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	301
<b>Сперанский И.И.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ.....	302
<b>Статинова Е.А., Бубликова А.М., Сохина В.С., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сигитова Е.В., Шевченко В.В., Масенко В.В.</b> НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	304
<b>Статинова Е.А., Джоджуа А.Г., Хацко В.В., Фоминова Н.В., Потапов В.В.</b> ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	305
<b>Статинова Е.А., Кабанец А.И., Масенко В.В., Шевченко В.В., Бубликова А.М.</b> ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА .....	306
<b>Статинова Е.А., Кузьменко Н.А., Шульженко А.И., Сохина В.С., Кузьменко О.О.</b> ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА .....	307
<b>Статинова Е.А., Сигитова Е.В., Нечепуренко В.О.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НОВЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	308
<b>Статинова Е.А., Шевченко В.В., Бубликова А.М., Масенко В.В.</b> СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	309
<b>Статинова Е.А., Шевченко В.В., Голубова О.А., Масенко В.В.</b> АССОЦИАЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ .....	310
<b>Статинова Е.А., Шевченко В.В., Джоджуа А.Г., Масенко В.В., Бубликова А.М., Токарева А.А.</b> КОМПЕЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ИННЕРВАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ОСЬ КИШЕЧНИК – МОЗГ .....	311
<b>Степанов М.С., Карпуннина Н.С.</b> ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЮ ССЗ .....	312
<b>Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А.</b> АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ДИСТАНЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ .....	313
<b>Стефано Е.А., Алешечкин П.А., Шира А.И., Шулик А.И.</b> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ .....	314
<b>Степина К.В., Складная Е.В., Харченко А.В., Сологуб И.А.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА .....	315
<b>Стрионова В.С., Налетов А.В., Щербинин А.В., Роговой А.Н., Музалев А.А.</b> НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ОТНОШЕНИИ КОРРЕКЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ЭТАПЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ.....	316
<b>Суслов Д.Н., Сударева Н.Н., Суворова О.М., Змитриченко Ю.Г., Галибин О.В., Анисимов В.Н.</b> ВЫСОКАЯ ДОЗА ДОКСОРУБИЦИНА ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НА БАЗЕ ДОПИРОВАННЫХ КАРБОНАТНО-КАЛЬЦИЕВЫХ ВАТЕРИТОВ ЭФФЕКТИВНА И БЕЗОПАСНА .....	316



<b>Сысоев К.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦНС .....	317
<b>Сычев И.В., Лапштаева А.В., Куприянов Ю.Ю., Гончарова Л.Н.</b> ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА rs115510347 ГЕНА KСNМV2 В РАЗВИТИИ СУХОГО КАШЛЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	318
<b>Сычёва Д.Р., Рыбка С.М.</b> АНАЛИЗ И СРАВНЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВИРУСЕ ГРИППА В ОРГАНАХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ .....	319
<b>Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Боенко Н.Д.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА .....	320
<b>Тарадин Г.Г., Калуга А.А., Ракитская И.В., Цыба И.Н.</b> ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ С КУРЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ .....	321
<b>Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Куглер Т.Е.</b> НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ .....	322
<b>Тарануха С.В., Левенец А.А., Авраменко О.О.</b> СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	323
<b>Тарасова Н.В., Соколова М.В.</b> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	324
<b>Татаркова Ю.В., Петрова Т.Н.</b> ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВУЗОВ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ.....	325
<b>Темертей С.И., Климов А.А., Врублевский Р.В.</b> ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА И ДЕВАЙСЫ .....	326
<b>Темертей С.И., Петрова Л.А.</b> ОПАСНЫЙ ЛИ ЛЕЙКОЗ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА .....	327
<b>Терехов Н.Л., Широков В.А., Потатурко А.В.</b> БОЛЬ В СПИНЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЭПИГЕНЕТИКА .....	328
<b>Терещенко Д.К., Финаева Д.Е.</b> СЛУЧАИ БОЛЕЗНИ ЛЕРИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА .....	329
<b>Терещенко Д.К., Финаева Д.Е., Середенко Е.В.</b> МЕЛОРЕОСТОЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА.....	329
<b>Терещенко И.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В.</b> РОЛЬ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ .....	330
<b>Терникова Е.М., Корчина Т.Я.</b> ОЦЕНКА ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНОВ-АНТИОКСИДАНТОВ С ПИЩЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА.....	331
<b>Тимофеева И.Б., Фролова О.А.</b> ФОРМИРОВАНИЕ ГИБКИХ НАВЫКОВ (SOFT SKILLS) У БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ .....	332
<b>Тинаева Р.Ш., Иванова А.Р., Скворцов В.В.</b> МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ (СВД) В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИБОРА ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКИ .....	333
<b>Титневский С.В., Воеводина В.С., Данилова Е.М., Гостюк И.М., Черепков В.Н.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИЛЕНТНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ .....	334
<b>Тихонов М.Г., Чуркин Д.В., Коробов-Латынцев А.Ю.</b> ДВА ЛИЦА ОДНОЙ ПОБЕДЫ – К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДОПОЛНЯЕМОСТИ ВОЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В ПЕРИОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ .....	335

<b>Тищенко А.В., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Ермаченко Т.П.</b> НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАНОМ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ .....	336
<b>Токарева Н.С., Рязанова А.Ю.</b> БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМДЕСИВИРА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 .....	337
<b>Токарева О.Г., Ряполова Т.Л.</b> СОСТОЯНИЕ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО СТРЕССА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА .....	337
<b>Томачинская Л.П., Поважная Е.С.</b> ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СПОСОБ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	338
<b>Томачинская Л.П., Поважная Е.С.</b> ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФИЗИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ .....	339
<b>Тришкин К.С., Петраевский А.В., Гидоян И.А.</b> ТАКТИКА ОФТАЛЬМОЛОГА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....	340
<b>Тропова О.Ю.</b> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ С УЧЁТОМ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КИСЛОРОДА В ВОЗДУХЕ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ .....	341
<b>Трошина Е.О., Лубенская О.А.</b> ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ИХ РАБОТЫ .....	342
<b>Труняков Н.В.</b> ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ .....	343
<b>Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Кужель М.А., Рудской С.А.</b> ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ С НАЛИЧИЕМ ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ .....	344
<b>Труфанов И.М., Кирьякулова Т.Г., Рудской С.А., Стойчев А.А.</b> ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ КОМПЛЕКСАМИ НЕСВОБОДНЫХ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ? .....	345
<b>Трущелева С.В., Иванов В.П., Ким А.В.</b> МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В АСПЕКТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КРАНИОСИНОСТОЗА У ДЕТЕЙ .....	346
<b>Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Тугова К.С., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А.</b> ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ .....	347
<b>Тутов С.Н., Чурилов А.В., Былым Г.В., Подоляка Д.В., Сенчукова Ю.А.</b> ДОМИНИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ .....	348
<b>Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А., Подоляка Д.В.</b> ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА И МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	349
<b>Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А.</b> ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ .....	350
<b>Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тугова К.С., Былым Г.В., Сенчукова Ю.А., Подоляка Д.В.</b> ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ .....	351
<b>Тышлек Д.В.</b> ВЛИЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ И ИХ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ .....	351
<b>Тышлек Д.В., Гашкова Л.А.</b> ВЛИЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ .....	352
<b>Тюменцева С.Г., Кабанько Т.П., Толстова Н.В., Мицук Я.Г., Полатынская И.Р.</b> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ .....	353

<b>Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., Калинин А.М., Константинова Н.Н., Седых Н.П.</b> ПРЕДИКТОРЫ ПОЛУЧЕНИЯ ВТОРОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	354
<b>Фабер Т.И., Ахундова С.А.</b> МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ.....	355
<b>Фадлалла Мохамед Халед Рагаб, Фатеева Ю.Г.</b> ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТОМ РОССИЙСКОГО ВУЗА: ДОРОГА К ALMA MATER .....	356
<b>Фатеева Ю.Г.</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ .....	357
<b>Фёдорова Е.П., Корчин В.И.</b> ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЮНОШЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА .....	358
<b>Федуличев П.Н.</b> ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА.....	359
<b>Фейсханова Л.И., Ахмедиева Д.В., Виволанец А.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ИМТ, ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ И УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ .....	359
<b>Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Кисиленко И.А., Ересько А.Б.</b> ВЛИЯНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОГО АНАЛОГА ТИРОНАМИНА НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ БЕЛЫХ КРЫС С ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	361
<b>Филимонов Д.А., Белоцерковская М.А., Носова И.Н.</b> АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКСПРЕССИИ И МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОКУСОВ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ .....	362
<b>Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Белоцерковская М.А.</b> ВЛИЯНИЕ ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЕМЫХ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ, НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	363
<b>Филимонов Д.А., Ефименко М.В., Федорова А.А.</b> ЭКСПРЕССИЯ В СТВОЛОВЫХ КЛЕТКАХ Т3-РЕГУЛИРУЕМЫХ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА НЕЙРОГЕНЕЗ, В УСЛОВИЯХ ГИПО- И НОРМОКСИИ .....	363
<b>Филимонов Д.А., Луцкий И.С., Трубникова Н.Н.</b> ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ: ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОРРЕЛЯЦИЙ.....	364
<b>Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А.</b> ПРИОРИТЕТНЫЕ ГЕНЫ, КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ И ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	365
<b>Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Федорова А.А.</b> ПРОФИЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МОЛЕКУЛ РНК, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТИРЕОИДНЫМ СТАТУСОМ, У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ .....	365
<b>Филонов В.А., Касимов Д.А., Богданова А.С., Фирсова Н.В.</b> УРОВЕНЬ ФЕНИЛАЛАНИНА КАК ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ.....	366
<b>Филянина А.В., Хлынова О.В.</b> НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ-SAR T-ТЕРАПИЯ .....	367
<b>Фисталь Э.Я., Макленко В.В.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ КРИТИЧЕСКИХ И СВЕРХКРИТИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА.....	368
<b>Фролов Д.С., Космачев М.В.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	369
<b>Фролов С.С.</b> КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БЕСПЛОДИЮ ВЛИЯЕТ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС.....	370

<b>Хабарова А.В., Якимович С.Е.</b> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА .....	371
<b>Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И.</b> СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ. ПРОСТОЙ-СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ .....	372
<b>Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Потапов В.В., Греджев Ф. А., Межаков С.В.</b> МОДИФИЦИРОВАННЫЕ УСТРОЙСТВА В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....	372
<b>Хачатурова К.М., Гонтарь Е.А Колосова О.В., Мороз А.Б.</b> ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	373
<b>Хвесик А.А, Демина Т.Н, Шаповалов А.Г.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ .....	374
<b>Ходюш Е.В., Бойченко А.А.</b> ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО ОТ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОГИ .....	375
<b>Ходюш Е.В., Катоба А.А.</b> ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СЛОЖНОЙ ЭПИДОБСТАНОВКЕ В ДНР .....	375
<b>Хоминец В.В., Барсукова И.М., Тявокина Е.Ю., Махновский А.И., Ким И.В.</b> АНАЛИЗ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ .....	377
<b>Хомутова С.Е., Кошелева Е.Н., Сочилин А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА .....	378
<b>Хоха Р.Н.</b> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?.....	379
<b>Храповицкий К.Д., Балацкий Е.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТИ .....	380
<b>Христуленко А.А.</b> ПОДГОТОВКА СЛУШАТЕЛЕЙ ЦИКЛОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДОСКОПИЯ» В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	381
<b>Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Приколота О.А., Мальцева Н.В.</b> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ИНТЕРНОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, СВЯЗАННОГО СО СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ ФИПО ИМ. ПРОФ. А.И. ДЯДЫКА .....	382
<b>Цыба Н.Ю., Цыба И.В., Кононенко И.Н.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КСЕНОНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	383
<b>Чайка В.К., Вустенко В.В.</b> ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТКИ НА ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ .....	383
<b>Чайка В.К., Говоруха И.Т., Шаров К.В., Зоркова Е.В., Левандовская А.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....	384
<b>Чайка В.К., Ласачко С.А., Демишева С.Г.</b> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ ВОПРОСОВ МАММОЛОГИИ В ФОКУСЕ ЗДОРОВЬЯ МО-ЛОДЕЖИ. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	385
<b>Чайка В.К., Ласачко С.А., Железная А.А.</b> ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ .....	386
<b>Чайка Н.В., Победенная Г.П., Ливаренко А.В.</b> ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ВП,КОМОРБИДНОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТЕРИОЗОМ .....	387

<b>Чайка Н.В., Победенная Г.П., Ливаренко А.В.</b> СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОКСИДАНТЫ-АНТИОКСИДАНТЫ У БОЛЬНЫХ С НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ .....	388
<b>Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Деньгина Е.Б.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОГЕЛЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ ПРИ СЕРОЗНОМ АЛЬВЕОЛИТЕ.....	389
<b>Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Шелякова И.П.</b> МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА .....	390
<b>Чепурная Л.Ф.</b> САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	390
<b>Черкащенко С.О., Щукина Е.В.</b> ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ.....	391
<b>Черных С.В., Говоруха И.Т., Ветров В.В., Караман Е.С., Роговой А.Н.</b> ПРИНЦИПЫ МЕНЕДЖМЕНТА КРОВИ ПАЦИЕНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ.....	392
<b>Чернигова С.В., Зубкова Н.В., Коржук М.С., Акулинин В.А.</b> ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОЦЕЛЛЮЛОЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ.....	393
<b>Черникова Д.В., Мельниченко В.В.</b> ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У МОБИЛИЗОВАННЫХ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЙ БОЕВОЙ ОПЫТ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	394
<b>Черникова И.В., Хабекирова, С, Савина С.А, Зайдинер Б.М.</b> К ВОПРОСУ О КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ОНКОЛОГИИ .....	395
<b>Чернявская О.А., Шуванова В.И.</b> АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ .....	398
<b>Чернявский А.А., Скорик П.О.</b> РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА .....	399
<b>Чернявский А.Р., Белоусов А.Ю., Листратенко Д.А., Кардаш А.М., Кардаш В. П</b> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ВЕНТРИКУЛОСУБГАЛЕАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ.....	399
<b>Чижевский И.В., Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д.</b> СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ В СИСТЕМЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА .....	400
<b>Чижевский И.В., Ермакова И.Д., Зенько Н.А.</b> ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА АПРОКСИМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ СУПЕРФЛОССА У ПАЦИЕНТОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ.....	401
<b>Чижевский И.В., Лотарева В.К.</b> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМПОЗИТА И КОМПОМЕРА НА ПУЛЬПУ ЗУБА У ДЕТЕЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ.....	402
<b>Чистяков А.А., Седаков И.Е., Степанов А.И., Ползиков Г.Н., Глазков А.И.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА НЁБНЫХ МИНДАЛИН .....	403
<b>Чурилов А.В., Былым Г.В., Подоляка Д.В., Егорова М.А., Тутов С.Н.</b> ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ .....	404
<b>Чурилов А.В., Мацынин А.Н., Чурилов А.А.</b> НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ САКРОВАГИНОПЕКСИИ .....	405
<b>Чурилов А.В., Петренко М.Г., Данькина И.А., Джеломанова С.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕРКЛЯЖА ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	405
<b>Чуркин Д.В., Фролова С.Ю., Ищенко В.Д., Карпушев С.А.</b> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИЮ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОНФЛИКТА ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ.....	406

<b>Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф.</b> ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	407
<b>Шабанов О.В., Шабанов В.Н.</b> СВЯЗЬ ИСХОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ С СОДЕРЖАНИЕМ ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 БЕТА(IL-1β) В ЭКССУДАТЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА .....	408
<b>Шагинян Г.Г., Карева С.А., Любимов С.Н.</b> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КРАНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	409
<b>Шагинян Г.Г., Карева С.А., Шаров А.В.</b> ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	410
<b>Шагинян Г.Г., Садиков Ш.М., Карева С.А., Любимов С.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ FOUR У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ .....	411
<b>Шагинян Г.Г., Хандзрацян А.С., Карева С.А.</b> ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЕ.....	412
<b>Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С., Егорова В.В.</b> ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ И ПРЕЦИЗИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ 2 И 3 ТИПОВ.....	413
<b>Шаймурзин М.р., Луцкий И.С., Егорова В.В.</b> КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ.....	414
<b>Шайнога А.С.</b> СТУДЕНЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ДНР .....	415
<b>Шакиров Э.Ю., Шакирова Л.Р., Салеев Н.Р., Мустакимова Р.Ф.</b> COMPARISON OF THE DIGITAL AND ANALOG APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS.....	415
<b>Шакович Ю.В., Заворотнева Т.И., Карпий С.В.</b> ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ В ФУНКЦИИ ЗАГОЛОВКА (НА ПРИМЕРЕ ПРЕССЫ ПОСТСОВЕТСКОГО ДОНБАССА).....	416
<b>Шакович Ю.В., Минин И.Н., Выставкина Т.Э., Метейко Е.В.</b> ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА «МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСС» В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ .....	418
<b>Шано В.П., Гуменюк И.В.</b> РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	419
<b>Шаповалов А.Г., Демина Т.Н., Железная А.А., Хвесик А.А.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТРОМБОФИЛИИ.....	419
<b>Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О., Баиров И.И.</b> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПРОФИЛАКТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ .....	420
<b>Шаповалова И.А., Дубоделова Т.Н.</b> КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НА ФОНЕ РЕККУРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ .....	421
<b>Шаталов А.Д., Вакуленко И.П., Хацко В.В., Соловьева Е.М., Фоминов В.М., Страшко Е.Н.</b> ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ.....	422
<b>Шаталов А.Д., Вакуленко И.П., Хацко В.В., Фоминов В.М., Войтюк В.Н.</b> РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ .....	423
<b>Шаталов А.Д., Вегнер Д.В., Ступаченко Д.О., Сидоренко Ю.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА В СРАВНЕНИИ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ.....	424
<b>Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Коссе Д.М., Страшко Е.Н.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА .....	425

<b>Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Межаков С.В., Шаталов С.А.</b> ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА.....	426
<b>Шатилов А.В., Радионов В.Г., Провизион Л.Н.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ ШЁНЛЕЙНА-ГЕНОХА .....	427
<b>Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.</b> ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ЭНДОГЕННОЙ «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ» ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ .....	428
<b>Шашмурина В.Р., Девликанова Л.Р.</b> ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ .....	429
<b>Швец О.И.</b> АДИПОЗ (ОЖИРЕНИЕ), КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ .....	429
<b>Швиренко И.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ.....	430
<b>Швиренко И.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ .....	431
<b>Швиренко И.Р.</b> ФИЗИОРЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ .....	432
<b>Швыдкий О.В.</b> ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ .....	433
<b>Шевченко А.А., Сливина Л.П., Калинин Е.И., Морозов М.Е., Асламова Е.А.</b> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ШУМОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ЭКОСИСТЕМЫ КРУПНОГО ГОРОДА ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ.....	434
<b>Шевченко Т.И., Швороб Д.С.</b> МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ДОЛИХОКОЛОН .....	435
<b>Шевякин Д.В., Соловьев Е.Б., Куликов Н.В.</b> ИЗОЛЯЦИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА В КАРДИОХИРУРГИИ .....	436
<b>Шелудько В.С., Каспарова А.Э., Дели А.Д.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ СРЕДНЕГО ПРИОБЬЯ .....	437
<b>Шельгин К.В.</b> ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	438
<b>Шеменева А.С., Жилиев Р.А., Антипов Н.В.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН В ФОРМИРОВАНИИ ОВАРИОЦЕЛЕ.....	438
<b>Шестерина Ю.Б., Щукина Е.В.</b> ПРЕДИКТОРЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	439
<b>Широков В.А., Шастин А.С., Митюкова М.Н.</b> К ПРОБЛЕМЕ ВЛИЯНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	440
<b>Широченко Е.Д.</b> ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ.....	440
<b>Ширшов И.В.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА .....	441
<b>Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копыгин Д.М., Шкондина М.Л.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРИТА .....	442
<b>Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копыгин М.А., Копыгин Д.М.</b> ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИИ КИММЕРЛИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	443

<b>Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин М.А., Копытин И.М.</b> МСКТ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АНАМНЕЗЕ.....	444
<b>Шкондин Л.А., Волошина И.С., Копытин М.А., Шкондина М.Л.</b> ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА И УДВОЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ ...	445
<b>Шкондин Л.А., Волошина И.С., Шкондина М.Л., Копытин И.М.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ .....	446
<b>Шокотько Л.Е., Подолina О.В.</b> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РУССКОЙ ИНТЕЛЛИГЕНЦИИ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ В.В.ВЕРЕСАЕВА И М.А. БУЛГАКОВА.....	447
<b>Шпаченко Н.Н., Николенко О.Ю., Поддубная Е.Н., Титов Ю.Д., Потапова Н.М.</b> СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВЫСЕВАЕМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	448
<b>Шраменко Е.К., Кузнецова И.В., Потапов В.В., Логвиненко Л.В., Снегина М.Н., Анайко Я.А.</b> НЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК .....	449
<b>Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Денисов А.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	450
<b>Штонда Д.А., Скворцов В.В.</b> МАРКЕРЫ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА У ЛИЦ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ.....	451
<b>Штутин А.А., Чирах Е.С., Шимченко В.А., Попенко Г.С.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ РОТАЦИОННОГО СУРАЛЬНОГО ЛОСКУТА С ЦЕЛЬЮ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНОГО МЯГКОТКАННОГО ДЕФЕКТА СТОПЫ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ .....	452
<b>Штутин А.А., Штутин И.А.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ЛОСКУТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ГОЛЕНИ И СТОПЫ .....	453
<b>Шумов А.В., Краева Н.В., Макарова В.И.</b> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА – КЛЮЧ К ОЦЕНКЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СПОРТСМЕНОВ .....	453
<b>Шустикова Н.М.</b> ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТА, КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ .....	454
<b>Шустикова Н.М., Мироненко Т.В., Мироненко М.О.</b> К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА.....	455
<b>Шутов М.М., Беседина Е.И.</b> МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ SWOT-АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.....	457
<b>Щербинин А.В., Бессонова А.Д., Щербинин А.А., Лепихов И.П.</b> МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ.....	458
<b>Щербинин А.В., Иноземцев И.Н., Черкун А.В., Москаленко А.С., Лосицкий А.А.</b> СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У РЕБЕНКА.....	458
<b>Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Лепихов И.П., Щербинин А.А., Лепихов П.А., Бессонова А.Д.</b> ТРАВМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ .....	459
<b>Щукина Е.В., Алёшечкин П.А., Шевченко А.С., Томаш Л.А.</b> РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ.....	460
<b>Щукина Е.В., Бутенко С.Н., Цыба И.Н., Грушко И.В.</b> ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	461
<b>Элизбарашвили Л.Г.</b> МЕДИЦИНСКИЕ ЭВФЕМИЗМЫ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ГУМАННОСТИ.....	462
<b>Южаков В.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНЫХ ИНТЕГРАТИВНЫХ ПСИХОТЕХНОЛОГИЙ.....	463



<b>Юрова Ю.В., Ильина В.А., Зиновьев Е.В., Вашетко Р.В.</b> РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВИДОВ РУБЦОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ .....	464
<b>Юрченко Н.Н., Кравченко А.В., Труфанов И.М.</b> КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. ДОНЕЦК .....	465
<b>Юсупов Р.Ю., Иваненко А.А.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТРАВМА СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА У РЕБЕНКА .....	466
<b>Якобчук А.В.</b> ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ ОСНОВЫ С АНАТОМИЧЕСКИМ ЗНАЧЕНИЕМ В НАЗВАНИЯХ ДРАГОЦЕННЫХ КАМНЕЙ .....	468
<b>Яковенко И.Г., Самарина Е.Ю., Пинаева О.Г., Вдовенко С.В.</b> ФОРМЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ПАТОФИЗИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ .....	469
<b>Яковенко С.В.</b> СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНО-ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАНТЫ-МАНСЬИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУТЕ – ЮГРЕ .....	469
<b>Янин В.Л., Соловьев Г.С., Углева Г.Н., Хадиева Е.Д., Бондаренко О.М., Сазонова Н.А., Алексеева Ю.В., Карпова Я.А., Биктимиров Т.Р., Виколева Я.С., Виколев М.О., Анищенко О.А.</b> О МЕТАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА .....	470
<b>Яровая Н.Ф., Хоменко М.В., Цыба И.Н., Маловичко И.С.</b> ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	471
<b>Ярошенко С.Я.</b> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ .....	472
<b>Ярошак С.В., Кокин А.Ю., Канана А.Я., Голубицкий К.О.</b> СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ, НАШ ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫВОДЫ.....	473
<b>Ярцева С.В., Скиба Т.А.</b> ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА .....	474
<b>Alkhasawneh Y. M. F.</b> ADVANTAGES OF USING A COMPUTER-BASED PATIENT RECORD SYSTEMS IN A STATE HOSPITALS IN IRBID CITY IN JORDAN.....	475
<b>Eromiants I.S., Zhdanova E.V</b> DIGITALIZATION RISKS IN HIGHER EDUCATION .....	476
<b>Ma Hai-Ron, Wang Xiao-Jun</b> STUDY ON THE EFFECT OF STANDARDIZED AND FAMILY-CENTERED NURSING PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY .....	477
<b>Puzik A.A., Kolesnikova E.Yu.</b> SHORTCOMINGS OF THE TRAINING AND EXAMINATION TEXTS AT NON-LINGUISTIC UNIVERSITIES .....	477
<b>Shakirova L.R., Saleeva G.T., Shakirov E.I, Saleev R.A</b> METHOD OF PROCESSING METAL FRAMES.....	478
<b>Wang Xiao-Jun</b> FEATURES OF MALE AND FEMALE PATIENTS WITH LOMBAR DISC HERNIATION – A CLINICAL ANALYSIS OF 224 CASES .....	479