

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

2021, приложение II

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)

Ватулин Н.Т. (Донецк)

Джоджуа А.Г. (Донецк)

Дубовая А.В. (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

2021, приложение II

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 рецен-
зируемых научных изданий, в кото-
рых должны быть опубликованы
основные научные результаты дис-
сертаций (Приказ МОН ДНР № 1466
от 26.12.2017 г.)

Журнал зарегистрирован и индек-
сируется в Российском индексе на-
учного 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 01.11.2021

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

**Представленные к печати материалы не рецензировались, публику-
ются в авторской редакции, сохранена орфография и пунктуация ориги-
нала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предо-
ставленной информации. Внесенные редакцией исправления касаются
исключительно оформления публикаций.**

Материалы
Международного медицинского форума Донбасса
«Наука побеждать... болезнь»
11-12 ноября 2021 года

Абрамов В.Ал., Голоденко О.Н.

г. Донецк, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ОЦЕНКА УРОВНЯ ДИСТРЕССА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА

Цель исследования. Изучить особенности психологического стресса и стрессоустойчивости у лиц молодого возраста, пребывающих в условиях коронавирусного стресса.

Материал и методы. С целью оценки психического здоровья у лиц молодого возраста в условиях пандемического коронавирусного стресса, с сентября по декабрь 2020 года было обследовано 209 студентов медиков. Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с сентября по декабрь 2020 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 4 группы: 1 группа (81 человек) – обследовалась в сентябре, 2-я группа (52 человека) – в октябре, 3-я группа (36 человек) – в ноябре и 4-я группа (40 человек) – в декабре. Для оценки уровня дистресса использовалась шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона. Для оценки стрессоустойчивости был использован симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (СОС) А. Волкова и Н. Водопьяновой. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. В ходе изучения различий уровней психологического стресса в зависимости от уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией, была выявлена стойкая тенденция к нарастанию психической напряженности у обследуемых лиц наряду с ухудшением пандемической обстановки в мире. Так, в первой группе обследуемых низкий уровень психологического стресса определялся у 77,7% обследуемых, а в четвертой группе количество лиц по данному показателю сократилось до 60,0%, а также выросло количество обследуемых со средним уровнем психической напряженности 37,5% против 20,9% в первой группе. Аналогичная тенденция наблюдается и с показателями психологической устойчивости. В первой группе высокий уровень стрессоустойчивости определялся у 63 обследуемых (77,7%), а в четвертой группе количество обследуемых с данным уровнем составило 23 человека (57,5%). Схожая тенденция была выявлена в отношении среднего уровня стрессоустойчивости: в первой группе данный уровень определялся у 19,71% опрошенных, а в четвертой у 37,5%.

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволяет утверждать, что длительное пребывание в условиях пандемического коронавирусного стресса, неминуемо влечет за собой повышение уровня психологического стресса с одновременным снижением ресурсов стрессоустойчивости. На этом фоне возрастает риск развития психосоматических расстройств, эмоционального выгорания, возможно снижение адаптационных ресурсов, что увеличивает вероятность появления расстройств адаптации. Вероятным проявлением будет являться наличие высокого уровня тревожности, раздражительности с преобладанием обид и вербальных форм агрессии, что соответственно снизит качество и уровень жизни у лиц молодого возраста, препятствуя нормальному функционированию в социальном и бытовом плане. Все вышеописанное свидетельствует о необходимости разработки и внедрения комплекса мер по работе со студентами медиками, направленных на снижение стрессогенности и повышения ресурсов стрессоустойчивости.

Абрамянц М.Х., Дегтярев О.Л., Красенков Ю.В., Лагеза А.Б., Михайлова Е.Ю.

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ У ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФОНОМ

Цель исследования: обосновать эффективность способа определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга (патент РФ 2612828) у пациентов пожилого и старческого возрастных периодов с неблагоприятным фоном.

Материалы и методы: На базе хирургического отделения №1 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД» за период 2014-2020 гг. нами было проведено плановое оперативное лечение 226 с диагнозом - желчнокаменная болезнь. Средний возраст пациентов составил 67,3 года. Больные были разделены на две клинические группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, длительности заболевания.

В первую клиническую группу (n= 106) вошли пациенты, у которых выполнялось традиционное предоперационное обследование, во вторую группу (n=120) вошли пациенты, у которых дооперационное обследование дополнялось псевдоабдоминальной компрессией (патент РФ 2612828) с целью изучения влияния повышенного внутрибрюшного давления на функции сердечно-сосудистой системы.

Результаты. В ходе исследования 79,2% (n=84) больных I группы была рекомендована холецистэктомия из минидоступа, 20,7% (n=22) лапароскопическая холецистэктомия в условиях карбоксиперитонеума. У пациентов II клинической группы 52,5% (n=63) больным рекомендовалась лапароскопическая операция в условиях лапаролифтинга, 39,2% (n=47) лапароскопическая холецистэктомия в условиях карбоксиперитонеума, в 8,3% (n=10) случаях холецистэктомия из минидоступа.

Закключение: Разработанный нами способ для определения показаний к выполнению лапароскопических вмешательств в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга (патент РФ 2612828) позволил статистически достоверно улучшить показатели лечения пациентов пожилого и старческого возрастных периодов с неблагоприятным фоном, расширить показания к эндохирургическому вмешательству, тем самым сократить длительность их лечения и реабилитации.

Александров И.Н., Бутук Д.В., Довгаль А.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ С СЕГМЕНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЗУБНОГО РЯДА

Актуальность: Применение бюгельных протезов рассматривается как высокофункциональное восстановление зубных рядов. Наиболее распространенным является восстановление зубного ряда при наличии двух клыков, которое проводится путем комбинированного протезирования мостовидными протезами и бюгельной конструкции.

Пользование различными конструкциями и их совершенствование позволяет в настоящее время расширить показания к бюгельному протезированию.

Цель: Представить клиническое наблюдение протезирования при наличии 11 и 21 зубов на верхней челюсти с помощью бюгельного протеза.

Материал и методы исследования: Материалом исследования выступает пациентка 52 лет, обратившаяся в клинику для перепротезирования. Два месяца назад изготовлен ЧСПП с металлическим базисом на телескопических коронках. Однако пациентка не может им пользоваться из-за наличия постоянного рвотного рефлекса, плохой фиксации и не адаптации протеза за это время. Коррекция этого протеза не привела к желаемому результату и устранению этого недостатка. Пациентка дала

согласие на протезирование бюгельным протезом с покрытием металлокерамическими коронками опорных зубов.

Результаты лечения: Конструкцию данного БП решено выполнить в виде сегментированного расположения базиса. В центральном участке фиксирующего и с боковым восстановлением зубного ряда. сегментирование проведено по границе между центральными резцами и клыками с двух сторон. Соединение сегментов проведено по металлическому каркасу, во фронтальном участке конусообразное, соединение к медиальной части дуги.

А боковые соединяются между собой дуговым типом базиса (дуга, которая прилегает к десне).

Конструкцию фронтального фиксирующего сегмента: на апроксимальных поверхностях искусственных коронок установлена замковая система, представленная атачменами любильного типа. Имеется плечо, амортизирующее нагрузку, расположенное на зубе с элементом любильной опоры. Размером 2-3мм. Конусный отросток, соединяющийся с дугой позволяет полностью исключить нагрузку на оставшуюся часть протеза.

Нагрузка, которая подается на боковые сегменты.

Что позволяет исключить перегрузку опоры. Пациентка после фиксации протеза жалоб на плохую фиксацию и наличие рвотного рефлекса не предъявляет, контрольный осмотр через 3 месяца показал, что опорные зубы устойчивы, изменений слизистой оболочки не выявлено с помощью внутреннего оттиска.

Александровская В.Н., Бабенко А.И.

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

К АНАЛИЗУ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Введение. Качество преподавания философии в ВУЗе всегда было актуальным. Так, академик Е.И. Чазов указывает на слабую философскую подготовку современных студентов-медиков, на ликвидацию из учебного процесса медвузов формальной логики, что привело к увеличению врачебных ошибок. Доктор медицинских наук, профессор А.Ц. Торосян также отмечает недостаточность естественно-научной базы философии. Российский кибернетик Р.Ф. Абдеев указывает на слабую естественно-научную подготовку философских кадров, не умеющих применить диалектический материализм к частным наукам и т.п. В качестве цели и задачи мы обязаны указать причины слабого преподавания философии в медвузе и представить наше видение решения данной проблемы.

Историко-философская справка. Изначально философы никогда не были «чистыми гуманитариями» или представителями «только социального знания». Еще в античности они развивали «натурфилософию» (современное естествознание), философию математики (Архимед, Пифагор). А «философия науки» – это вообще самостоятельный раздел современной философии. Формальная логика (Аристотель) и диалектическая логика (Гегель, К. Маркс) – это базовые основы современной философии. Белорусские нейрофизиологи трансформировали формальную логику в «Нейроматематику» и на этой основе разработали ряд новых методик для нейрофизиологов, неврологов, психиатров и др. Более того, медиками всего мира уже 200 лет формируется «Теория общей патологии», полностью основанная на методологической матрице диалектического материализма.

Основное содержание. Философское знание – это междисциплинарное знание и преимущественно естественнонаучное. «Чистого» гуманитарного образования в преподавании философии недостаточно: необходимо знание физики, химии, биологии, генетики, кибернетики, синергетики и т.п. Ситуация такова, что философию преподают, как правило, любые гуманитарии без базового философского образования (историки, экономисты, политологи и т.п.), которые не знают философии и тем более ее медицинской профилизации. Например, тема «Материя» требует знаний физики, химии, биологии, генетики, кибернетики; темы «Мышление», «Сознание» лучше прочитают медики. Сложность преподавания философии усугубляется еще и требованиями ректората усилить профилизацию ВУЗа и медицинскую направленность.

Самый оптимальный вариант преподавания философии в медвузе – это преподаватель философии с медицинским образованием, преимущество которого – в его владении естественными науками. Например, в реформированном виде философская тема «Теоретико-методологическая философия в системе медицинского образования» имела бы следующую структуру: Общенаучная сущность диалектико-материалистического метода познания (в физике, кибернетике, биологии, медицине и др.); диалектический материализм как методологическая основа «Теории общей патологии» и формирования клинического мышления у студентов-медиков (I закон диалектики как антагонистическая регуляция гомеостаза; II закон диалектики как рекомбинационный механизм качественных изменений в биоорганизме; III закон диалектики как методология исследования доклинического, послеклинического и хронического патогенеза болезни).

Выводы. С целью качественного преподавания философии в медвузе необходимо: во-первых, профессиональный переход на специфические программы для медвуза – в рамках философии медицины; во-вторых, необходимы соответствующие кадры – именно медики, которые профессионально интегрируют диалектическую методологию познания и медицину; в-третьих, на кафедре философии подготовлен подобный специализированный учебник философии для медвуза.

Александровская В.Н., Куликова Н.В.

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

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОСВЯЗИ В ФИЛОСОФИИ И НАУКЕ

Введение. Одним из актуальных аспектов диалектической методологии познания является проблема взаимосвязи. Взаимосвязь – это универсальное качество (от слова «универсум» – всеобщность), сквозное и имманентное свойство всей живой материи, включая биоорганизм. Нарушения взаимосвязи ведут к расстройствам всех форм живой материи, в том числе и биоорганизма. Наша задача – показать объективную функциональность этого свойства в живой материи.

Основное содержание. В физике исследуется связь между «клетками Фарадея» и молниями. Исследования показали, что инфраструктура Земли рождает молнии (снизу вверх). В химии в состав лимфы крови входят ионы железа, которое намагничивается во время магнитных бурь. Это связь биоорганизма с окружающей средой (живой материей). В физиологии экзистенциальность взаимодействия в биоорганизме доказала теория функциональных систем П.К. Анохина. По этой концепции взаимосвязь – это интеграция (по вертикали и горизонтали) всех функциональных систем. Основное назначение взаимосвязи – поддержание целостности организма (как и всего универсума). При нарушении интеграции систем (их взаимосвязи) организм заболевает и погибает. Эта внутренняя целостность организма на основе внутренней взаимосвязи функциональных систем обеспечивает его связь и с окружающей природой. Теория функциональных систем – это модель системной взаимосвязи в организме. Функциональные системы – единицы интегративной деятельности организма, которые не могут изучаться только на основе элементарных процессов возбуждения и торможения. В биоорганизме есть даже «прямые представители» связи и взаимодействия от всего универсума, от всей живой материи – это соединительная ткань, нервная система, мозг. Именно соединительная ткань является управляющей по отношению к функциям рабочих клеток органов. Соединительная ткань участвует в количественных и качественных механизмах организма. Развивается такое научное направление, как «Системная интегративная медицина». Биоорганизм осуществляет интегративную деятельность, причем нейрофизиологи давно доказали, что в этой интегративной деятельности первое место занимает мозг. Более того, мозг выполняет эту работу, используя диалектическую схему «анализ-синтез». Поэтому деятельность мозга в диалектической терминологии так и называется – «аналитико-синтетическая деятельность мозга». Каждая функциональная система с помощью нервной и гуморальной регуляции избирательно объединяет различные органы и ткани для обеспечения полезных для организма приспособительных результатов. В медицинской практике известно, что глаукома, болезнь Альцгеймера – это разрыв связей; плохие сосуды – плохой кровоток (нарушение связи). Однако есть и связи другого порядка: связи ведущие к зависимости: наркомания, алкоголизм;

героин похож по химической структуре на эндорфин: встраивается в него, изменяет его. В методологии диалектического материализма функционирует через механизм взаимодействия, участвующего в проявлении фундаментальных законов жизни. Например, взаимодействие в физике и физиологии возможно только в открытых системах; клетка – открытая система; все живое воздействует друг на друга на всех уровнях – от клеточного до органного; взаимодействуют известные и неизвестные нам формы живого вещества; взаимодействует между собой костное вещество; взаимодействуют живое вещество с костным и т.п.

Выводы. Во-первых, взаимосвязь и взаимодействие – это качество всей живой материи, всего мироздания; во-вторых, качественная и имманентная системная связь – залог нормального баланса организма с окружающей средой; в-третьих, диалектическая методология медицинского познания – это перспективное научное направление, требующее своего дальнейшего совершенствования.

Алешечкин П.А., Шевченко А.С., Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н.

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

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НАРУШЕНИЙ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ВРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИНТЕРВАЛА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

При проведении анализа электрокардиограммы человека (ЭКГ) важным этапом является интерпретация длительности кардиоинтервалов. Особое внимание уделяется интервалу QT, т.к. его значительное изменение является предвестником жизнеугрожающих сердечных аритмий [Бокерия О. Л., 2015]. При расчете интервала QT, обязательно необходимо учитывать частоту сердечных сокращений. Существует закономерность – чем чаще ритм, тем короче длительность интервала [Зволинская Е. Ю., 2016]. Современные научные исследования указывают о влиянии на проводящую систему сердца множества эко- и эндогенных факторов. Среди них: пол, возраст, расовая и этническая принадлежность, прием фармакологических препаратов и др. Интерпретация результатов электрокардиографии, без учета данных факторов может приводить к неправильной оценке функционального состояния сердца. Обычно коррекция полученных результатов осуществляется с использованием специальных формул. Существуют экспоненциальные (геометрические), логарифмические и линейные методы расчета. С целью проведения прогнозирования риска нарушения проводимости миокарда на основе оценки длительности интервала QT была построена многофакторная математическая модель.

На основании критериев включения и исключения был отобрано 120 человек, из них 50 мужчин и 70 женщин в возрасте от 17 до 29 лет. Средний возраст участников составил $20 \pm 0,18$ (95%ДИ: 19,66-20,39) лет. Группы исследуемых формировались на основании оценки состояния здоровья исследуемых по данным заключений специалистов после проведения ежегодного профилактического осмотра на базе городской клинической больницы №4 города Донецка.

Была построена модель включающая 6 признаков, оказывающих наиболее выраженное влияние на длительность интервала QT. К ним относятся такие факторы, как: паспортный возраст, масса тела, длина тела, частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление. Все вошедшие в математическую модель переменные являются независимыми факторами, которые влияют на длительность интервала QT. Для оценки качества построения математической модели был использован расчет критерия Дурбин-Уатсона и оценка значения сериальной корреляции. Критерий Дурбин-Уатсон для построенной модели составил 1,973235, значение коэффициента сериальной корреляции составило 0,011933. Данные показатели позволяют оценить качество модели как высокое. Анализ остатков регрессионной модели выявил, что распределение остатков, не вошедших в модель, подчиняется закону нормального распределения случайной величины. Для оценки операционных характеристик полученной модели был использован метод построения ROC (Receiver Operator Characteristic) - кривых, при котором рассчитывались показатели чувствительности и специфичности. В результате проведенных расчетов чувствительность и специфичность построенной математической модели соответственно составила 96,4 (95%ДИ: 87,7- 99,5) 84,5 (95%ДИ: 72,6- 92,6). Анализ полу-

ченной ROC-кривой показал, что площадь под ней составляла $0,962 \pm 0,018$ (95%ДИ: 0,909-0,989), что свидетельствовало о высоком качестве построенной математической модели. Полученное значение статистически значимо отличается от площади 0,5 на уровне значимости $p < 0,001$. Анализ временных характеристик интервала QT позволил установить, что функциональные расстройства могут приводить как к уменьшению, так и к увеличению показателя Y по отношению к должному интервалу QT (QTд.). Превышение длительности интервала QT над QTд. рассматривается как неблагоприятный фактор, который свидетельствует об ухудшении функционального состояния проводящей системы сердца, что проявляется в виде асинхронности реполяризации различных участков миокарда желудочков и, как следствие, увеличения ее общей продолжительности.

Алиев А.Ю.

Министерство транспорта Донецкой Народной Республики

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Мировая экономика в 2020 году в полной мере ощутила на себе влияние пандемии COVID-19. Не стала исключением транспортно-логистическая система Донецкой Народной Республики: закрытие государственных границ, введение ограничений на передвижение людей и товаров, разрыв логистических цепочек от производства продукции до ее сбыта, снижение спроса и покупательной способности населения отразились на объемах перевозок, осуществляемых железнодорожным транспортом Республики.

Цель работы

Анализ организации в условиях пандемии COVID-19 медицинских осмотров работников определенных категорий железнодорожного транспорта общего пользования, занятых на работах, связанных с обеспечением безопасности движения, обслуживанием железнодорожной инфраструктуры.

Материалы и методы

Использованы отчетные данные учреждений здравоохранения Республики по результатам проведенных обязательных медицинских осмотров, согласно приказу Минтранса ДНР и Минздрава ДНР от 25 декабря 2018 № 441/2390 «Об утверждении Порядка проведения обязательных (при приеме на работу), периодических и внеочередных медицинских осмотров работников определенных категорий железнодорожного транспорта общего и необщего пользования Донецкой Народной Республики» (далее – Приказ № 441/2390). Обработка полученных результатов проведена по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение

В 2020 г. в соответствии с Приказом № 441/2390 обязательным медицинским осмотрам подлежало 8169 работника Государственного предприятия «Донецкая железная дорога» (2019 г. – 11 073 чел.). Осмотрено 7099 чел. или 86,9% (2019 г. – 8969 чел. или 80,9%), в т.ч.: предварительные медицинские осмотры – 358 чел. или 5% (2019 г. – 585 или 6,5%); периодические – 6729 чел. или 94,8% (2019 г. – 8350 чел. или 93,1%); внеочередные – 12 чел. (2019 г. – 20 чел.). Из общего числа осматриваемых 53,3% составляют работники, работа которых непосредственно связана с обеспечением безопасности движения поездов и обслуживанием железнодорожного транспорта, в т.ч. машинисты и помощники машинистов – 7,5%; одновременно испытывают влияние вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса – 40,6%; выполняют работы, сопровождающиеся физической перегрузкой и перенапряжением отдельных органов и систем – 25,8%.

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

Заключение

Учреждения здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях пандемии COVID-19 смогли организовать проведение медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта без снижения их качества и полноты.

Процент охваченных обязательными медицинскими осмотрами работников определенных категорий железнодорожного транспорта составил 94,8% в 2020 г. против 93,1% в 2019 г., что способствовало бесперебойному функционированию железнодорожного транспорта Республики и организации перевозок в современных условиях.

Алиёрова Г.А., Рузиева Н.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Кафедра «Акушерство и гинекология, Детская Гинекология»

ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОРИ

Введение. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) является самой распространенной и считается основной причиной (25-50%) репродуктивной потери и патологии у беременных женщин.

Цель. Наблюдение лабораторно-клинической особенности течения острой респираторной вирусной инфекции во время беременности женщин, ведение беременности.

Материалы и методы. Наблюдается на практике состоящие в постоянном списке 60 беременных женщин, заболевших ОРВИ на разных стадиях беременности в 6-семейной поликлинике М.Улугбекского района г.Ташкент.

Результаты. Далее нами изучено влияние ОРИ на течение беременности. Угроза прерывания беременности была в среднем у 52% женщин с ОРИ, что в 2,5 раза выше показателя контрольной группы - 20%, и превышает данные литературы. Преэклампсия развилась во 2 триместре у 15% и в 3 триместре - у 25% беременных, что в 2,2 раза и в 3,7 раза чаще, чем в контрольной группе. Фетоплацентарная недостаточность во 2 триместре имела место у 30% беременных и в 3 триместре в 1,7 раза чаще - у 50%. Гипоксия плода встречалась в 30% и 55% в эти же сроки гестации. Показатели СЗРП составили 20% и 30%, соответственно. Высокую частоту развития преэклампсии и фетоплацентарной недостаточности отмечали также Т. Е. Белокриницкая и соавт.. В 1 триместре у беременных с ОРИ чаще всего отмечалась угроза прерывания беременности (52%), во 2-ом - фетоплацентарная недостаточность (40%), и в 3-ем - преэклампсия (20%).

Выводы. Выявлено отрицательное влияние ОРИ на мать и плод.

Алимходжаева Н.Т., Акбарходжаева Х.Н., Сулейманова Г.Г., Икрамова З.А., Кодиров М.А.

Ташкентский Медицинский Педиатрический институт

СИНТЕЗ И ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ АСПАРАГИНОВОЙ КИСЛОТЫ С БИОГЕННЫМИ МЕТАЛЛАМИ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ В КАЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Актуальность. Аспарагиновая кислота выполняет важную роль в организме человека, Она преобразует углеводы в глюкозу и пополняет запасы гликогена, обладает детоксирующим действием, выводит из организма токсины и аммиак. Аспарагиновая кислота увеличивает сопротивляемость организма к вирусам и инфекциям, обладает антибактерицидными свойствами, улучшает проницаемость кальция и магния в клетки, поставляет кислород в клетки миокарда, улучшает концентрацию внимания и мозговую активность. Поступление аспарагиновой кислоты в организм необходимо при постоянной усталости, депрессии, плохой памяти, нестабильном эмоциональном состоянии, низкой

работоспособности. Регулярный прием необходим людям, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы, головного мозга, глаз.

Выделяют две основные формы аспарагиновой кислоты – L и D. Молекулярный состав этих форм идентичный, но функции разные. Содержание L формы в организме больше чем D. Форма L задействована в синтезе белков. Выводит токсины и аммиак из организма. Важна для выработки энергии и синтеза глюкозы. D форма сконцентрирована в головном мозге и половых органах. Задействована в биосинтезе карнозина, ансерина, пиримидиновых и пуриновых нуклеотидов. Окисляется в митохондриях мозга и преобразовывается в энергию. Обеспечивает нормальную работу функций нервной системы.

Микроэлементы кобальт, медь и марганец также необходимы для нормальной жизнедеятельности организма. Недостаток этих элементов в организме приводит к тяжелым патологиям. Неорганические соли этих микроэлементов токсичны и их нельзя применять в медицинской практике. В связи с этим возникает необходимость синтеза и исследования координационных соединений аспарагиновой кислоты с микроэлементами кобальтом(II) (Co), медью(II) (Cu) и марганцем(II) (Mn), которые более активны и менее токсичны, чем неорганические соли микроэлементом и сама аспарагиновая кислота..

Методы исследования. Исследование посвящено синтезу координационных соединений Co(II), Cu(II) и Mn(II) с аспарагиновой кислотой, которые могут найти применение в медицине в качестве лекарственных препаратов. Аспарагиновая кислота является двухосной кислотой и может образовывать как средние, так и кислые соли. Нами синтезированы координационные соединения аспарагиновой кислоты, содержащие одновременно два микроэлемента.

Для синтеза соединения $K_2[Cu(Asp-2H)] \cdot 4H_2O$ 0,1 моль аспарагиновой кислоты растворили в растворе 0,2 моль гидроксида калия (KOH) (1:2) в 5 мл воды, добавили 0,1 моль ацетата меди $(Cu(CH_3COO)_2)$. К полученному раствору добавили по 0,1 моль кобальта $(Co(CH_3COO)_2)$ и ацетата марганца $(Mn(CH_3COO)_2)$.

Количественное содержание микроэлементов в координационных соединениях аспарагиновой кислоты состава $Co[Cu(Asp-2H)_2] \cdot 4H_2O$ и $Mn[Cu(Asp-2H)_2] \cdot 4H_2O$ проводили методом комплексонометрии, количественное содержание азота в синтезированных комплексных соединениях определяли по микрометоду Дюма, содержание воды определяли весовым методом. ИК спектры поглощения записывали в области 400 – 4000 cm^{-1} на спектрофотометре UR-20. Спектры диффузного отражения (ДСО) измеряли на приборе СФ-10 в области 350-700 нм с интервалом 5 нм для поликристаллических образцов.

Закключение. Синтезированные соединения являются биологически активными и могут найти применение в медицинской практике в качестве лекарственных препаратов.

Альмешкина А.А., Абрамов В.А., Ковалева К.В., Токарева О.Г.

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

САМОРЕГУЛЯЦИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВОКУРСНИКОВ, ИМЕЮЩИХ АКАДЕМИЧЕСКУЮ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Цель работы. Оценить уровень саморегуляции учебной деятельности первокурсников, имеющих академическую задолженность, в зависимости от гендерной принадлежности

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 студентов первого курса медицинского университета, имеющих академическую задолженность, в возрасте от 17 до 22 лет (медиана возраста исследуемых составила 17 лет (17-19)) в феврале 2021 года. В зависимости от гендерной принадлежности были сформированы группы исследования: I группу составили девушки – 64,4% (58 чел.), II группа включала юношей – 35,6% (32 чел.). В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Для определения уровня саморегуляции использовалась методика «Стиль саморегуляции учебной деятельности - ССУДМ». Математическая обработка результатов проводилась с использованием па-

кета статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Так как распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (М) и стандартного отклонения (SD). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и при гомогенности дисперсий использовался критерий Стьюдента. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При определении результатов общего уровня саморегуляции по всей выборке было установлено, что он составляет $31,9 \pm 7,7$ (30,3–33,6), что соответствует среднему уровню. При исследовании общего уровня саморегуляции у испытуемых, в зависимости от гендерной принадлежности, статистически значимых различий выявлено не было: I группа – $32 \pm 7,8$ (29,9–34,1), II группа – $31,8 \pm 7,6$ (29,1–34,5); $p = 0,905$. Были выявлены статистически значимые различия между уровнем надежности в сравниваемых группах: I группа – $3,8 \pm 1,9$ (3,3–4,3), II группа – $4,7 \pm 1,6$ (4,1–5,3); $p = 0,040$. Как показало эмпирическое исследование, в обеих группах уровень надежности соответствует среднему уровню, однако у юношей он статистически значимо выше, чем у девушек. У обследуемых II группы более развита индивидуальная устойчивость функционирования системы саморегуляции учебной деятельности (в том числе и ее процессов в отдельности), в случае возникновения различных непредвиденных затруднительных ситуаций, чем у испытуемых I группы. Социальная желательность $5,7 \pm 1,9$ (5,2–6,2), $5,4 \pm 1,9$ (4,7–6,2), соответственно; $p = 0,498$.

Выводы. Даже у студентов первого курса, которые имеют академическую задолженность, индивидуальная система осознанной саморегуляции произвольной активности в учебной деятельности сформирована достаточно хорошо (у девушек и юношей в равном объеме). Это говорит о том, что плохая успеваемость первокурсников может иметь другие причины и не зависит от уровня саморегуляции учебной деятельности, но также нельзя исключать достаточно высокий (выше среднего) уровень социальной желательности при ответах. У юношей лучше сформирована индивидуальная устойчивость функционирования системы саморегуляции учебной деятельности, в условиях различной (даже низкой) мотивации обучения и повышения психической напряженности/стрессогенности ситуации: появление академической задолженности, рост заболеваемости коронавирусной инфекции, переход на дистанционную форму обучения. Полученные данные могут быть использованы при разработке персонализированных программ для психокоррекционной работы с задолжниками.

Аманова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Актуальность: Гастроэнтерологические заболевания у детей продолжают оставаться в центре внимания научной и практической педиатрии. Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее частых болезней у детей, распространенность которых в последнее время существенно увеличилась и в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. Такой рост патологии пищеварительной системы многие авторы связывают с влиянием неблагоприятных антропогенных факторов внешней среды, ухудшением качества питания. Повышение агрессивности внешней среды отражается на функционировании практически всех органов и систем и очень часто органы пищеварения в этих случаях выступают в роли «органов-мишеней». Цель исследования: изучить клинко-функциональные особенности заболеваний тонкой кишки у детей, проживающих в условиях Приаралья.

Материал и методы: В основу исследования будут положены данные проспективного сравнительного анализа клинического, лабораторного и инструментального обследования и лечения 30 детей с заболеваниями, проявляющимися мальдигестией и малабсорбцией проживающие в условиях Приаралья и 60 детей, проживающие в г. Ташкенте.

Результаты: В зависимости от характера проявления клиник заболевания, вызванного мальабсорбцией, боли были различены на степени, желудочно-кишечные симптомы могут варьироваться от тяжелых до незначительных или даже полностью отсутствовать. Могут присутствовать диарея, потеря веса, метеоризм, вздутие живота, спазмы в животе и боль. Хотя диарея является распространенной жалобой, характер и частота стула могут значительно варьироваться от более 10 водянистых стула в день до менее одного объемного, похожего на замазку стула, причем последнее вызывает у некоторых пациентов жалобы на запор. С другой стороны, у пациентов со стеатореей и генерализованной мальабсорбцией масса стула неизменно увеличивается выше нормы на 150–200г/день. Основное количество детей с мальабсорбции принадлежало к раннему возрасту. Из них: дети до 1 года-7; от 1 года до 3 лет-10; от 3 лет до 7 лет-4 от 7 лет до 10- 4. При наблюдении 10 обследованных детей были диагностированы: боль в животе у 5 (20,0%), урчание в животе у 18 (72,0%), вздутия живота у 4 (15,7%), капризы (раздражительность) у 14 (52,9%), жидкий стул у 7 (27,1%), жидкий стул с зеленой слизью у 3 (14,3%), жидкий стул с пенившейся у 12 (48,6%), запоры у 6 (24%), рвота у 4 (8,6%), не прибавление массы тела у 4 (15,7%), кожаная сыпь у 3 (7,1%), повышения температуры тела у 2 (8%), желтушность кожных покров

2 (8%), кашель, у 1 (4%) насморк у 1 (4%). Также, у матери этих большинства детей с раннего возраста регистрировались анемии .

Выводы: Из этих данных можно заключить, что больше всего проявляются диспепсические нарушения такие как, вздутия живота, жидкий стул, жидкий стул с пенившейся и запоры. Таким образом, в конце литературного анализа отмечаем, что анализ результатов в динамике наблюдения позволит прогнозировать течение и исход заболевания, оценить эффективность проводимой терапии, а при необходимости своевременно скорректировать ее.

Аманова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

РОЛЬ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Актуальность: Согласно мировой статистике, заболевания детей, особенно заболевания кишечника у детей, проживающих в зоне повышенной инсоляции, отличаются тяжёлым клиническим течением, особенно у детей раннего возраста, что снижает качество жизни и является серьёзной медицинской и социальной проблемой. В связи с этим важное значение имеет определение клинических проявлений дефицита и недостатка витаминов; изучение влияния недостатка и дефицита витаминов на физическое развитие детей и деятельность пищеварительной системы; изучение минерального обмена и функции паращитовидной железы у детей с патологией кишечника. Цель работы: является определение механизмов влияния дефицита витамина Д на клиническую манифестацию, течение и прогноз болезней кишечника у детей. Материалы и методы исследования: были 20 детей с заболеваниями кишечника, из них, 10 детей с целиакией, 25 детей с хроническим энтероколитом,

20 детей с аллергическим энтероколитом. Контрольную группу составили

15 практически здоровых детей. Предмет исследования: сыворотка венозной крови, биоптаты из залуковичного отдела 12-перстной кишки, фекалии. Методы исследования. Общеклинические, функционально-инструментальные, морфологические, иммуногенетические, иммунологические методы и статистические методы исследования. Результаты исследования: впервые доказана взаимосвязь между дефицитом витамина Д и ростом онкомаркера белка р53, снижением белка bcl-2, обладающего протективными свойствами при регенерации в слизистой тонкой кишки при целиакии; доказано, что витамин Д принимает участие в регулировании эпителиальной регенерации слизистой кишечника у детей с заболеваниями кишечника, улучшая мембранное пищеварение и всасывание; определе-

ны клинические признаки дефицита и недостаточности витамина Д при заболеваниях кишечника, степень выраженности которых зависит от формы заболевания; разработан метод диагностики АЭ у детей, позволяющий расширить список потенциальных аллергенов–триггеров заболевания и составлять индивидуальный лечебный стол для пациентов; определены информативные и доступные биохимические маркеры дефицита и недостаточности витамина Д при заболеваниях кишечника у детей; доказана необходимость дифференцированного подхода при саплементации витамина Д среди детей с хроническими заболеваниями кишечника в зависимости от дефицита и его недостаточности, установлена также длительность его применения. Заключение: Научная значимость полученных результатов заключается в том, что получены научные результаты по определению механизмов влияния дефицита витамина Д на клиническую манифестацию, течение и прогноз болезней кишечника у детей, а также по разработке обоснованных методов корригирующей терапии, что вносит существенный вклад в совершенствовании научных исследований в области педиатрии.

Аманова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Актуальность: Гастроэнтерологические заболевания у детей продолжают оставаться в центре внимания научной и практической педиатрии. Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее частых болезней у детей, распространенность которых в последнее время существенно увеличилась и в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. Такой рост патологии пищеварительной системы многие авторы связывают с влиянием неблагоприятных антропогенных факторов внешней среды, ухудшением качества питания. Повышение агрессивности внешней среды отражается на функционировании практически всех органов и систем и очень часто органы пищеварения в этих случаях выступают в роли «органов-мишеней». Цель исследования: изучить клинко-функциональные особенности заболеваний тонкой кишки у детей, проживающих в условиях Приаралья.

Материал и методы: В основу исследования будут положены данные проспективного сравнительного анализа клинического, лабораторного и инструментального обследования и лечения 30 детей с заболеваниями, проявляющимися малдигестией и малабсорбцией проживающие в условиях Приаралья и 60 детей, проживающие в г. Ташкенте.

Результаты: В зависимости от характера проявления клиник заболевания, вызванного мальабсорбцией, боли были различены на степени, желудочно-кишечные симптомы могут варьироваться от тяжелых до незначительных или даже полностью отсутствовать. Могут присутствовать диарея, потеря веса, метеоризм, вздутие живота, спазмы в животе и боль. Хотя диарея является распространенной жалобой, характер и частота стула могут значительно варьироваться от более 10 водянистых стула в день до менее одного объемного, похожего на замазку стула, причем последнее вызывает у некоторых пациентов жалобы на запор. С другой стороны, у пациентов со стеатореей и генерализованной мальабсорбцией масса стула неизменно увеличивается выше нормы на 150–200г/день. Основное количество детей с мальабсорбцией принадлежало к раннему возрасту. Из них: дети до 1 года-7; от 1 года до 3 лет-10; от 3 лет до 7 лет-4 от 7 лет до 10- 4. При наблюдении 10 обследованных детей были диагностированы: боль в животе у 5 (20,0%), урчание в животе у 18 (72,0%), вздутия живота у 4 (15,7%), капризы (раздражительность) у 14 (52,9%), жидкий стул у 7 (27,1%), жидкий стул с зеленой слизью у 3 (14,3%), жидкий стул с пенящейся у 12 (48,6%), запоры у 6 (24%), рвота у 4 (8,6%), не прибавление массы тела у 4 (15,7%), кожная сыпь у 3 (7,1%), повышения температуры тела у 2 (8%), желтушность кожных покровов

2 (8%), кашель, у 1 (4%) насморк у 1 (4%). Также, у матери этих большинства детей с раннего возраста регистрировались анемии .

Выводы: Из этих данных можно заключить, что больше всего проявляются диспепсические нарушения такие как, вздутия живота, жидкий стул, жидкий стул с пенившейся и запоры. Таким образом, в конце литературного анализа отмечаем, что анализ результатов в динамике наблюдения позволит прогнозировать течение и исход заболевания, оценить эффективность проводимой терапии, а при необходимости своевременно скорректировать ее.

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Толстюк В.И., Саидназаров А.К.

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

ОСОБЕННОСТИ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ПОЛИОВИРУСАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Сложившаяся социально-эпидемиологическая ситуация в Донецкой Народной Республике (ДНР) создает серьезные предпосылки для заноса полиовирусов на ее территорию. Для предотвращения возникновения случаев данной инфекции на территории Республики постоянно осуществляется эпидемиологический надзор за полиомиелитом и вирусологический мониторинг циркуляции энтеро- и полиовирусов во внешней среде. В отдельных городах и районах ДНР регистрировались случаи острого вялого паралича у детей, что является фактором риска распространения полиомиелитной инфекции. Кроме того, за период 2019-2020 гг. не полностью выполнялся план профилактических прививок против полиомиелита в возрастной группе детей до 1 года.

Целью нашего исследования является анализ результатов проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитной инфекцией на территории ДНР в течение последних 2019-2020 гг. Нами были изучены оперативные материалы Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР) относительно проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитной инфекцией (ПИ) и ОВП за период 2019-2020 гг. Статистический анализ полученных данных проводился средствами пакета программ «Microsoft Office 2010».

Установлено, что заболеваний, вызванных диким полиовирусом, и его присутствия в объектах внешней среды в период 2019-2020 гг. не отмечалось. Вероятно, это является свидетельством эффективности проведенной в 2015 г. дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита, в ходе которой было вакцинировано 96,6% детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней, проживающих на территории ДНР. В г. Макеевке и Старобешевском районе были зарегистрированы паралитические заболевания у непривитых против полиомиелита детей, что является фактором риска для возникновения и распространения заболеваний полиомиелитом на территории ДНР. В 2020 г. в рамках проводимого эпиднадзора за полиомиелитом было выявлено 3 случая заболеваний с в городах Донецке, Горловке и Харцызске. При этом показатель выявляемости составил 1,1 на 100 тыс., что соответствовало установленному критерию Всемирной Организации Здравоохранения (1,0 на 100 тыс. за 6 мес.). Согласно данным вирусологического мониторинга, в ДНР продолжается активная циркуляция энтеро- и полиовирусов во внешней среде. В исследованных пробах энтеровирусы составили 6,4 %, доминирующими возбудителями были Коксаки В и неполиомиелитные энтеровирусы. План профилактических прививок за исследуемый период выполнялся не в полном объеме среди детей до 1 года – на 53,1, при этом охват вакцинацией детей 18 месяцев составил 98,9 %, детей 6 лет - 98,5 %, детей 14 лет – 98,1 %. Из-за продолжающегося дефицита вакцин, коллективный иммунитет к полиомиелиту, предотвращающий циркуляцию диких полиовирусов среди населения не достиг гарантированного уровня. В течение 2020г было охвачено плановой вакцинацией против полиомиелита только 15% детей в возрасте до 1 года.

Следовательно, необходимо усиление контроля за выявлением острых вялых параличей в рамках эпидемиологического надзора, а также решение проблемы поставок иммунобиологических препаратов в ДНР для проведения своевременной плановой вакцинопрофилактики детей до 1 года с целью поддержания коллективного иммунитета в данной возрастной группе.

Андрюченко И.Б.

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

РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА БОЛЬШОЙ МАССОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ МОНЕТ

Ежегодно миллионы инородных тел попадают в желудочно-кишечный тракт, и каждый год умирают от этого от 1500 до 2750 человек. Однако только приблизительно 10 – 20% пациентам с инородными телами требуется какое-либо лечение, в остальных случаях инородные тела проходят через весь желудочно-кишечный тракт беспрепятственно. Приблизительно 80% всех пациентов с инородными телами желудочно-кишечного тракта составляют дети. К другим группам повышенного риска относятся люди с нарушенной психикой, пациенты психиатрических стационаров и люди, злоупотребляющие спиртными напитками и седативными и снотворными препаратами.

Существуют несколько отделов желудочно-кишечного тракта, где могут возникать препятствия для прохождения инородных тел. К ним относятся в частности пилорический жом в области желудочно-двенадцатиперстного перехода, петля двенадцатиперстной кишки, и связка Трейца.

Приводим пример редкого случая попадания инородных тел в ЖКТ, вызвавших серьезные осложнения у пациента.

Больная С., 59 лет, поступила в клинику в ургентном порядке с картиной разлитого перитонита. Из анамнеза выяснено, что, со слов больной, глотала металлические монеты якобы с целью восполнения нехватки металлов в организме. Больная находится под диспансерным наблюдением психиатра. После проведения предоперационной подготовки больная оперирована.

Верхне – срединная лапаротомия. При ревизии выявлен пролежень передней стенки желудка ближе к большой кривизне с перфоративным отверстием до 2,0 см в центре. После экономного иссечения нежизнеспособных краев перфоративного отверстия и ревизии полости желудка эвакуировано большое количество металлических монет различного достоинства. Часть монет была значительно изменена под воздействием соляной кислоты желудочного сока. Тщательная ревизия и санация брюшной полости. Перфоративное отверстие стенки желудка ушито двухрядным швом с предварительной установкой декомпрессионного зонда в полость желудка. Брюшная полость дренирована. Послеоперационная рана ушита.

При осмотре извлеченных инородных тел установлено, что их общая масса составляет около 1,5 кг. Послеоперационный период протекал относительно гладко. Поэтапно удалены дренажи брюшной полости. Рана зажила. Больная была выписана из стационара под наблюдение хирурга с обязательной консультацией и наблюдением психиатра по месту жительства.

Таким образом инородные тела желудочно-кишечного тракта составляют значимую проблему в ургентной и неотложной хирургии, т.к. возможные осложнения могут привести к инвалидизации больного и в ряде случаев к летальному исходу.

Антипов Н.В., Василенко Л.И., Самерок С.И.

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

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ МЕТАЭПИФИЗУ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Вопрос лечения переломов плато большеберцовой кости многогранна и далека от своего окончательного решения. Данные травмы составляют от 2 до 5% от переломов костей конечностей всех локализаций, до 30% – от переломов нижней конечности и до 60% – от внутрисуставных переломов в области крупных суставов. Для успешного лечения необходима анатомичная репозиция отломков и восстановление опороспособности сустава, проведенные в кратчайшие сроки. При выборе метода лечения необходимо ориентироваться на наименее травматичный способ операции, который, в то же время, позволяет адекватно выполнить репозицию и фиксацию костных отломков, включающих

суставные поверхности. Решение этих двух задач напрямую зависит от правильного выбора хирургического доступа к зоне перелома.

В работе рассмотрены 12 случаев переломов латеральной части плато большеберцовой кости (8 мужчин, 67%, 4 женщины, 33%), возрастом от 43 до 67 лет, средний возраст 52 ± 5.4 года, повреждения моностеральные: типы 41B1.1, 41B2.1, 41B3.1 согласно классификации AO Foundation, либо типы I-III по клинической классификации Schatzker. Сопоставление отломков выполнялось с помощью пластин с угловой стабильностью (LCP). Результаты оперативного лечения оценены на момент выписки больных из стационара. В дальнейшем планируется оценка функциональных показателей прооперированных пациентов. Данные статистически обработаны в программе MedCalc, результаты достоверны при уровне значимости $p > 0.05$.

В зависимости от позиции отломков применялись 3 варианта доступов к месту перелома: 6 случаев (50%) переднелатеральный ПЛ, 5 случаев (42%) переднелатеральный трансфибулярный ПЛТФ (с остеотомией головки малоберцовой кости) и в 1 случае (8%) потребовалось дополнить традиционный переднелатеральный доступ задним (ПЛЗЛ) из-за наличия крупного смещенного отломка в проекции заднелатеральной колонны плато большеберцовой кости.

Время операции при ПЛ доступе составило в среднем 86 ± 4.6 мин (сам доступ от момента разреза кожи до начала открытой репозиции отломков осуществлялся в среднем за 13 ± 2.4 мин), при ПЛТФ время операции 101 ± 12.0 мин (20 ± 5.3 мин на доступ), ПЛЗЛ осуществлен за 25 мин, время операции составило 135 минут.

Послеоперационные раны во всех случаях зажили первичным натяжением, без осложнений, время прошедшее от момента операции до снятия швов составило в целом для выборки 15 ± 1.2 суток, при ПЛ 14 ± 1.0 суток, при ПЛТФ 15 ± 1.2 суток, при ПЛЗЛ – 15 суток.

Во всех случаях в проекции доступа к наружному мыщелку в ране приходилось выделять общий малоберцовый нерв (ОМН), при разъединении окружающих его мягких тканей и при репозиции отломков использовалась щадящая методика, нерв аккуратно отводился на турникете либо пластинчатыми крючками. В результате, в раннем и позднем операционных периодах клиника повреждений ОМН отсутствовала.

Основываясь на вышеуказанных клинических и топографо-анатомических результатах, можно заключить, что использование традиционных оперативных доступов к области перелома наружного мыщелка большеберцовой кости дает клинически оправданный результат и минимум осложнений. При необходимости оправдывает себя использование комбинированных доступов с минимальной потерей времени и низким интраоперационным риском.

Антипов Н.В., Сироид Д.В., Жилев Р.А.

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

ЕДИНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Топографическая анатомия и оперативная хирургия является фундаментальной дисциплиной, изучение которой позволяет сформировать тот исходный уровень знаний-умений, который необходим для эффективного обучения на клинических кафедрах. На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии студенты постигают основы клинического мышления, учатся избегать ошибок и осложнений при выполнении оперативных вмешательств и манипуляций. Единый подход к обучению предполагает создание необходимых условий для освоения дисциплины всем студентам и врачам-интернам, что направлено на повышение качества подготовки специалистов. Положительная динамика в этом вопросе подтверждается данными анализа итоговой аттестации студентов: за последние три года качественная успеваемость по итогам изучения дисциплины выросла с 44 % до 48 %. Конечно, единый подход к обучению не исключает возможности использования преподавателями новых, инновационных методов обучения. Но какие бы подходы и методы не применялись, они должны быть направлены на достижение конкретных целей, что можно наглядно проверить, как было указано, по

результатам итогового модульного контроля и экзамена. Конечно, каждый преподаватель, как и каждый студент, индивидуальны, но, тем не менее, можно констатировать, что студенты, занимавшиеся у одного преподавателя, как правило, способны подтвердить свою текущую успеваемость на ИМК и экзамене, а у другого – нет. Поэтому важной составной частью единого подхода к обучению является и единый подход к оцениванию. В основе реализации такого подхода лежит ежегодное обсуждение и утверждение фонда оценочных средств.

Самым оптимальным способом обеспечения единого подхода к обучению студентов и врачей-интернов является использование ими методических указаний, а преподавателями – методических рекомендаций. Взаимные посещения занятий позволяют оценить, как преподаватели соблюдают технологическую карту проведения практических занятий и критерии оценивания. Широкие возможности для обеспечения единого подхода к обучению предоставило наполнение «Информационной образовательной среды» (ИОС). Наполнение ИОС потребовало значительных усилий, но теперь каждый студент в любое удобное для него время может ознакомиться с расписанием занятий, календарно-тематическими планами лекций и практических занятий, графиками отработок и консультаций, посмотреть мультимедийные презентации лекций, согласно с расписанием пройти лекцию с контролем прохождения, при подготовке к конкретной теме практического занятия – ознакомиться с методическими указаниями к этой теме, пройти интерактивную лекцию, посмотреть учебный фильм, для контроля знаний – пройти тестирование и ознакомиться с допущенными ошибками. Кроме того, на ИОС выложены сборники тестов и учебные пособия, содержащие большое количество иллюстративного материала. В 2021 году учебному пособию «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» под редакцией профессора Н.В. Антипова был присвоен гриф МОН. Содержание этого пособия соответствует ГОС РФ ВПО «Лечебное дело» и учебной программе подготовки врача. Использование этого пособия студентами и преподавателями позволит обеспечить более высокий уровень соблюдения единого подхода к обучению, а в конечном итоге – повысить качество подготовки специалистов.

Вывод. Единый подход к обучению на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, с использованием традиционных методов и инновационных технологий, позволяет существенно повысить качество подготовки специалистов.

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

Институт Неотложной и Восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ОЦЕНКА И СРАВНЕНИЕ ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, КАК ОДНОГО ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Цель исследования: сравнение эффективности пред и послеоперационной медикаментозной профилактической терапии, острого панкреатита - осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Актуальность: На сегодняшний день, значительный прогресс в диагностике и лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом или другой патологией, обусловлен появлением и развитием метода эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Постэндоскопический острый панкреатит, острый холангит, кровотечениями, перфорацией протоков и 12-перстной кишки, по данным разных авторов, встречается в 1,8 -11,2% случаев, а летальность после ЭПСТ достигает 0,4-1,6%

Материалы и методы: В основу исследования положены 52 пациентов, с ЖКБ: хроническим калькулезным холециститом осложненным холедохолитиазом.

Первую группу пациентов составили больные, которым проводилась предоперационная терапия. Вторая группа – больные, которым проводили послеоперационную медикаментозную профилактику. Первая группа 25 пациентов, средний возраст 59,7±6,46 лет. Доля мужчин составила - 5, женщин - 20. Вторая группа 27 пациентов, средний возраст - 61,12±5,33 лет. Мужчин - 4 человека, женщин - 23..

По половой принадлежности и возрасту статистически значимых различий не было ($p \geq 0,01$). Вре- мя от начала заболевания до момента госпитализации: в первой группе - 3,68 суток, во второй - 4,52 суток.

При поступлении, оценивались следующие лабораторные показатели: лейкоциты (WBC), диастаза мочи (Д), амилаза крови (А), статистически значимых различий по данным показателям в I и II груп- пах не выявлено.

Больным на вторые сутки от момента поступления была проведена эндоскопическая папилосфин- ктеротомия с литоэкстракцией и последующей лапароскопической холецистэктомией с дренирова- нием холедоха. Предоперационная профилактическая терапия проводилась за сутки до проведения ЭПСТ и лапароскопической холецистэктомии, использовались следующие препараты:

1) Sol. Oprotinini 10000 Ed. в/в капельно вечером перед проведением процедуры и утром в день про- ведения.

2) Sol. Omeprazoli 40 mg. + Sol. NaCl 0.9% 20.0 - в/в струйно вечером перед ЭПСТ и утром в день проведения.

3) Sol. Papaverini 2.0 + Sol. Drotaverini 2.0 + Sol. Platiphyllini 1.0 + Sol. NaCl 0,9% 200,0 капельно вечером перед проведением процедуры и утром в день проведения.

4) Sol. L-lizini 10 ml + Sol. NaCl 0.9% 400.0 в/в капельно утром в день проведения ЭПСТ.

Идентичная схема препаратов применялись и во второй группе пациентов, сразу после проведения оперативного вмешательства (ЭПСТ и ЛХЭ)

Результаты: В группе 1, где проводилась предоперационная медикаментозная терапия, как про- филактика развития острого панкреатита, показатели диастазы мочи и амилазы крови, статистически значимо меньше в 1-3 сутки и 5 сутки после оперативного лечения по сравнению с группой 2.

Вывод: в результате сравнения пред- и послеоперационной медикаментозной профилактической терапии острого панкреатита, как осложнения эндоскопической папилосфинктеротомии, было до- казано, что требуется комплексное медикаментозное сопровождения ЭПСТ, то есть пред - и послео- перационная подготовка.

Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярощак С.В., Голубицкий К.О.

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

ПРЕДИКТОРЫ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА И ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Актуальность. Роль наружной холедохостомии (ХС), или внешнего дренирования общего желчно- го протока, в хирургии желчнокаменной болезни и её осложнений дискутируется постоянно и остае- ся окончательно не решенной. Особенно актуальная эта проблема для острого калькулезного холеци- стита (ОКХ). В период развития видеоэндоскопических вмешательств и манипуляций под контролем УЗИ появилась возможность эндоскопического дренирования через культю пузырного протока, ис- пользования ретроградного назобилиарного дренирования и антеградного чрескожного чреспеченоч- ного дренирования желчных путей

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 208 больных с ОКХ за период 2019- 2020 гг., которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Соотношение муж- чин и женщин 1:4,2, средний возраст больных составил $56,4 \pm 9,2$ года. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, общеклинических и биохимических исследований. Всем больным до операции проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультра- звуковое исследование (УЗИ) органов панкреатогепатобилиарной зоны. Для выбора показаний к ХС ориентировались на необходимость поиска заболеваний холедоха, в том числе резидуального холедо- холитиаза (РХ), и создания декомпрессии желчевыводящих путей для снижения риска развития били- арного панкреатита (БП). Эти 2 критерия (РХ и БП) использовали для оценки эффективности ХС.

Результаты. Предварительный анализ, направленный на выявление значимых факторов риска, позволил определить основные клинические и лабораторные признаки возможного развития БП и или наличия РХ. Такими скрининговыми критериями для ХС при ОКХ на дооперационном этапе (n=25) являлись: 1) наличие во время поступления или в анамнезе желтухи, признаков БП (n=7); 2) расширение холедоха по данным УЗИ более 1,0 см в любом отделе (n=5); 3) повышение уровня билирубина и щелочной фосфатазы (n=5); 4) наличие микрохолецистолитиаза (n=3); 5) наличие в анамнезе попыток лекарственной литотрипсии желчных камней (n=2); 6) наличие признаков холедохолитиаза по данным УЗИ (n=2); 7) расширение основного протока поджелудочной железы более 0,1 см или ранее выявленное наличие добавочных протоков (оценивали как риск развития БП) (n=1). Во время выполнения ЛХЭ к ним прибавляли операционные признаки: 1) расширение пузырного протока более 0,5 см или наличие конкрементов в протоке; 2) аномальные анатомические взаимоотношения в зоне треугольника Кало; 3) спасный процесс в панкреатогепатобилиарной зоне. Последние два признака имели значение также для раннего выявления возможного повреждения желчевыводящих путей и своевременного их устранения. Все эти признаки служили показаниями к ХС через культю пузырного протока, которую выполнили у 28 (13,5 %) больных. Холангиографическое исследование через ХС выполнено у 12 больных для поиска РХ или другой патологии холедоха. У 2-х больных выявлен холедохолитиаз, у 4 – стенотическое сужение холедоха или большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Выводы. В послеоперационном периоде признаки БП развились у 8 (3,9 %) больных, повторной госпитализации по поводу РХ не отмечено. Такие показатели значительно ниже метааналитических данных в отношении БП (в среднем 8,0-12,0 %) и РХ (1,0-9,0 %).

Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярошак С.В., Кокин А.Ю.

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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ, НАШ ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫВОДЫ

Актуальность: Холедоходуоденоанастомоз (ХДА) широко используют в качестве билиодигестивного шунта при желчекаменной болезни с поражением общего желчного протока (ОЖП), его дистальных стриктурах и обструктивных сужениях злокачественной этиологии. В литературе первое сообщение о формировании ХДА было представлено Reidel в 1892 г. сообщение о такой операции, выполненной лапароскопическим методом, - в 1993 г. Однако, по данным литературы, большого опыта выполнения ХДА лапароскопическим методом нет. Поиск по базе данных Medline указывает на 11 исследований по всему миру.

Цели и задачи работы: изучить особенности и эффективность лечения различной патологии путем использования лапароскопической техники наложения холедоходуоденоанастомоза.

Материалы и методы: Нами оценены результаты лечения 14 пациентов в возрасте 50±15 лет (53-72 года), которым ХДА наложен лапароскопическим методом за период 2020-2021 г. Среди них: 3 пациентов с множественным холедохолитиазом, 10 – рубцовая стриктура дистального отдела холедоха, 1 – распространенный рак периапулярной зоны.

Предоперационное обследование больных осуществляли по стандартному протоколу: общеклинические исследования, УЗИ, определение функционального состояния печени и показателей холестаза, ультрасонография, СКТ. Лапароскопическое формирование ХДА производили с помощью 4 троакаров размещенных в стандартных для холецистэктомии точках. Анастомоз длиной 1,5-2см формирован двумя рядами непрерывных швов: наружный шов – PDS 2.0; внутренний шов Викрил 3.0. Максимальная кровопотеря 50мл. Устанавливались 3 дренажа 4мм к месту анастомоза.

Результаты: Продолжительность операции составила в среднем 66±20 мин (от 49 до 86 мин). Конверсий доступа не было. В послеоперационном периоде не требовалось введение наркотических анальгетиков; больные активизированы в день операции, не требовалось ношение бандажа и физические ограничения; в первые сутки послеоперационного периода начато энтеральное питание. Про-

должительность госпитализации составила 4,5 дня (от 3 до 8 дней). Несостоятельность анастомоза не наблюдалась ни у одного пациента. У одного из пациентов получено желчеистечение в объеме 30-70 мл по подпеченочному дренажу в течение первых 2 дней, прекратившееся спонтанно.

Согласно нашим данным, отдаленные результаты лапароскопического наложения ХДА могут оцениваться как удовлетворительные, хотя сама операция не обходится без осложнений.

Выводы: Таким образом, лапароскопическая холедоходуоденостомия, выполняемая опытными хирургами отобранным больным, дает хорошие отдаленные результаты в лечении заболеваний сопровождающихся обструкцией желчевыводящих путей, а также имеет значительные преимущества по сравнению с классической «открытой» методикой.

Антонюк С.М.

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

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Общеизвестно, что наружные тонкокишечные свищи относятся к такой патологии, которая может в короткий срок существенным образом изменить состояние гомеостаза больного в виде нарушения белкового, водно-солевого и других видов обмена веществ. Это, главным образом, касается свищей проксимальных отделов тонкой кишки, особенно обструктивного характера.

Из сказанного вытекает непреложный вывод: наружные свищи проксимального отдела тонкой кишки обструктивного характера требуют неотложного хирургического вмешательства.

Цель: оценить возможность использования предложенных диагностическо-лечебных методик при экстренных оперативных пособиях, направленных на устранение наружного свища проксимального отдела тонкой кишки, осложненного обструкцией.

Для решения поставленной задачи нами разработаны и внедрены в клиническую практику следующие методики: способ интраоперационного определения места непроходимости кишки, способ выключения свища, способ формирования тонкокишечного анастомоза, способ профилактики несостоятельности тонкокишечного анастомоза, способ ликвидации шпоры между приводящей и отводящей петли в зоне обструктивной энтеростомы

Нами обобщены результаты лечения 56 больных с указанной патологией. Мужчин было 47, женщин – 9. Возраст больных колебался в пределах 24-68 лет. Всем больным производилось общеклиническое лабораторное обследование, биохимическое, иммунологическое, рентгенологическое: энтерография с применением бариевой взвеси, вводимой в отводящую петлю (ОП) через дефект в кишке, благодаря чему устанавливался факт проходимости ОП, либо альтернативный вариант, что и зарегистрировано у 7 больных. Следует отметить, что все хирургические вмешательства выполнены в условиях выраженного инфильтративно-адгезивного воспалительного процесса в брюшной полости либо в условиях еще незавершившегося перитонита, когда петли тонкой кишки представлены плотным конгломератом, зачастую весьма обширным. Поэтому разделение данного инфильтрата в большинстве случаев приводит к повреждению органа.

Осложнения зарегистрированы у 6 (10,7%) больных, умерло 3 (5,3%). Следует отметить, что основным возможным риском оперативного вмешательства является возникновение нового дефекта в кишке рядом с предыдущим, что существенно не влияет на возникновение гнойно-септических осложнений при надежной изоляции очага от свободной брюшной полости за счет выраженного спаечного процесса вокруг него. Вместе с тем, если же хирург сталкивается с техническими трудностями при осуществлении намеченного плана (невозможно верифицировать те или иные петли по отношению к дефекту в кишке, неподходящая локализация ОП относительно приводящей петли), выходом из сложившейся ситуации может быть двойной вариант: формирование тонкокишечного анастомоза или широкая резекция кишки в условиях восстановительно-инфильтративного процесса в брюшной полости

Таким образом, неотложные хирургические вмешательства при наружных тонкокишечных свищах выполняются, как правило, в сложной ситуации как в отношении общего состояния больных, так и локального процесса, а поэтому должны осуществляться по строгим показаниям. Предложенные нами разработки по полученным результатам способствуют оптимизации решения проблемы.

Антропова О. С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Цель: проанализировать токсикологические особенности смертельной ожоговой травмы в Донецкой Народной Республике. Материалом для исследования послужили: 1) 88 актов судебно-медицинского исследования Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР за 2014-2019 гг. Из них у 65 пострадавших одной из основных причин смерти явился ожоговый сепсис. У 57 обожженных – ранний ожоговый сепсис (РОС), который был диагностирован на первые-десять суток, у 8 погибших – поздний ожоговый сепсис (ПОС), который был диагностирован в более поздние сроки. 2) 1098 историй болезней ожогового отделения Института неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака МЗ ДНР за 2014-2019 гг. Исследование проводилось на хроматографе «Кристалл-2000М», лицензионная программа «Хроматек-Аналитик 2,6». В стеклянный флакон вносили 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты, 0,5 мл раствора смеси спиртов, которая содержит по 2 г/л метилового, этилового, изопропилового, пропилового, изобутилового и бутилового спиртов. После фиксации пробки к горловине флакона, перемешивали, шприцем вводили 0,25 мл 30% раствора натрия нитрита. Затем 0,5 мл пробы вводили в инжектор хроматографа. Идентифицировали пики алкилнитритов с временами удерживания: метилнитрита – 0,73 мин, этилнитрита – 0,85 мин, изопропилнитрита – 0,94 мин, пропиленнитрита – 0,99 мин, изобутилнитрита – 1,8 мин, бутилнитрита – 2,3 мин. В стеклянный флакон вносили 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты, 0,5 мл крови, 0,5 мл 2 г/л раствора пропилового спирта. После фиксации пробки к горловине флакона, перемешивали. Шприцем вводили 0,25 мл 30% раствора натрия нитрита. Хроматографировали. Идентифицировали пик пропиленнитрита. Количественное исследование на карбоксигемоглобин (ПЭ-5400В): К 1 мл исследованной крови прибавляли 4 мл 0,24% раствора цитрата натрия (раствор №1). К 0,1 мл раствора №1 прибавляли 4,9 мл 0,4% раствора аммиака. Измеряли оптическую плотность D (гемоглобина) при S (max)=540 нм, (зеленый светофильтр) кювета 10 мм, раствор сравнения - 0,4% раствор аммиака. К 4 мл ацетатного буфера (рН 5,2) прибавляли 1 мл раствора №1, смесь выдерживали на водяной бане при температуре 56-57°C течение 6 минут, охлаждали во льду в течение 10 минут, фильтровали через бумажный фильтр (раствор №2). К 4,5 мл 0,4% раствора аммиака добавляли 0,5 мл фильтрата (раствор №2) и измеряли оптическую плотность D (карбоксигемоглобина), в условиях, описанных выше. D (карбоксигемоглобина) составляет: 0,00; D (гемоглобина) составляет: 0,590 Расчет количественного содержания карбоксигемоглобина по формуле $X = D \text{ (карбоксигемоглобина)} \cdot 100\% : D \text{ (гемоглобина)} = 9,00\%$. Приготовление ацетатного буфера: 1. 306 г натрия ацетата доводили до 750 мл дистиллированной водой (раствор А). 2. 75 г. Ледяной уксусной кислоты доводили до 250 мл дистиллированной водой (раствор Б). 3. Смешивали А и Б. Результаты и выводы. 1) Статистически значимых токсикологических различий (отравление угарным газом и алкогольное опьянение) между группами РОС и ПОС выявлено не было. В то же время данные сопутствующие состояния, возможно, являются весомым отягощающим фактором в развитии сепсиса. 2) Термоингаляционное поражение и отравление угарным газом является мощным предиктором смертельного исхода ожоговой болезни, с отношением рисков равным 8,98, $p = 0,05$. 3) Каждый четвертый погибший находился в состоянии алкогольного опьянения, однако, по нашим данным, сопутствующее алкогольное опьянение не является статистически значимым фактором риска получить смертельную ожоговую травму.

Антропова О. С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ОЖОГОВОГО СЕПСИСА

Материалом для исследования послужили 88 актов судебно-медицинского исследования Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2014-2019 гг. Из них у 65 пострадавших одной из основных причин смерти явился ожоговой сепсис. У 57 обожжённых – РОС, который был диагностирован на первые-десятые сутки, у 8 погибших – ПОС, который был диагностирован в более поздние сроки. На основании проведённого комплексного сравнения патогенеза РОС и ПОС можно сделать отчасти смелое предположение, что РОС, особенно развившийся в первые несколько суток после получения ожоговой травмы, сепсисом, в полной дефиниции этого состояния как таковым не является. Это состояние в современной анестезиологической и реаниматологической практике принято называть синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), system inflammatory response syndrome (SIRS). При данном состоянии на первое место в патогенезе выходит не септикопиемия и интоксикация продуктами жизнедеятельности микроорганизмов (которые в крови на первые сутки могут и не обнаруживаться), а повреждение организма и эндотелия сосудов собственными молекулами организма (гиперреактивность): гиперцитокинемия (цитокиновый шторм), резкое повышение проницаемости сосудистой стенки на фоне эндотелиальной дисфункции, гиперпродукция инфламасом, секвестрация крови, белая кровопотеря, снижение эффективного ОЦК, МОК, клубочковой фильтрации, иммуннорегуляторный дисбаланс, развитие «шоковых» органов: лёгких (дистелектазы, эмфиземация), почек (некротический нефроз), печени, головного мозга. Из этого следует и предположительные ключевые звенья патогенетической терапии, помимо антибиотико- и инфузионной терапии следует проводить противцитокиную и иммуннорегуляторную терапию.

Поздний ожоговый сепсис из полученных нами данных протекал по классической патогенетической схеме, с развитием септикопиемии и очагами гнойных метастазов в различных органах и тканях (гнойная бронхо и плевро-пневмония, гнойный менингоэнцефалит, гнойный нефрит, гнойное воспаление в коже ожоговой поверхности) приводящими к последующей выраженной миелоидной гиперплазии костного мозга бедра и гиперплазии ретикулоэндотелия селезенки.

Ахrameев В.Б.

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

К ВОПРОСУ ОБ ИММУННОМ СТАТУСЕ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Острый панкреатит встречается у 16% больных острым холециститом. Проведен анализ результатов хирургического лечения 75 больных острым холецистопанкреатитом, находящихся на лечении в хирургическом отделении ДКБ ст.Донецк. Мужчин было 21, женщин - 54; возраст от 32 до 80 лет. 45% больных были старше 60 лет. Показаниями к экстренной операции у 32 больных были выраженные симптомы перитонита, деструктивного холецистита и панкреонекроза. Оперативные вмешательства выполнены через 3 - 4 суток от начала заболевания и 4-6 часов от поступления. У всех больных установлены деструктивные изменения желчного пузыря, у 5 - жировой и геморрагический панкреонекроз и у 27 - отек поджелудочной железы. У 16 пациентов обнаружены камни общего желчного протока, у 5 - стеноз большого дуоденального соска.

Холецистэктомия без вмешательства на желчных протоках произведена 8 больным, холецистэктомия в сочетании с холедохостомией - 21, холецистэктомия с холедоходуоденостомией - 3. В связи с некротическим процессом в поджелудочной железе 4 больным произведена абдоминализация и 1 - субтотальная резекция поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки – 4. Отечный панкреатит не требовал вмешательства на поджелудочной железе. Умер 1 больной от прогрессирующего панкреонекроза в фазе гнойного расплавления некротических очагов. Послеоперационная летальность – 3,1%.

В отсроченном порядке (через 6 – 8 дней от поступления) оперативные вмешательства выполнены 43 больным. У всех установлены деструктивные изменения желчного пузыря, у 18 - жировой и геморрагический панкреонекроз и у 25 - отек поджелудочной железы. У 16 пациентов обнаружены камни общего желчного протока, у 5 - стеноз большого дуоденального соска.

Холецистэктомия без вмешательства на желчных протоках произведена 5 больным, холецистэктомия в сочетании с холедохостомией - 33, холецистэктомия с холедоходуоденостомией - 5. В связи с некротическим процессом в поджелудочной железе 14 больным произведена абдоминализация и 1 - субтотальная резекция поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки – 9.

Умерло 3 больных от прогрессирующего панкреонекроза в фазе гнойного расплавления некротических очагов. Послеоперационная летальность – 6,9%.

Таким образом, при выраженных симптомах перитонита, деструктивном холецистите и панкреонекрозе показаны ранние операции. При панкреонекрозе на 5 - 6 сутки заболевания операции на желчных путях необходимо сочетать с удалением некротизированной части железы для предупреждения гнойно-септических осложнений. Если резекция поджелудочной железы невыполнима, то показана абдоминализация ее для предупреждения распространения некротического процесса на забрюшинную клетчатку.

Итак, выбор метода и характер оперативного вмешательства на поджелудочной железе при остром холецистопанкреатите зависят от формы заболевания, клинического течения, локализации, распространения некротического процесса и осложнений. Наиболее обоснованными операциями при деструктивном холецистите в сочетании с панкреонекрозом являются холецистэктомия и абдоминализация, либо резекция измененной части поджелудочной железы.

Бабенко-Сорокопуд И.В., Грачев Р. А., Ильенко И.В., Чистик Т.В., Сорокопуд Е.П.

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

ПРИМЕР МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН

«Забота о здоровье и формирование здорового образа жизни у молодежи является важнейшей социально-значимой задачей для общества и государства в целом» (Игнатенко Г. А, 2020г.). Сексуальный интерес активизируется в юном репродуктивном возрасте, что генетически детерминировано или необходимо для продолжения рода, однако сексуальные потребности потенциально выливаются в ранние половые контакты, незапланируемую беременность, ИППП... Определение «юные женщины» стало традиционным - так называют девушек-подростков, которые преждевременно (до 16 лет) начинают половые контакты и определяют к группе риска (С. Я. Волгина, 2013г.). Самые распространенные проблемы связаны с сексом, как в гетеросексуальной, так и негетеросексуальной паре – это проблемы инфекции половых органов (Прилепская В.Н., 2020г.). Особенности сексуальных отношений современной юной женщины: снизился возраст полового дебюта (13-16 лет), промискуитет (53,5% девушек к 19 годам успевают сменить от трех до шести партнеров), смена партнера, если эмоциональные отношения с ним зашли в тупик (Бабенко-Сорокопуд И.В., 2020г.). «Женские болезни» неминуемо приводят к сексуальным дисфункциям, что становится проблемой реализации репродуктивной функции (Кира Е.Ф., 2021г.). Цель исследования: повысить качество жизни юных женщин на примере мультидисциплинарной помощи по охране репродуктивного и сексуального здоровья. Анонимный опрос сексуально активных девушек в возрасте 16-19 лет с верифицированным гинекологом

диагнозом «неспецифический вагинит» по теме «Что мешает качественному сексу?» выявил ответы: «хронические (рецидивирующие) воспалительные заболевания гениталий» (99%), «сухость/обильные выделения/боли при половом контакте» (89%), «страх инфицирования» (78%), «психологические проблемы (депрессия, тревога) не дают расслабиться» (60%), «эстетические проблемы гениталий» (у меня не идеальные половые органы/ пирсинг / тату») (45%), «страх непланируемой беременности» (46%), «онкобоязнь» (34%), «барьерные контрацептивы снижают чувствительность и поэтому не использую» (32%), «КОК убивает либидо и поэтому не использую» (30%). Анализ результатов помог выявить возможные причины гинекологических и сексуальных проблем в исследуемой группе: факт наличия воспалительного процесса с клиническими проявлениями (сухость/обильные выделения/боли/психологический дискомфорт), нежелание использовать барьерные контрацептивы по причине негативных установок, а так же потребность иметь «эталон интимной красоты». Преемственность в работе гинеколога, сексолога, психиатра/психотерапевта/психолога по сохранению репродуктивного и сексуального здоровья юных женщин позволит повысить качество их жизни снизив частоту рецидивов заболеваний, как инфекционной так и неинфекционной природы.

Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Савченко А.А., Сорокопуд Е.П., Левченко И.И.

Донецкий Республиканский Центр Охраны Материнства и Детства

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

В структуре общей женской заболеваемости большой удельный вес заболеваний МЖ начиная с детского и подросткового возраста. Маммогенез тесно связан с периодами функциональной активности гипофиза, яичников, коры надпочечников, щитовидной железы. МЖ один из главных эстроген-зависимых органов и является индикатором начала полового развития, функциональной активности яичников, становления репродуктивной функции.

Были изучены жалобы пациенток подросткового возраста (13-19 лет) «Клиники, дружественной к молодежи» (КДМ) ГДКБ №2 г. Донецка и проанализирована медицинская документация 46 пациенток с диагнозом доброкачественные дисгормональные заболевания молочных желез (ДДЗМЖ) ДРЦОМД МЗ ДНР за период 2017-2020 г. В структуре консультативных обращений к врачу-гинекологу КДМ, первое место занимают проблемы репродуктивного здоровья - 34% от числа всех консультаций, в том числе, 11,2% по вопросам здоровья и состояния МЖ. Различные патологические состояния МЖ составили 2,5% от общего показателя заболеваемости в данной возрастной группе. Среди них: масталгия в 11,3% случаях, в 3,6% случаях фиброзно-кистозные изменения, в 1,9% воспалительные заболевания, в 0,7% галакторея, в 1,4% аномалии и нарушения развития. Часть девушек предъявляли жалобы недовольства формой, размером и асимметрией молочных желез. Целенаправленно с профилактической целью 15 пациенток (0,2%), которые имели отягощенный семейный анамнез по онкологическим заболеваниям МЖ, обратились для осмотра и оценки состояния своего здоровья. Девушкам с выявленной патологией было рекомендовано дообследование (УЗИ, гормоны крови), консультация маммолога ДРЦОМД МЗ ДНР с назначением этиопатогенетической терапии. Клинически здоровые пациентки, которые имели субъективное недовольство состоянием МЖ, могли воспользоваться поддержкой медицинского психолога. Каждая девушка была обучена навыкам самообследования МЖ, проведены беседы о важности своевременной диагностики и профилактики различных заболеваний МЖ. Анализ журнала консультативного приема подросткового гинеколога ДРЦОМД МЗ ДНР и амбулаторных карт девушек-подростков с верифицированным маммологом диагнозом ДДЗМЖ показал, что гинекологический возраст (от момента менархе до установления диагноза ДДЗМЖ) в среднем составил $4,5 \pm 0,37$ года. Отягощенный сомато-психический анамнез имели 65,2% обследованных. Средний возраст менархе у наблюдаемой группы пациенток составил $11,6 \pm 0,47$ года. На момент установления диагноза ДДЗМЖ 56,5% обследованных не имели регулярный менструальный цикл: 20% - нарушение по типу первичной олигоменореи, 32,6% - нарушение по типу вторичной олигоменореи, 10,9% - вторичной аменореи. У 8,9% девушек галакторея в анамнезе. Проявления гирсутизма-

гипертрихоза имели 43,5% подростков (из них 4,0% девушек с негетеросексуальным поведением), акне вульгарис - 34,8%, линейной дистрофии кожи - 26,1%, сочетанного проявления гиперандрогении - 34,8%. Отмечался гормональный дисбаланс, проявляющийся относительной гиперэстрогенией и гипопрогестеронемией. При ультразвуковом исследовании МЖ выявлены изменения, свидетельствующие о смешанной форме ДДЗМЖ у 65,2% девочек-подростков, кистозной формы - у 34,8%. Психический статус девушек-подростков с ДДЗМЖ характеризовался признаками психической дезадаптации: истощением психоэнергетических ресурсов, эмоциональной и вегетативной неустойчивостью, нарушением сна, тревогой, сниженным фоном настроения.

Обследование МЖ на этапе формирования позволяет предотвратить патологические состояния и грозные осложнения в будущем. Каждый консультативный прием детского и подросткового гинеколога должен включать осмотр МЖ на всех этапах ее формирования. Патогенетическая терапия ДДЗМЖ должна быть на основании индивидуального подхода в каждом конкретном случае и включать комплексный подход. Наиболее целесообразно осуществлять диспансерное наблюдение девушек-подростков с патологией молочной железы совместно с маммологом на третьем уровне оказания профильной медицинской помощи.

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Желтоноженко Л.В., Демишева С.Г.

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Установлено, что около 15 % девушек подвергается необоснованным хирургическим вмешательствам на яичниках, снижая функционально-морфологический резерв, а используемая с целью гемостаза хирургическая энергия оказывает повреждение здоровой яичниковой ткани (Муслимова С. Ю., 2021г.). Цель исследования: изучить состояние овариального резерва у девушек с нарушением менструального цикла (НМЦ) по типу вторичной аменореи и привлечь внимание смежных специалистов к проблеме сохранения овариального резерва юных пациенток. Выборку составили 167 девушек, которые обратились за гинекологической помощью. Критерии включения в исследование: возраст с 13 до 18 лет, НМЦ по типу вторичной аменореи (N91.1); концентрация в крови гормона пролактина – в пределах возрастной нормы. Состояние овариального резерва определяли исследуя уровень основных маркеров: антимюллерового гормона (АМГ), лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола) методом иммуноферментного анализа; ультразвуковые параметры овариального резерва аппаратом с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчика, включающие в себя объем яичников. Повреждающие факторы (анамнез жизни и заболевания, результат медико-социального аудита) устанавливались путем анализа медицинской документации. Результаты, полученные в ходе исследования, подвергали статистической обработке с использованием пакета программ Statistica for Windows 10.0 (StatSoft Inc., США). Вследствие полученных результатов состоятельности овариального резерва в группе исследования (возраст $16,9 \pm 0,4$ лет) были выделены две подгруппы: со вторичной аменореей ($n=109$) и со вторичной аменореей после оперативного вмешательства на яичниках ($n=58$). В 1 подгруппе у 12 человек (11%) и во 2 подгруппе у 9 человек (15%) было установлено снижение овариального резерва ($n=26$): АМГ как более ранний и информативный критерий овариального резерва ($0,4 \pm 0,1$ нг/мл) в 13,8 раза, что ниже среднего значения в группе исследования ($n=141$) ($5,5 \pm 0,7$ нг/мл). Таким образом, изучение состояния овариального резерва у девушек с нарушением менструального цикла по типу вторичной аменореи показало, что наибольший риск снижения овариального резерва на этапе становления репродуктивной системы имели пациентки со вторичной аменореей и с оперативным вмешательством на яичниках в анамнезе, что позволяет выделить группу риска на доклиническом этапе и планировать репродуктивное поведение девушки. Привлечение к диагностике и сохранению овариального резерва смежных специалистов разного профиля как хирургов, эндокринологов, сексологов позволит выбрать органосохраняющую тактику терапии, что повысит качество жизни пациенток в будущем.

Бабич И.И., Сизонов В.В., Новошинов Г.В., Мельникова С.Р., Мельников Ю.Н.

ГБУ РО «Областной детской клинической больницы», 344015, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Актуальность: В настоящее время, в хирургическом лечении кист общего желчного протока у детей предпочтение отдается радикальному иссечению кистозного образования холедоха с последующим наложением гепатикоеюноанастомоза по РУ, либо билиодигестивного анастомоза с тонкой кишкой. Выбор подобной тактики лечения мотивируется высоким риском малигнизации не иссеченной полости кисты в пожилом возрасте, однако, в современной литературе, доказательные данные по этому поводу не встречаются. Стоит отметить, что при формировании гепатикоеюноанастомоза, билиодигестивного анастомоза риск развития осложнений варьирует от 15% до 40 % случаев.

Цель: проанализировать результаты оперативного лечения кист общего желчного протока у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростов-на-Дону с 2005 по 2020 г.г. находилось 64 пациента в возрасте от 3 х месяцев до 14 лет с различными вариантами кист общего желчного протока. Основным способом диагностики являлись КТ и МРТ с контрастом. Данные методы исследования позволяют установить диагноз с нюансами анатомического расположения по отношению магистральным сосудам исследуемой области. В 56,3 % случаев (36 пациентов) (выполнялось радикальное иссечение кисты, при этом диаметр соустья кисты с холедохом составлял до 1 см, проходимость холедоха была полная. В 29,7% случаев (19 пациентов) отмечалось широкое основание кисты с холедохом. В данном случае, выполнялась цистодуоденоанастомоз бок в бок. В 32,8% случаев (21 пациент) выполняли энтероцистоанастомоз на короткой петле. В 14 % случаев (9 пациентов) определялось расширение холедохана всем протяжении с гистологически подтвержденной гипоплазией мышечного слоя. Было выполнено формирования дуоденогепатикоеюноанастомоза. Отдаленные результаты прослеживались в период от 1 до 5 лет. Всем пациентам проводился скрининг общеклинических, биохимических анализов, эндоскопическая визуализация двенадцатиперстной кишки с зоной анастомоза.

Результаты и обсуждение: в группе пациентов с иссечением кисты холедоха и узким соустьем между кистой и холедохом дети были практически здоровы, клинических и лабораторных признаков холестаза не было. При МРТ в 3,6 % случаев (3 пациента) определялась умеренная деформация без признаков стеноза. В группе с цистодуоденоанастомозом только в 1,2% случаев (1 пациент) определялась рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки, клиники стеноза не было, грануляционных, папилломатозных разрастаний не отмечалось. В группе пациентов с гепатодуоденальным анастомозом признаков холестаза не выявлено. Однако, в 1,2 % случаев (1 пациент) наблюдалась определенная деформация двенадцатиперстной кишки с фиксированным перегибом, умеренным стенозом без клиники непроходимости.

Выводы и рекомендации: предпочтительным является радикальное иссечение кисты. Иссечение кисты с перевязкой соустья возможно только при диаметре последнего до 1 см. При широком соустье между холедохом и кистой целесообразно выполнить цистодуоденоанастомоз.

Багрий А. Э., Приколота О.А., Шукина Е.В., Хоменко М.В., Ковыршина Е.Е., Цирковская Е.Р.

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

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ: ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА/РЕВМАТОЛОГА

Рассмотрение вопросов применения различных антитромботических препаратов во время беременности и лактации является актуальной задачей, т.к. беременность – протромботическое состоя-

ние. Риск развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) во время гестации в 5 раз выше, чем в популяции сравнимых по возрасту небеременных женщин. Цель настоящей работы - рассмотрение основных аспектов корректного использования антитромботических средств у беременных и кормящих.

Наиболее безопасной среди антитромботических препаратов в любые сроки беременности и при лактации является ацетилсалициловая кислота (АСК). Также находят применение низкомолекулярные гепарины (НМГ) (разрешены эноксапарин, дальтепарин, тинзапарин) и нефракционированный гепарин (НФГ), т.к. данные препараты не проходят через плацентарный барьер и не поступают в грудное молоко. Подбор их дозировок при гестации осуществляют с учетом массы тела женщины до наступления беременности. В случаях повышенного риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) (антифосфолипидный синдром (АФС), механические протезы клапанов и т.д.) рекомендуется назначение НМГ/НФГ под периодическим контролем Ха фактора свёртываемости крови. Применение варфарина при гестации не разрешено из-за риска развития эмбриопатий. Новые пероральные антикоагулянты (НПОАК), несмотря на множество случаев их применения у беременных без видимых негативных эффектов, пока не разрешены для применения у беременных и кормящих.

Для профилактики преэклампсии (ПЭ) у пациенток с повышенным риском развития данного акушерского осложнения (преждевременные роды в анамнезе, экстрагенитальная патология: сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ), артериальная гипертензия и т.д.) рекомендуется назначение 75-100 мг/сут АСК. Прием АСК рекомендуют начать в сроки до 12-20 недель гестации и продолжать в течении всей беременности.

Профилактика ТГВ/ТЭЛА у женщин, имевших подобные эпизоды до беременности, основывается на длительном применении НМГ. Профилактика ТЭО при обнаружении антител к фосфолипидам (АтФЛ) или клиническом антифосфолипидном синдроме (АФС) может различаться: при наличии у женщины АтФЛ (без клинических проявлений АФС) – в течении всей беременности рекомендован прием АСК (75 мг/сут); в случае выявления АтФЛ (без клинических проявлений АФС) у женщины с СЗСТ к АСК добавляют гидроксихлорохин (200–400 мг/сут), а возможно, и преднизолон (5–10 мг/сут). Если у беременной с АтФЛ явных ТЭО не было, но имели место прерывания беременности, то применяют сочетание АСК (75 мг/сут) + профилактические дозы НМГ + (возможно) гидроксихлорохин (200–400 мг/сут) + (возможно) преднизолона (5–10 мг/сут), в случаях АФС с ТЭО угрожающих жизни в дополнение к АСК и терапевтическим дозам НМГ могут использоваться: пульс-терапия метилпреднизолоном, плазмаферез и др.

В случае развития ТГВ/ТЭЛА необходимо быстрое начало использования НМГ в терапевтической дозе, длительностью не менее 3 месяцев (в т.ч. не менее 6 недель после родов). После родов возможен перевод на варфарин (при этом лактация возможна) или на НПОАК (в этом случае лактацию прекращают).

Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Коноваленко А.В., Коноваленко Ю.Н.

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

УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ КАК ФАКТОР ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Цель работы: изучить пригодность показателя уровня прокальцитонина как фактора применения и выбора антибактериальной терапии у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. В работе использованы данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в инфекционном отделении, развернутом на базе хирургического и урологического отделений Центральной Городской Клинической больницы № 6 г. Донецка за период с октября 2020 по май 2021 гг. с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (лабораторно подтвержденная), двусторонняя полисегментарная пневмония. Исследованию подверглись 50 пациентов различного возраста, пола и степени тяжести заболевания. Всем пациентам на различных этапах лечения, многократно выполнялось определение прокальцитонина крови. Среди

пациентов были лица (25 пациентов), которые не получали антибактериальную терапию или имело место кратковременное применение таблетированных антибиотиков на догоспитальном этапе. Проводился сравнительный анализ тяжести и длительности течения заболевания на фоне применения или отсутствия антибактериальной терапии с учетом уровня прокальцитонина крови. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета R.

Результаты и обсуждение. В результате лечения: 30 % (15) пациентов имели сроки госпитализации в пределах 14 суток ($\pm 2,0$), минимальное снижение насыщения крови кислородом или отсутствие снижения ($\text{SpO}_2 - 95 \% \pm 2$), кратковременное (до 2 суток) или полное отсутствие температурной реакции; 60 % (30) пациентов имели сроки госпитализации в пределах 30 суток ($\pm 5,0$), умеренное и выраженное снижение насыщения крови ($\text{SpO}_2 - 90 \% \pm 6$), длительную (до 7 суток) температурную реакцию; 10% (5) пациентов погибло на фоне постоянно нарастающей гипоксии в связи с прогрессивным снижением SpO_2 . В результате анализа выявлено: сроки госпитализации и характер течения заболевания у пациентов с уровнем прокальцитонина до 0,8 нг/мл как получавших антибактериальную терапию, так и у тех, кто ее не получал, не имеют статистически достоверных различий. У пациентов с уровнем прокальцитонина $> 1,3$ нг/мл применение двухкомпонентной (цефалоспорины + фторхинолоны) антибактериальной терапии в комплексе лечения существенно уменьшает сроки госпитализации (на $8 \pm 2,0$ суток), ускоряет стабилизацию температурной реакции и уровня SpO_2 . Большинство пациентов (60%) исследуемой группы имели уровень прокальцитонина в пределах 0,1-0,4 нг/мл без выраженных колебаний процессе лечения. Стартовый уровень прокальцитонина около 0,5 нг/мл, независимо от тяжести течения заболевания, был характерен для представителей горнодобывающей профессии, газосварщиков и водителей тяжелой техники.

Выводы: назначение антибактериальной терапии, а также выбор степени ее интенсивности является сложным и дискуссионным вопросом в лечении больных новой коронавирусной инфекцией COVID 19 и возникающего при этом поражения легких. Уровень прокальцитонина крови пациента может служить надежным фактором при принятии данного решения. По нашему мнению, пациенты с уровнем прокальцитонина 0,8 нг/мл и ниже не нуждаются в назначении антибактериальной терапии, направленной на респираторную систему.

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

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

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ранняя диагностика синдрома системного воспалительного ответа (systemic inflammatory response syndrome – SIRS), характерного для первой фазы течения раневого процесса любых гнойных поражений, особенно важна для больных с гнойно-некротическими поражениями (ГНП) синдрома диабетической стопы (СДС). Выраженность SIRS определяет прогноз органосохраняющего лечения.

Для оценки SIRS, кроме клинических данных, изучили отдельные лабораторные показатели (уровень прокальцитонина, лейкоцитарные индексы интоксикации) у 142 пациентов с ГНП СДС, находившихся на лечении в клинике в 2016-2020 гг. Степень тяжести SIRS оценивали по критериям R.C. Bone (легкой степени тяжести, средней степени тяжести, тяжелый прогрессирующий SIRS – сепсис). Изученные индексы интоксикации – лейкоцитарный (ЛИИ), лимфоцитарный (ЛИ), индекс ядерного сдвига (ИЯС), индекс иммунореактивности (ИИР).

Анализ полученных данных показал, что в большинстве случаев сопоставление первичной клинической оценки тяжести состояния коррелирует с такими показателями, как ЛИИ и ИЯС, для которых существуют усредненные нормативные показатели распределения по тяжести состояния. Особенно четко это проявляется при сопоставлении средних величин изучаемых показателей в подгруппах (легкой, средней степени, тяжелой степени SIRS) как в основной, так и в контрольной группах. Риски развития несоответствия стандартным показателям клинически определяемой степени тяжести SIRS нивелируются при сопоставлении средних величин в подгруппах, но индивидуальная оценка

показала значительную вариабельность. Детальный анализ показателя ЛИИ показал, что существует риск выявления несоответствия значений показателя стандартному распределению по нормативным данным. Для ИЯС риск развития отклонений от стандартных показателей в подгруппах встречается реже, чем для ЛИИ. Показатели ИЯС более 1,0 у.е. (тяжелая степень) не получены в подгруппах с легким клиническим течением SIRS ни в основной, ни в контрольной группе. Но, в целом, высокие показатели ИЯС ($> 0,2$ у.е.) встречаются у абсолютного большинства пациентов со средней степенью и тяжелым течением SIRS (80,6 %-81,3 % в основной группе, 68,4 %-75,0 % в контрольной группе). Это характеризует низкую скорость регенерации нейтрофилов и моноцитов и сокращение продолжительности их циркуляции в кровяном русле. Низкие значения ИЯС в подгруппе с тяжелым течением SIRS отмечены лишь в одном случае (6,2 %) в основной группе. Но, при этом нормальные значения показателя ИЯС встречаются достаточно часто, как при средней тяжести SIRS (13,9 % в основной и 26,3 % в контрольной группе), так и при тяжелом течении SIRS (12,5 % в основной и 25,0 % в контрольной группе). Аналогичные отклонения получены и для показателей ПКТ. Максимально высокие значения ПКТ получены у больных с тяжелым течением SIRS, с превышением усредненных нормальных показателей в 93,8 % случаев. По уровню значимости показатель ПКТ наиболее высоко положительно коррелирует со значениями ЛИИ у больных со средней степенью и тяжелым течением SIRS больных основной группы ($R_{xy} = 0,7-0,9$ – высокая корреляция). Оценка типов воспалительной реакции показала значительную вариабельность иммунореактивности у больных с СДС. Выявлен дисбаланс основных клеток продуцентов цитокинов и дисбаланс в цитокиновом профиле при наличии лимфопении, а также недостаток антимедиаторов воспаления и недостаток дезинтоксикационного компонента у больных СДС.

Баринев Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Терещук Б.П.

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

АНАЛИЗ ГИПОРЕАКТИВНОГО ФЕНОТИПА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение. Активация тромбоцитов (Тц) является маркером не только каскада гемостаза, но и воспалительных процессов. Предполагается, что у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) имеется гетерогенность агрегационного ответа Тц, что является проявлением индивидуальной реактивности и может иметь существенно значение в частоте рецидивов и тактике лечения данных пациентов.

Цель исследования – проанализировать и выявить кластер рецепторов гипореактивного фенотипа реактивности Тц у пациентов с ХОПН.

Материалы и методы. Исследована периферическая кровь пациентов с верифицированным диагнозом ХОПН в фазе ремиссии ($n=85$). Критерием распределения фенотипов являлось минимальное и максимальное количество тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА), выявленное в процессе анализа мазков крови у здоровых лиц (гипореактивный фенотип характеризовался наличием 1 агрегата/поле зрения до индукции агонистами). Для анализа агрегационной активности Тц (АТц, %) использовали фактор активации Тц (ФАТ) (концентрация - 150 мкМ), аденозиндифосфат (АДФ) (концентрация 5мкМ – 5 мкл), адреналин (концентрация 5мкМ – 5 мкл). Статистический анализ был выполнен в программе MedCalc Software (version 12.5.0.0). Достоверность различий считалась на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Было установлено, что среди 85 пациентов в фазе ремиссии ХОПН, пациенты с гипореактивным фенотипом составили 35 % ($n=30$). Уровень АТц при индукции адреналином составил $29,166 \pm 4,279\%$ (95%ДИ 19,747 - 38,586%), что было на 71,9 % ниже ($p=0,001$), по сравнению с группой условно здоровых волонтеров, значение которой было на уровне $50,222 \pm 2,436\%$ (95% ДИ 44,602 - 55,841%). Для индукции пуриновых рецепторов (P2) АДФ результат составил $37,6 \pm 3,022\%$ (95% ДИ 33,103 - 47,396%). Была выявлена гипореактивность P2-рецептора на Тц, которая выражалась в снижении на 38,29%, по сравнению с контрольной группой ($p=0,047$). Результат контрольной

группы при этом составил $52,0 \pm 4,806\%$ (95% ДИ 41,617 - 62,383%). По сравнению с адренэргической индукцией, результаты АДФ-стимулированной АТц были на 28,76 % больше ($p=0,02$). Корреляционная зависимость подтвердила наличие положительной связи высокой степени между данными агонистами ($r=0,9$, $p<0,0001$), что свидетельствует о едином внутриклеточном каскаде активации Тц. ФАТ-индуцированная АТц составила $24,833 \pm 2,225\%$ (95% ДИ 19,935 - 29,731%), что было проявлением гипореактивности ФАТ-рецептора на Тц. При этом результаты были в 2,15 раза меньше, по сравнению с группой условно здоровых волонтеров ($p<0,0001$) (индукция ФАТ в контрольной группе составила $53,461 \pm 2,841\%$ (95% ДИ 47,271 - 59,651%); по сравнению с адренэргической индукцией - 17,74% ($p=0,378$), по сравнению с АДФ-индуцированной реакцией на 51,61 % меньше ($p=0,0005$).

Выводы. Таким образом, кластер активности рецепторов гипореактивного фенотипа - можно представить следующим образом: АДФ↓> Адреналин↓=ФАТ↓, что подтверждает низкую реактивность в отношении звеньев участия в воспалительной реакции. Гипореактивность адренорецептора и ФАТ-рецептора Тц ограничивают рекрутирование лейкоцитов, что подтверждает компенсаторный механизм снижения воспаления. Однако было выявлено также сохранение критического уровня пуриновых рецепторов на Тц, что обеспечивает потенцирование аутокринной адаптации Тц.

Баринов Э.Ф., Фабер Т.И.

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

РОЛЬ ФАТ-РЕЦЕПТОРОВ И GPVI РЕЦЕПТОРОВ НА ТРОМБОЦИТАХ В РАЗВИТИИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ХИМ III СТАДИИ

Актуальность: при изучении молекулярных механизмов участия тромбоцитов в развитии сосудистой деменции при хронической ишемии мозга (ХИМ) следует признать дефицит доказательств. В этой связи необходимо, в рамках одного исследования, установить *in vitro* активность каких рецепторов на клетках мишенях претерпевает изменения. При таком методическом подходе открываются возможности восстановить причинно-следственные связи развития сосудистой деменции у больных с ХИМ III стадии.

Цель исследования: выявить индикаторы, определяющие развитие сосудистой деменции у больных с ХИМ III стадии.

Материалы и методы: исследование носило проспективный характер и включало 45 пациентов с клинико-неврологическими и нейровизуализационными признаками III стадии ХИМ. Для верификации изменений в мозге использовали МРТ и КТ. Нейрокогнитивное исследование проводилось с помощью психометрических и качественных тестов, применялись шкалы MMSE (Mini Mental State Examination). Для выявления системного воспаления использовали лейкоцитарную формулу и СОЭ.

Анализ функционального состояния тромбоцитов проводили *in vitro*. В исследовании применяли агонисты рецепторов, участвующих в патогенезе ХИМ, в частности: ФАТ (лиганд ФАТ-рецепторов), коллаген (лиганд GPVI рецепторов). Оценку агрегации тромбоцитов (АТц) проводили турбидиметрическим методом на анализаторе ChronoLog (США). При проведении анализа использовали статистический пакет MedCalc.

Результаты исследования: нейрокогнитивное тестирование по краткой шкале MMSE у пациентов с ХИМ III стадии выявило нарушения по сравнению с таковыми при II стадии заболевания. При МРТ у пациентов с ХИМ III стадии не выявлено статистически значимых морфологических изменений головного мозга по сравнению с выявленными при II стадии заболевания. При III стадии ХИМ выявляли лейкоцитоз. Отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы «влево» – содержание ПЯ-Нф повышалось в 2,4 раза ($P=0,032$) по сравнению с II стадией ХИМ. А также имело место увеличение СОЭ, прирост данного индикатора воспалительной реакции составил 30,5% ($P=0,032$) по сравнению с II стадией ХИМ.

При исследовании агрегации тромбоцитов было выявлено гиперреактивность ФАТ-рецепторов и GPVI-рецепторов ($66,6 \pm 1,0$, ДИ 54,0-86,0 и $67,3 \pm 0,9$ ДИ 53,0-77,0 соответственно). Значимая взаимосвязь активности ФАТ-рецептора с СОЭ и лейкоцитозом (соответственно, $r_{\text{ФАТ-СОЭ}}=0,654$ и

гФАТ-Лц=0,733; $p<0,05$) отражает роль лейкоцитов в реализации системной воспалительной реакции (синтез белков плазмы острой фазы воспаления) и участие ФАТ в активации клеток крови.

Наличие корреляционной связи высокой силы между количеством лейкоцитов и активностью GPVI рецептора к коллагену IV типа базальной мембраны (БМ) сосудов (гЛц-АТ-коллаг=0,808; $p<0,05$) отражает стереотипную реакцию активации лейкоцитов на этапе предшествующем их миграцию через стенку сосудов микроциркуляторного русла, которая направлена на ремоделирование БМ.

Выводы: таким образом, ведущим механизмом патогенеза III стадии ХИМ является развитие нейровоспаления и ремоделирование ВКМ. Возникающая при этом, активация ФАТ-рецептора и GPVI-рецептора на клетках-мишенях может сопровождаться стереотипными реакциями в головном и спинном мозге. Такой тип реакций направлен на активацию астроцитов и микроглии, следствием чего является нарушение функционирования синапсов ЦНС, продукция провоспалительных цитокинов, увеличение проницаемости эндотелия и ГЭБ, что, в итоге, предопределяет развитие сосудистой деменции у пациента.

Баскаков И.Н., Хабарова А.В., Саламех К.А.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВЭБ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение. Доказано, что нередко причиной вторичных иммунодефицитных состояний становятся всевозможные вирусные инфекции. Одной из подобных является Эпштейн-Барр вирусная инфекция – причина инфекционного мононуклеоза (ИМ), все чаще встречающегося в современной практике. Длительная персистенция вируса сопровождается иммунологическими изменениями, а именно – Т-лимфопенией и дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов.

Цель - изучить динамику показателей клеточного звена иммунитета при использовании препарата на основе эхинацеи пурпурной - эстифана и индуктора эндогенного интерферона циклоферона у больных с хронической персистирующей ВЭБ-инфекцией в периоде медицинской реабилитации.

Материалы и методы: Было обследовано 68 пациентов с хронической персистирующей ВЭБ-инфекцией, разделенных на две группы. Первая группа (33 пациента) получала комбинацию средств, состоящих из эстифана и циклоферона по схеме, вторая (35 человек) - общепринятую реабилитационную терапию. До и после завершения реабилитационных мероприятий анализировали содержание в периферической крови популяций Т-(CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+), а также иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, отражающий соотношение лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью.

Результаты исследования. В результате до начала медицинской реабилитации у пациентов обеих групп были обнаружены незначительные нарушения, которые характеризовались наличием Т-лимфопении, снижением количества CD4+-лимфоцитов при незначительном уменьшении уровня CD8+клеток, и уменьшением вследствие этого иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. Количество В-лимфоцитов у большинства обследованных лиц было в пределах физиологической нормы или имелись незначительные отклонения в сторону уменьшения.

Выводы. При повторном проведении иммунологического обследования после завершения медицинской реабилитации была установлена более выраженная положительная динамика у больных первой группы в виде полной нормализации всех показателей, нежели у пациентов второй группы, получавших общепринятые препараты, показатели которых не достигали даже верхних границ нормы.

Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ Г. ЛУГАНСКА

В структуре заболеваемости детей младшего школьного возраста особое место принадлежит патологии опорно-двигательного аппарата, в том числе нарушение осанки. Каждый 7-й школьник имеет нарушение осанки и состоит на диспансерном учете. По данным профилактических осмотров школьников Луганской Народной Республики нарушение осанки в 1-4 классе было диагностировано у 67% детей, в 5-9 классе — 83% и в 10-11 классе выявлено у 94% учащихся. Рост данной патологии в процессе обучения обусловлен особенностями образа жизни, как основного фактора влияющего на развитие нарушения осанки.

Цель работы: изучить основные аспекты образа жизни детей с нарушением осанки.

Материалы и методы: анкетирование родителей 87 первоклассников с нарушением осанки г. Луганска.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных 56,3% считают осанку у своих детей правильной и в 94,3% случаев обращают внимание на положение тела своего ребенка в процессе ходьбы, просмотра телевизора. О значении осанки с детьми беседуют 90,8% родителей, являются примером и выполняют утреннюю гимнастику 9,2% взрослых, а дети в 5,7% и при этом 75,9% опрошенных считают, что формирование осанки — это в первую очередь задача семьи. В течение дня 47,1% первоклассников уделяют до двух часов на выполнение домашних заданий, активным играм — 47,1%, в то же время 49,4% детей за современным гаджетом проводят более двух часов. Согласно результату опроса 64% родителей не нуждаются в консультации о формировании правильной осанки, в то время, когда с упражнениями, которые направлены на развитие правильной осанки, ознакомлены 52,9% опрошенных. У 50,6% детей спальное место организовано на жестком ложе с маленькой подушкой, у 12,6% — на мягком ложе с маленькой подушкой. При выборе обуви ребенка 16,7% родителей ориентируются на супинатор и плотный задник, 12,6% — на доступность по цене, 11,6% — на наличие лишь супинатора, 11,5% — на супинатор, плотный задник и материал обуви. Главной причиной неправильной осанки у детей 29,1% родителей считают отсутствие постоянного образца правильной осанки, 18,4% — низкую двигательную активность, 10,3% — низкий мышечный тонус. Из негативных последствий нарушений осанки 47,1% опрошенных указывают сколиоз, 37,9% — нарушения со стороны внутренних органов, 10,3% — болевой синдром и остеохондроз.

Заключение. Таким образом, низкая осведомленность родителей о гигиенических аспектах формирования правильной осанки, последствиях ее нарушения, отрицание нарушения осанки у своего ребенка при наличии ее признаков, а также отсутствие эталона правильной осанки, малоподвижный образ жизни детей способствуют развитию данной патологии. Отсутствие желания родителей в консультации о формировании правильной осанки у детей указывает на недостаточную санитарно-гигиеническую культуру, а также о нежелании более глубоко ознакомиться с существующей проблемой нарушения осанки у их детей.

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

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г.Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНТЕГУМЕНТНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Цель. Определить особенности клинического течения интeгyмeнтнoй красной волчанки (ИКВ).

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и корреляционный анализ полученных результатов у 115 больных ИКВ.

Результаты. Среди обследованных больных ИКВ было 62 женщины (53%) и 53 (47%) мужчины, возраст которых составил $48,5 \pm 2,15$ лет и $34,4 \pm 1,22$ лет соответственно ($S=2,09$, $p=0,028$). Дискоидная КВ (ДКВ) констатирована у 58 (50,4%) больных ИКВ, диссеминированная КВ (ДисКВ) – у 20 (17,4%) больных ИКВ, центробежная эритема Биетта (ЦЭБ) – у 37 (32,2%) больных ИКВ. Сопутствующие заболевания выявлены у 45 (77,6%) больных ИКВ. Вегетососудистая дистония диагностирована в 55,2% наблюдений, хронический холецистит и дискинезия желчного пузыря – в 41,4%, пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также гипертоническая болезнь I-II стадии – в 15,5%, хронический панкреатит – в 10,4%, хронический колит – в 8,6%, хронический гастродуоденит и эутиреоидный зоб – в 6,9%. Следует отметить, что заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, возвратный ревмокардит, фиброз стенок митрального клапана) наблюдались в основном у больных ЦЭБ – в 23 (66,6%) случаях, из них только 9 человек (39,7%) были в возрасте старше 50 лет и страдали ишемической болезнью сердца. В остальных случаях заболевания сердечно-сосудистой системы у больных ЦЭБ констатировали тяжелые варианты течения ИКВ с выраженной слабостью, утомляемостью, артралгиями, диффузной алопецией, продолжительностью ремиссии менее 1 года, что расценивалось как возможное прогрессирование болезни с трансформацией в системный процесс. Очаги хронической фокальной инфекции чаще регистрировали у больных ДисКВ.

Выводы. Выявленные особенности полиморбидного течения ИКВ обуславливают необходимость обоснования прогноза негативного течения заболевания у больных ЦЭБ и ДисКВ.

Белоцерковцева Л.Д., Бабич И.И., Присуха И.Н.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства»

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Представлены результаты диагностики и лечения нейромышечной дисплазии подвздошной кишки у недоношенных новорожденных детей, сходных по антропометрическим характеристикам, клиническим, рентгенологическим признакам, операционным и патогистологическим находкам. Снижение толерантности к энтеральному питанию и характерная лучевая картина помогают в своевременной диагностике, а операция позволяет избежать катастрофы в брюшной полости и создать благоприятные условия для возобновления энтерального питания на этапе выхаживания.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные дети, нейромышечная дисплазия подвздошной кишки, операция до перфорации, условия для возобновления энтерального питания.

За период 2013-2020 гг в Сургутской университетской клинике родились 70377 детей, в том числе - недоношенных 5828 младенцев (8,28 %). Хирургического лечения потребовали 614 новорожденных детей, из которых 387 недоношенные; им было выполнено 1049 оперативных вмешательств по разным причинам.

Среди оперированных пациентов представлена когорта детей ($n=19$): 12 девочек и 7 мальчиков, от отягощенных беременностей, завершившихся преждевременно на сроках гестации от 22 нед+6 дней до 33 недель, с массой тела от 550 г до 1450 г при рождении, с тяжелой сопутствующей патологией, из которой наиболее часто встречались: респираторный дистресс-синдром (92%), сепсис (29%), внутриутробная пневмония (38%), открытый артериальный проток (39,0%).

С момента рождения у всех младенцев была снижена толерантность к энтеральному питанию, при этом на 2-5 сутки жизни выявлен рентгеновский признак значительного расширения газом диаметров дистальной петли подвздошной кишки в сравнении с диаметром петель тощей кишки, который интерпретирован патогномичным для нейромышечной дисплазии подвздошной кишки.

До перфорации кишечника оперированы 94,7% ($n=18$), у одного – перфорация произошла во время предоперационной подготовки. Операции завершали Т-образным анастомозированием с прокси-

мальной илеостомией по Santulli, что обусловлено трудностями определения границ резекции. Во всех случаях патогистологическое исследование обнаружило нарушения структуры мышечного слоя в виде гипоплазии и дисплазии с хаотичным ветвлением расширенных тонкостенных сосудов, вторичной гипоплазией межмышечных нервных ганглиев.

Энтеральную нагрузку возобновляли с 3-5 суток после операции, пассаж пищи восстанавливался полностью за 3 недели. Хирургических осложнений не было. Летальность составила 21,05 % (n=4); дети умерли в отдаленные сроки после операций (сепсис). Выжившим пациентам энтеростомы закрыты в сроки от 38 до 52 суток после первой операции.

Вывод: Сочетание раннего клинического проявления «интолерантности к пище» и рентгеновского признака «диспропорции газонаполнения подвздошной кишки» у недоношенных новорожденных свидетельствует о нейромышечной дисплазии. Своевременная и рациональная хирургия помогает избежать перфорации измененной стенки подвздошной кишки и создать условия для возобновления энтерального питания на этапе выхаживания.

Берест И.Е., Селезнёв К.Г.

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

РЕПАРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМИ РИНИТАМИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

Введение. Несмотря на развитие функциональной щадящей хирургии на структурах носовой полости операционная травма с последующей тампонадой носа приводит к повреждению мукоцилиарной системы (МЦС) и развитию постоперационного ринита (ПР). Вследствие патоморфологических изменений (альтерация и десквамация мерцательного эпителия с появлением участков полного обнажения базальной мембраны, нарушения секреции) замедляется мукоцилиарный клиренс, создаются предпосылки для бактериальной колонизации, физиологическая регенерация слизистой оболочки (СО) переходит в патологическую, что приводит к необратимым морфологическим изменениям эпителия. Поэтому применение репаративных СО в послеоперационном периоде является патогенетически обоснованным. В последнее время большое внимание уделяется регенерирующему эффекту гиалуроновой кислоты после оперативных вмешательств на ЛОР-органах.

Целью нашего исследования была оценка влияния средства для СО, содержащего гиалуроновую кислоту (спрей «Олифрин», Гротекс, ООО, Россия), на состояние МЦС полости носа у больных с ПР.

Пациенты и методы. В ЛОР-отделении Луганской республиканской клинической больницы под нашим наблюдением находилось 48 больных 25-50 лет (женщин – 19, мужчин – 29) после выполненной в плановом порядке подслизистой резекции перегородки носа с вазотомией и латерофиксацией нижних носовых раковин. Больные с ПР были разделены на 2 группы наблюдения: в I (контрольной) группе (n=25) больным проводился традиционный уход за послеоперационной раной. Во II группе (n=23) больным в дополнение к общепринятой методике был назначен местно натрий гиалуронат по 1-2 впрыскивания в каждый носовой ход 3 раза в сутки в течение 1 мес.

Наблюдение за больными осуществлялось до операции, на 2, 5, 10, 14 и 30 сутки после операции. Для оценки состояния МЦС полости носа проводилось исследование скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) по данным сахаринового теста, выполнялись цитологические мазки-отпечатки с нижних носовых раковин и раневой поверхности и оценка фаций носового секрета (НС), полученных методом клиновидной дегидратации.

Результаты и анализ исследований. При обследовании больных до операции у всех больных отмечались нарушения МЦС в виде замедления МЦТ, изменений нормальной структуры фаций НС и деструктивных изменений эпителия различной степени тяжести: легкие нарушения - у 7 (28,0%) и 6 (26,1%), средняя степень – у 14 (56,0%) и 13 (56,6%), тяжелая - у 4 (16,0%) и 4 (17,4%) в контрольной и основной группах соответственно (p>0,05).

Время МЦТ на 2-е сутки после операции было резко увеличено в обеих группах, и среднее значение составило $44 \pm 0,13$ минут в контрольной группе и $43 \pm 0,14$ минут в основной. Достоверная разница ($p < 0,05$) между группами отмечалась к 10-му дню: в контрольной - $36 \pm 0,18$ минут, а в основной группе $29 \pm 0,13$ минут. Через месяц после операции показатели МЦТ в основной группе вернулись к исходным показателям у 16 (69,6%) больных, а в контрольной только у 11 (44,0%).

Цитологическая картина мазков-отпечатков с раневой поверхности в раннем послеоперационном периоде указывала на выраженную воспалительную реакцию (десквамация эпителия, повышены индексы цитолиза и деструкции клеток, повышенная миграция лейкоцитов). При сравнении результатов лечения в двух группах на 30-й день выявлены достоверные ($p < 0,05$) значительные улучшения цитологической картины, структуры фаций НС, снижение воспалительной реакции СО полости носа у больных в основной группе.

Через месяц после операции в контрольной группе тяжелая степень нарушений в МЦС отмечалась почти у половины больных (48,0%), в то время как в основной группе тяжелая степень нарушений отмечалась только у 6 (26,1%) больных ($p < 0,05$).

Закключение. Одним из ключевых направлений лечения ПР является регуляция физиологической регенерации СО полости носа. Местное применение репаративной терапии СО для коррекции течения послеоперационного процесса является патогенетически обоснованным, так как часто у этой категории лиц ещё до операции регистрируются нарушения в МЦС различной степени тяжести. Исследование МЦС полости носа у больных ПР, подвергнутых плановому хирургическому лечению на перегородке носа и нижних носовых раковинах, показало, что восстановление МЦС полости носа при местном использовании гиалуроната натрия (спрей «Олифрин») происходит достоверно эффективнее, чем в контрольной группе.

Беседина Е.И., Жидких Т.Н., Киосева Е.В., Подоляка В.Л.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ВЕБИНАР КАК ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Перспективным направлением дистанционного обучения является применение вебинаров.

Вебинар – это интерактивное учебное занятие, разновидность веб-конференции, формат проведения семинаров, тренингов, онлайн-встреч или презентаций организованное посредством сети Интернет и специального программного обеспечения.

Отметим, что для обозначения понятия «вебинар» в научных статьях используются понятия «веб-конференция», «онлайн-конференция», «онлайн-семинар», «интернет-семинар», «онлайн-встреча». Данные понятия синонимичны, однако не являются тождественными.

Использование вебинаров позволяет реализовать информативно-обучающую, организационно-стимулирующую, диагностико-корректирующую и коммуникативно-управленческую функции. Информативно-обучающая функция выражается в оперативной «доставке» информации преподавателям и обучающимся. Организационно-стимулирующая функция направлена на координирование всего процесса обучения, а также формирование индивидуальных образовательных траекторий. Это позволяет не только учитывать индивидуально-личностные особенности обучающихся, но также обеспечивает создание «ситуации успеха». В психолого-педагогических исследованиях подчеркивается, что ситуации успеха способствует развитию познавательного интереса, корректирует личностные особенности (тревожность, неуверенность, самооценку), поддерживает благоприятный психологический климат, существенно повышает мотивацию обучения. При этом отметим, что мотивация является ведущим фактором, регулирующим активность, поведение, деятельность личности. Коммуникативно-управленческая функция способствует реализации различных форм взаимодействия субъектов, обеспечению обратной связи и управлению процессом обучения. Диагностико-корректирующая функция интегрирует ресурсы вышеописанных и предоставляет возможность автоматизированной диагностики знаний обучающихся, изменения индивидуальной образовательной траектории (темп, сложность

заданий, уровень подготовки и др.). Таким образом, вебинары позволяют реализовать на практике личностно-ориентированный подход к организации процесса обучения.

Преподаватель при создании вебинара выполняет ряд ролей: социальную (создает дружественную атмосферу занятия); педагогическую (осуществляет отбор наиболее эффективных средств для онлайн обучения); техническую (хорошо знаком с техническим обеспечением, способен самостоятельно устранить неполадки); организаторскую (тщательное планирование и проектирование онлайн-встречи).

Исходя из вышеперечисленных ролей, педагог – создатель вебинара должен владеть следующими компетенциями: навыками ораторского мастерства, знаниями, умениями разрабатывать материалы, специализированные для веб-конференций.

Вебинар является достаточно новой, развивающейся и быстро набирающей популярность в высшей школе технологией и имеет в этом плане реальные перспективы: создание партнерских отношений между преподавателями и студентами, предполагающих условное соглашение о полном доверии друг к другу, взаимном интересе, взаимной готовности делиться опытом и принимать этот опыт, о стремлении, мотивации к саморазвитию и совершенствованию; раскрытие творческого потенциала профессорско-преподавательского состава; формирование установки на понимание необходимости создания и предложения образовательных услуг; организацию мобильных, хорошо структурированных гибких учебных процессов; внедрение инновационных педагогических практик.

Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Калиберда С.В.

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

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БОЛЕЗНИ ЛАЙМА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНТОМОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЕЕ ПЕРЕНОСЧИКАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Различные виды клещей, в том числе, иксодовые, выступают в роли переносчиков многих инфекционных заболеваний. Одним из наиболее распространенных является иксодовый клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). В Донецкой Народной Республике (ДНР) имеются условия для формирования природных очагов болезни Лайма (БЛ), что свидетельствует о необходимости постоянного энтомологического мониторинга для установления риска заражения людей этой инфекцией.

С целью изучения заболеваемости БЛ в ДНР и выяснения видового состава и численности иксодовых клещей в природных очагах нами проведен ретроспективный эпидемиологический анализ случаев БЛ и энтомологического обзора на основании данных отдела особо опасных инфекций Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР.

Установлено, что в 2020 г. и первом полугодии 2021 г. эпидемическая ситуация по заболеваемости БЛ в городах и районах ДНР оставалась напряженной. Показатель заболеваемости в 2020 г. составил 1,3 на 100 тыс. населения, за 6 месяцев 2021 г. - 1,06 на 100 тыс. населения. Большинство случаев заражения (99,2%) происходило в антропогенных очагах, в городской черте — 45,2%, в лесопарковых зонах — 21,8%, на приусадебных участках по месту жительства — 18,4%, на садовых и дачных участках — 11,9%. Заражение чаще всего происходило в период с мая по сентябрь. Около 32% пострадавших обращались в лечебные учреждения спустя 1 месяц и более после появления первых клинических признаков БЛ. Указанные обстоятельства свидетельствуют о низкой осведомленности населения относительно профилактики БЛ и недостаточной санитарно-просветительной работе.

Обращения граждан в учреждения здравоохранения по поводу укусов клещами регистрировались на всех административных территориях ДНР. Показатель обращаемости составил 143,4 на 100 тыс. населения против 91,1 за 6 мес. 2020 г.

На территории ДНР ежегодно регистрировались 4-5 видов иксодовых клещей (в 2021 г. - 4 вида: *Dermacentor marginatus*, *Ixodes ricinus*, *Rhipicephalus rossicus*, *Hyalomma plumbeum*). Спонтанная инфицированность популяции клещей боррелиями (возбудителями ИКБ) на территории ДНР остается

стабильно высокой (2018 – 18,3%, 2019 – 20,2 %, 2020 – 20,0 %, 2021(6мес.) -18,7), как и их агрессивность по отношению к человеку.

С целью изучения инфицированности клещей боррелиями методом микроскопии в темном поле, за отчетный период 2021 года исследовано 1266 экземпляров иксодовых клещей (за 6 мес. 2020 г. – 602), в 237 экземплярах из которых выявлены положительные находки (за 6 мес. 2020 г. – 114). В том числе, 534 экземпляра сняты с людей, из которых положительные 184 – 34,5% (6 мес. 2020 г. – 27,2%) и 732 экземпляра собраны с животных и в природных биотопах на флаг, из них 53 положительные – 7,2% (за 6 мес. 2020 г. – 4,6%). При этом переносчиками возбудителей БЛ в 96,2% случаях были клещи вида *Ixodes ricinus*, в 3,8% - *Dermacentor marginatus*. В 1-м полугодии 2021 г., как и за аналогичный период 2020 г. не установлена инфицированность боррелиями иксодид видов *Rhipicephalus rossicus* (2019 г. – 0,8%) и *Hyalomma plumbeum*.

Таким образом, прогноз по заболеваемости людей БЛ на лето-осень 2021 года является неблагоприятным в связи с высокой спонтанной инфицированностью популяций иксодовых клещей, в том числе из-за неполного охвата дератизационными и акарицидными обработками на эпидемически значимых территориях.

Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Скрипка Л.В., Бояр О.А.

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

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И МЕРЫ БОРЬБЫ С РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2021 ГОДУ

Рабическая инфекция широко распространена среди животных во всем мире и может формировать природные очаги. Кроме того, несмотря на успехи проводимой вакцинопрофилактики, случаи данного заболевания регистрируются и в человеческой популяции. Наиболее распространенным источником заражения людей рабической инфекцией в мире являются домашние и бродячие собаки (до 99% случаев), кошки и летучие мыши. В настоящее время в Российской Федерации (РФ) приобретают высокую эпидемическую значимость дикие лисицы. В Донецкой Народной Республике (ДНР), сопредельной с РФ, наиболее часто источником инфекции выступают собаки, а также увеличивается доля кошек в реализации эпидемического процесса бешенства.

Нами проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных официальной регистрации пострадавших от укусов животных, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения гг. Донецка и Макеевки, а также случаев лабораторно подтвержденного бешенства у животных за 2020 г. согласно материалов Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР).

В ходе исследования установлено, что в г. Донецке обращаемость в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по поводу укусов животных в 2020 г. снизилась на 25,6%, показатель обращаемости при этом составил 129,5 на 100 тыс. населения (1223 человека). Из обратившихся за антирабической помощью приступили к лечению 42,5% пострадавших. Самовольно прекратили лечение 3,1% укушенных (в 2019 г. — 5,1%). Вместе с тем, в г. Макеевке за антирабической помощью обратилось 669 человек (показатель обращаемости — 188,1 на 100 тыс. населения). При этом отмечено снижение обращаемости на 1,2% — в 2019 г. данный показатель составил 217,0 на 100 тыс. населения (813 чел.). Из числа обратившихся антирабическому лечению подлежали 21,9%, получили полный курс прививок — 15,9%, отказались от лечения — 0,9%, самовольно прекратили лечение — 1,1 %, прекратили лечение, т. к. животное было найдено и находилось под наблюдением — 0,9% обратившихся. Комбинированный курс лечения получили 6,4% укушенных. Следует отметить, что в течение 2020 г. наблюдалось недостаточное обеспечение ЛПУ гг. Донецка и Макеевки препаратами для антирабического лечения (КоКАВ, антирабический иммуноглобулин).

В 2020 г. эпизоотическая ситуация по бешенству в ДНР оставалась напряженной, однако наблюдалось снижение заболеваемости в 1,4 раза среди животных. Наибольшее количество случаев лабора-

торно подтвержденной рабической инфекции у животных регистрировалось у домашних и бродячих котов, а также собак. Ветеринарной службой организовано и проведено ветеринарное наблюдение за 39 животными из 576 направленных в ветслужбу оборотных карт (6,8%), в 2019 — за 46 животными (7,0 %). В 2020 году в ДНР проводилась профилактическая вакцинация домашних животных против бешенства, было привито 29776 животных, из них 94,3% собак, 5,7% котов (в 2019 году — 22411 домашних животных, из них: собак — 82,6%, котов — 17,4%). В городских охотничьих угодьях города проведена иммунизация против бешенства плотоядных животных на площади 50 кв. км, использовано 1000 доз пероральной вакцины (в 2019 г. — на площади 30 кв. км, использовано 500 доз пероральной вакцины.)

Таким образом, в настоящее время на территории гг. Донецка и Макеевки отмечается некоторое снижение заболеваемости животных рабической инфекцией. Улучшен контроль за проведением иммунизации против бешенства среди домашних и диких плотоядных животных, профилактические и противоэпидемические мероприятия проводятся на достаточном уровне. Для совершенствования эпидемиологического надзора за рабической инфекцией необходимо тщательное проведение санитарно-просветительской работы среди населения и совместная слаженная работа санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб.

Бисов А.С., Победенная Г.П., Вагина Ю.И.

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

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ

Внебольничная пневмония (ВП) является распространенным заболеванием, на течение которого влияют коморбидные состояния. При этом недооценка сочетания ВП и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) может существенно повлиять на длительность и эффективность лечения клинической симптоматики ВП.

Современными исследованиями показано, что риск возникновения пневмонии у лиц с ГЭРБ в 1,5 раза выше, чем у лиц без ГЭРБ. Этот риск повышает употребление ингибиторов протонной помпы короткими курсами, хотя сами ингибиторы также повышают риск развития пневмонии у лиц с ГЭРБ. Изучение клинических особенностей сочетания ВП и ГЭРБ позволит снизить риск, в т.ч. и неблагоприятных исходов ВП, улучшить качество жизни больных.

Целью работы было исследовать клинические особенности ВП, сочетанной с ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Наблюдали за клинической симптоматикой пациентов и ее динамикой у 67 больных с ВП второй клинической группы. У 29 исследованных была ВП без ГЭРБ (I группа), у 38 — наряду с ВП была диагностирована ГЭРБ на догоспитальном этапе. Средний возраст пациентов составлял $46,8 \pm 3,4$ года, мужчин было 28 (41,8%), женщин — 39 (58,2%). Средний период госпитализации составил $13,2 \pm 0,9$ дней. В стационаре пациентам с диагностированной ГЭРБ дополнительно к основной терапии по поводу ВП добавляли прокинетики в таблетках.

Результаты. Все исследуемые были направлены на стационарное лечение на 2-й-3-й день заболевания. Курильщики в I группе были 16 (55,2%), во II — 27 (71,1%). При поступлении у всех пациентов (100%) наблюдался интоксикационный синдром, продуктивный кашель с отхождением слизистогнойной мокроты. Эпизоды ночного приступообразного кашля, ночные пробуждения из-за кашля, «поперхивание» слюной в ночное время, прерывистый сон беспокоили 28 пациентов (73,7%) II группы. Ночной продуктивный кашель отмечали 8 пациентов (27,6%) I группы. У 31 больного (81,6%) II группы отмечался кислый вкус во рту, 25 человек (65,8%) отмечали частую отрыжку воздухом, 12 пациентов (31,6%) жаловались на отрыжку съеденной пищей и дискомфорт в эпигастральной области. Лабораторные показатели были сходными в обеих группах.

По окончании курса лечения температура нормализовалась у всех больных, редкий кашель со скудной мокротой слизистого характера сохранялся у 19 пациентов (65,5%) I группы и у 28 больных

(73,7%) II группы, ночной приступообразный, преимущественно сухой кашель беспокоил 32 (84,2%) исследованных II группы, которым к лечению были добавлены ингибиторы протонной помпы.

У 6 человек I группы (20,7%) к концу пребывания в стационаре появился кислый вкус во рту, который беспокоил 34 больных (89,5%) II группы; горечь во рту появилась у 8 больных (27,6 %) I группы и 14 (36,8%) пациентов II группы. 2 больных I группы и 6 пациентов II группы на фоне терапии жаловались на появление 2-3 раза в сутки послабленного стула. При выписке полное рентгенологическое разрешение ВП наблюдалось у 22 человек (75,9%) I группы и у 21 пациентов (55,3%) II группы.

К концу первого месяца диспансерного наблюдения кислый вкус и горечь во рту исчезли у всех больных I группы и продолжили беспокоить 18 пациентов (47,4%) II группы. У 6 больных (20,7%) I группы сохранялось редкое покашливание, кашель по утрам беспокоил 7 курящих пациентов. Во II группе эпизоды сухого кашля сохранялись у 17 человек (44,7%), несмотря на продолжение терапии прокинетики у всех пациентов, что потребовало дополнительного инструментального обследования.

Таким образом, ВП у больных ГЭРБ характеризуется более длительным разрешением, выраженным ночным эпизодическим кашлем, который длительно сохраняется после разрешения ВП, что требует увеличения объема диагностики и терапии.

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

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Установлено, что повышенная тревожность способствует изменению тонуса симпатической нервной системы, повышает прессорные реакции, увеличивает выброс катехоламинов и приводит к дисбалансу вегетативной нервной системы (ВНС). Известно, что депрессия не только усиливает выраженность болевого синдрома (БС), но и способствует хронизации боли. Проблема исследования выраженности БС у больных анкилозирующим спондилитом (АС) с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) и связь характеристик БС с дисбалансом ВНС остаётся на сегодняшний день недостаточно изученной.

Цель исследования: изучение взаимосвязей количественных характеристик хронического БС и нарушений variability сердечного ритма (ВСР) у больных АС с ТДР.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 75 больных (52 мужчины и 23 женщины) АС с признаками ТДР (средний возраст - $43,7 \pm 1,7$ года, длительность АС - $8,9 \pm 0,9$ года). У 10 (30,3%) больных выявлена минимальная активность воспалительного процесса (АВП), у 9 (27,3%) - максимальная, у остальных (42,4%) - умеренная АВП. Исследованы количественные показатели БС в соответствии с Мак-Гилловским болевым опросником (МГБО) и характеристики ВСР с помощью программы «DiaCard».

Результаты и обсуждение. У больных с минимальной АВП показатели по МГБО составляли: число дескрипторов сенсорного и аффективного класса $5,7 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 0,12$, эвалюативный компонент боли - $2,5 \pm 0,12$, индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) - $11,3 \pm 0,29$ баллов, ранговый индекс боли (РИБ) - $22,9 \pm 1,14$ баллов. У пациентов с умеренной АВП дескрипторы сенсорного и аффективного классов составили $5,95 \pm 0,12$ и $4,6 \pm 0,1$, а эвалюативного - $2,7 \pm 0,07$; ИЧВД и РИБ повышались - $11,9 \pm 0,18$ и $25,9 \pm 0,8$ баллов соответственно. При максимальной АВП сенсорный и аффективный компоненты значимо возросли - $6,5 \pm 0,29$ и $5,0 \pm 0,03$, эвалюативный составлял $3,0 \pm 0,0$; это отразилось на росте ИЧВД и РИБ, которые составили $13,3 \pm 0,6$ и $31,8 \pm 1,8$ баллов. Исследование показателей ВСР в зависимости от АВП выявило тенденцию к их ухудшению при усилении АВП с ростом LF/HF и снижением SDNN. При минимальной АВП: Мо - $650 \pm 12,5$ мс, АМо - $43,5 \pm 1,9\%$, вариацион-

ный размах (BP) - $150,5 \pm 15,8$ мс, индекс вегетативного равновесия (ИВР) и индекс напряжения (ИН) составили - $365,2 \pm 41,5$ и $234 \pm 30,0$; спектральный анализ - SDNN - $31,9 \pm 2,1$ мс, RMSSD - $30,3 \pm 2,7$ мс, LF/HF - $2,5 \pm 0,2$. При умеренной АВП: Мо - $634 \pm 12,8$ мс, АМо - $46,9 \pm 1,1\%$, BP - $137,0 \pm 11,4$ мс, ИВР - $423,0 \pm 26,3$, ИН - $286,6 \pm 19,1$, SDNN - $29,1 \pm 1,3$ мс, RMSSD - $25,9 \pm 1,5$ мс, LF/HF - $3,0 \pm 0,13$. При максимальной АВП получены данные, подтверждающие рост симпатических влияний ВНС: Мо - $618,6 \pm 22,6$ мс, АМо - $47,9 \pm 3,1\%$, BP - $91,4 \pm 8,4$ мс, ИВР - $526,6 \pm 25,0$, ИН - $357,1 \pm 23,1$, SDNN - $22,6 \pm 2,1$ мс, RMSSD - $23,3 \pm 2,5$ мс, LF/HF - $4,1 \pm 0,24$. Установлены корреляции между показателями ВСР и МГБО: обратные между Мо и РИБ ($r = -0,28$, $p = 0,02$), что говорит об усилении влияния симпатического звена ВНС; положительные между ИВР и ИЧВД и РИБ (оба $r = 0,25$, $p = 0,043$), ИН с ИЧВД и РИБ ($r = 0,3$, $p = 0,016$; $r = 0,32$, $p = 0,009$), LF/HF с ИЧВД и РИБ ($r = 0,25$, $p = 0,044$; $r = 0,29$, $p = 0,016$), формирующиеся за счет эвалюативного компонента.

Выводы. Усиление выраженности БС при нарастании АВП у больных АС с ТДР сопровождается ухудшением показателей ВСР с превалированием симпатического звена ВНС. Корреляционные связи количественных характеристик БС и показателей ВСР свидетельствуют, что рост симпатических влияний и хронический БС усиливают друг друга и в результате формируют неразрывный круг, ухудшающий общее состояние пациентов.

Бобровицкая А.И., Золото Е.В., Лагунова Н.В., Воробьева В.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», НИИ РЗДПМ, г. Донецк
Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Крым, г. Симферополь

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ДЕТЕЙ

Хронический гепатит С (ХГС) представляет, по-прежнему, важную медико-социальную проблему, что связано с его распространенностью (170 млн человек инфицированы вирусом гепатита С в мире), а также ростом хронических форм заболевания (75–85,7%). Этому способствует то, что основными путями распространения являются естественные – в первую очередь, вертикальный, при котором частота передачи вируса составляет 5–9%, однако при этом наблюдается высокая частота хронизации процесса.

Взаимодействие вируса гепатита С с организмом человека, особенно при длительной персистенции, не ограничивается ответом только на вирус, а приводит к развитию аутоиммунных нарушений – появлению органоспецифических и неспецифических аутоантител или развитию аутоиммунных заболеваний криоглобулинемии и лимфопролиферативных заболеваний. Аутоантитела выявляются в сыворотке крови у больных ХГС до 91,0 % случаев. При ХГС наиболее характерно наличие аутоантител: анти-LKM1, AMA-M2, ANA. Присутствие LKM-1-антител зачастую приводит к развитию более тяжелого поражения печени. Однако данные изменения отличаются от нарушений при аутоиммунном гепатите. Наличие ANA в сыворотке крови больных указывает на высокую активность воспалительного процесса, стадию фиброза и неблагоприятный исход.

Цель исследования: определить этиопатогенетические особенности аутоиммунных нарушений и их роль в начале и исходе противовирусной терапии (ПВТ) у детей, имеющих перинатальный ХГС.

Материалы и методы исследования. Обследованы 22 ребенка (13 мальчиков и 9 девочек) в возрасте 5–11 лет с ХГС, рожденные от HCV-позитивных матерей. Критериями вертикальной передачи HCV были: совпадение генотипа HCV с ранее известным генотипом матери; двукратное выявление HCV РНК в крови.

Результаты и их обсуждение. Все дети получали комбинированную ПВТ. Полученные нами данные подтверждают прямую взаимосвязь между NK-клеток и IFN γ , IL4. Определение высокой частоты аутоиммунных компонентов в крови сопряжено с преобладанием Th2-ответа, а при отсутствии

других маркеров активации аутоиммунного ответа сочетание с высокой частотой выявления герпес-вирусов у наблюдаемых детей может свидетельствовать в пользу молекулярной мимикрии, когда вырабатываемые на инфекцию защитные антитела перекрестно взаимодействуют и могут индуцировать аутоиммунное повреждение тканей. В процессе проводимой ПВТ не выявлено повышения частоты встречаемости аутоантител и их влияния на исход проводимой терапии.

Таким образом, у детей с ХГС в силу анатомо-физиологических особенностей иммунной системы отмечается преобладание Th2-ответа, что способствует персистенции и высокой репликации HCV и может приводить к повышению аутоиммунных компонентов в крови, в отсутствии других маркеров аутоиммунного воспалительного процесса. Поэтому для принятия решения о проведении ПВТ детям дошкольного возраста с перинатальным ХГС необходимы комплексная оценка маркеров аутоиммунного воспаления и детекция герпес-вирусов в организме. Изолированное повышение аутоантител не следует расценивать как противопоказание к проведению, прерыванию ПВТ.

Богослав Ю.П., Фролов С.С., Даценко М.В., Черноус В.А.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»,
НИИ РДЗПМ», МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «КРАСОТА И ЗДОРОВЬЕ», г. Донецк

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Снижение репродуктивного потенциала (субфертильность), которая не позволяет реализовать репродуктивные планы, особенно женщинам старших возрастных групп, в настоящее время является актуальной проблемой современной репродуктологии.

Целью исследования было формирование групп риска по субфертильности среди молодых женщин, что позволило бы сделать корректировку их репродуктивных планов и снизить частоту бесплодия в будущем.

Материал и методы: Для оценки репродуктивного потенциала регулярно обследовали 320 женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность (партнеры обследованных женщин имели нормальные показатели фертильности). Обследованным женщинам проводили ультразвуковое исследование 4хкратно в течении менструального цикла: на 3-5й день оценивали количество антральных фолликулов, на 11 – 14й день оценивали наличие и размер доминантного фолликула, толщину и структуру эндометрия, на 16-18й день оценивали наличие постовуляторных изменений (наличие жидкости в позадиматочном пространстве и «симптом актинии») (перистальтические движения фимбриального конца маточной трубы), на 20-22й день оценивали наличие и размер желтого тела, ширину м-эхо и структуру эндометрия.

В течении 2х лет наблюдения были сформированы 2 группы пациенток: с нормальной фертильностью, субфертильностью и бесплодием. Женщин, у которых беременность наступила в течении 6 месяцев наблюдения отнесли в группу с нормальной фертильностью, в период от 6 месяцев до 1 года – с субфертильностью, если у пациентки беременность не наступала в течении 1 года, то диагностировали бесплодие. В выделенных группах сравнили показатели ультразвуковой диагностики.

Анализ полученных данных позволил выявить достоверные отличия в размерах фолликула и м-эхо на 11 – 14й день, частоте нормальной структуры эндометрия на 11-14 и 20-22й день, частоте выявления «симптома актинии».

Выводы: ультразвуковое исследование, выполненное на 11 – 14й, 16-18й или 20 – 22й день цикла является высокоинформативным методом диагностики для формирования групп риска по бесплодию у женщин. Наиболее значимыми показателями являются оценка ширины м-эхо и структуры эндометрия, а также размера фолликула на 11 – 14й день цикла.

Бодаченко К.А., Семений В.Я., Демяненко А.А., Колосова Т.А.

Республиканский травматологический центр, Донецк, ДНР

ПРОФИЛАКТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Актуальность. Тяжелым осложнением у больных с высокоэнергетическими открытыми переломами костей голени является компартмент-синдром. Развитие воспалительного процесса (посттравматического остеомиелита) ведет к нарушениям гемодинамики в пораженном сегменте, сходным к таковым при компартмент-синдроме. Постановление полноценной опороспособности представляет собой определенную сложность.

Цель работы – определить оптимальную хирургическую тактику у больных с высокоэнергетическими открытыми переломами голени и остеомиелитом после них.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 62 пострадавших; с открытыми переломами голени 23 и с травматическим остеомиелитом 39. Определение давления производилось в заднем поверхностном и переднем купе аппаратом Stryker, проводилась реовазография голени в динамике.

Результаты и их обсуждение. У больных с открытыми высокоэнергетическими переломами голени определялось не критичное повышение давление в заднем ($34,3 \pm 3,7$ мм рт ст) и переднем ($24,3 \pm 3,1$) купе. При проведении хирургической обработки переломов их имеющих ран производилась фасциотомия, а при необходимости – из дополнительного небольшого разреза. После вмешательства внутрифасциальное давление снижалось до $21,3 \pm 1,2$ и $18,4 \pm 2,2$ соответственно.

У пострадавших с хроническим травматическим остеомиелитом и ложным суставом большеберцовой кости определялось давление в $35,4 \pm 3,1$ мм рт ст в заднем и $25,2 \pm 2,2$ в переднем фасциальных влагищах. Клинически имели место признаки нейро-трофических нарушений, деформация пальцев стоп. Реовазограмма свидетельствовала о достоверном снижении пульсового кровенаполнения и нарушении венозного оттока пораженной голени по сравнению со здоровой конечностью. Аутопластика ложного сустава большеберцовой кости производилась малоберцовой, резекция которой производилась на этой же голени. После операции внутрифасциальное давление падало до $8,4 \pm 1,3$ и $10,3 \pm 1,8$ мм рт ст. Анализ динамики реовазографических индексов у больных травматическим остеомиелитом с резекцией малоберцовой кости выявил благоприятное влияние проводимого лечения. Наиболее показательной была динамика дикротического и диастолического индексов.

Проведение фасциотомий у больных с тяжелыми открытыми высокоэнергетическими переломами костей голени нормализовало венозное давление, являлось надежной профилактикой компартмент-синдрома. Резекция малоберцовой кости при остеомиелите и ложном суставе большеберцовой кости создавала оптимальные условия для репаративных процессов, сращение ложных суставов было получено у всех 39 больных.

Выводы:

1. Фасциотомия у больных с тяжелыми открытыми высокоэнергетическими переломами костей голени являлась обязательной составляющей хирургического вмешательства.
2. Аутопластика ложного сустава большеберцовой кости при хроническом посттравматическом остеомиелите резецированной малоберцовой создает оптимальные условия для восстановления опороспособности сегмента.

Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В.

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

АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ

Профессия медицинского работника была, есть и будет одной из самых гуманных и самоотверженных. Эти качества медработники проявляют ежедневно и ежечасно, порой незаметно для окружающих. Профессия медицинского работника предполагает высокий профессионализм, разумную осторожность, рутинность, взвешенность и обоснованность действий, чтобы наряду с пользой для больного не нанести вред самому себе или не принести болезнь в свой дом.

На протяжении многих десятилетий показатели состояния здоровья медицинских работников, продолжительность значительно хуже среднестатистических демографических показателей. Но при этом, необоснованно низкие показатели профессиональной заболеваемости медиков в большинстве развитых стран.

В процессе своей деятельности медики подвергаются воздействию неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса: высокое нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторов, вредные химические вещества и биологические агенты, различные виды излучения, шум, вибрация, канцерогены и другие.

Профессиональные заболевания медицинских работников многообразны и по нозологии. Их диагностика методологически и деонтологически сложна. По мнению научного руководителя ФГБУ НИИ Медицины труда РАМН академика РАМН Н.Ф. Измерова (2005) в начале XXI в. «...положение с охраной здоровья медицинских работников оставляет желать лучшего, так как наметилась тенденция роста несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Это при том, что уровень общей заболеваемости в отрасли всегда был достаточно высоким из-за прямого контакта с больными, а также обусловлен спецификой условий труда».

Существует угроза заражения медработников инфекционными заболеваниями, в том числе и особо опасными. Сотрудники медицинских учреждений наиболее подвержены заражению туберкулезом, вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией. Общеизвестно, что вирусный гепатит В является одним из самых частых профессиональных заболеваний медицинских работников. Заражение им происходит при контакте с инфицированной кровью и ее препаратами, а также инструментами. Согласно данным исследований, проведенных в западноевропейских странах, один из каждых 180 сотрудников медицинских учреждений ежегодно инфицируется вирусом гепатита В, т. е. около 18 тыс. человек в год, или в среднем около 50 человек в день. ВИЧ-инфекция передается так же, как гепатит В.

Наиболее часто встречающимся неблагоприятным фактором производственной среды медработников является загрязнение воздуха рабочих помещений аэрозолями лекарственных веществ, дезинфицирующих и наркотических средств, которые в десятки раз могут превышать допустимые санитарные нормы в служебных помещениях. Загрязнение воздуха рабочих помещений медицинских учреждений лекарственными веществами, особенно антибактериальными препаратами, может быть причиной развития у медицинских работников аллергических заболеваний, токсических поражений, дисбактериоза.

Из физических факторов, негативно влияющих на здоровье медицинских работников, наибольшее значение, вероятно имеют ионизирующее и другие виды излучений. При оценке их влияния на организм медицинских работников, все большее внимание уделяется изучению влияния на организм высоких, ультравысоких, сверхвысоких (СВЧ) частот электромагнитных волн, тем более, что патология, вызываемая СВЧ-излучением, включена в Российской Федерации в список профессиональных заболеваний.

При работе с локальной вибрацией, возможно развитие вибрационной болезни у врачей-стоматологов.

К неблагоприятным факторам работы медиков относится перенапряжение отдельных органов и систем (ЦНС, анализаторов, опорно-двигательной системы и др.). Например, работа с микроскопами (операционными, лабораторными) относится к категории зрительных работ наивысшей точности.

Нагрузка на глаза при этом обусловлена большим различием яркости объектов и окружающего фона, а также высокой нагрузкой на аккомодацию глаз во время фокусировки изображения.

Также к неблагоприятным факторам можно отнести сменный характер работы многих категорий медицинского персонала.

Особенностью работы сотрудников медицинских учреждений является сочетанное воздействие на них нескольких вредных производственных факторов различной природы.

Достоверных сведений об общей и профессиональной заболеваемости медицинских работников фактически не существует. Это связано со многими причинами. Если взять общую заболеваемость с временной утратой трудоспособности, то часто медик, прежде всего врач зачастую не фиксирует ее в соответствующей документации, поэтому она и не попадает в статистические данные. При хронических заболеваниях без нарушения трудоспособности или с незначительными ее нарушениями, позволяющими заниматься преимущественно умственным трудом (лечебно-диагностический процесс, фармацевтическая деятельность), врач, провизор, реже средний медицинский персонал к своим коллегам не обращаются, занимаются самолечением и также не попадают в официальную статистику. Кроме того, к сожалению, при проведении профосмотров медицинских работников заболеваемость последних (на ранних, компенсированных стадиях) практически не выявляется – коллега по профессии делает вид, что полностью доверяет самооценке пришедшего.

Боечко Д.С., Боечко Н.Д., Буштрук А.А.

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

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЗАДНЕЙ ГРУППЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Актуальность работы. Учитывая, что более 90% сфеноидитов протекают в рамках поли- или пансинусита, а также сочетаются с различными изменениями ВНС, в нашей клинике был разработан способ эндоскопического хирургического лечения пансинуситов.

Целью нашей работы являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с заболеваниями задней группы околоносовых пазух.

Дизайн исследования. Нами в 2006-2021 гг. проведено клиническое обследование и эндоскопическое хирургическое лечение 259 больных с воспалительными заболеваниями задней группы околоносовых пазух, находившихся в ЛОР-клиниках кафедры оториноларингологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького.

В настоящее время вмешательства выполняются только под эндотрахеальным наркозом. При необходимости, первым этапом осуществляется коррекция носовой перегородки. Перегородка носа, лишенная хрящевой и костной основы, становится легко смещаемой, что значительно облегчает визуализацию и эндоскопический доступ к задним отделам полости носа и клиновидно-решетчатому углублению. При наличии у больного носовых полипов – их удаляют в минимальном объеме, только для достижения достаточной визуализации клиновидно-решетчатого углубления. После этого под контролем эндориноскопа изогнутым пуговчатым зондом, исследовалось клиновидно-решетчатое углубление в зоне естественного соустья клиновидной пазухи (КП), идентифицировалось соустье КП. Затем в полость синуса вводится риноскоп, осматривается пазуха, выполняется санация синуса. При наличии полипов выполняется их удаление из общего и среднего носовых ходов. После этого кпереди от крючковидного отростка рассекается слизистая оболочка наружной стенки полости носа и резецируется крючковидный отросток, раскрывая таким образом решетчатую воронку, а затем и передние клетки решетчатого лабиринта. Изогнутым зондом верифицируется и расширяется кзади максиллярное соустье. Выполняется ревизия лобного кармана, а при необходимости расширение соустья лобной пазухи. Затем вскрываются задние клетки решетчатого лабиринта и выполняется задняя полипозтмоидотомия. Санировав таким образом задние отделы полости носа и переднюю группу ОНП, с помощью конхокорректора (Д.С. Боечко, 2009, патент №51597) созданного в нашей клинике,

осуществляется пластика средней носовой раковины по оригинальной методике. На завершающем этапе операции осуществляется коррекция нижней носовой раковины.

Выводы. 1. Проведение эндоскопического хирургического вмешательства при хронических пан-синуситах в разработанной нами последовательности (Д.С. Боечко, 2009, патент № 46053), дает возможность одновременно выполнить саназию пазух (полисинусотомию), коррекцию естественных соустьев и ВНС, то есть до 10-15 операций у одного больного; 2. Сократить сроки лечения пациентов до 7 дней; 3. Предотвратить возможность развития внутричерепных и орбитальных осложнений.

Бойченко А.А.

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

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ АТТЕНУИРОВАННОЙ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Одним из основных фокусов внимания исследователей в современной психиатрии является определение критериев аттенуированной психотической симптоматики (АПС) как факторов клинического высокого риска развития эндогенного психоза и проведение профилактических терапевтических мероприятий по улучшению уровня жизни и функционирования таких больных, а также снижению риска манифестации. Особое внимание уделяется подростково-юношескому возрасту, так как именно к этому возрастному периоду относится начало большинства (до 75%) психических заболеваний — кроме того, к моменту установления психиатрического диагноза у молодых людей уже, как правило, имеются те или иные патофизиологические симптомы (E. Kline et al., 2018). Все это приводит к тому, что к 24 годам психические заболевания входят в число десяти основных причин инвалидности, что накладывает не только психологическое, но и финансовое бремя как на семью пациента, так и на общество в целом (F.M. Gore et al., 2017). Установление критериев АПС является первым шагом к возможности положительного влияния на дальнейшее течение тяжелых психических расстройств.

Психопатологический феномен АПС под различными названиями уже давно описывался исследователями задолго как форпост-симптомы, бред намека, шизофрениоформные симптомы, бредовые вспышки, псевдогаллюцинаторные симптомы и проч. (Г.А. Алешина и др., 2019). В настоящее время АПС определяются как ослабленные, т.н. «подпороговые» психотические симптомы, по степени выраженности и не соответствующие критериям истинных психотических расстройств (А.О. Румянцев и др., 2018). Клинически они представляют собой нестойкие, кратковременные, возникающие на фоне непомраченного сознания, неразвернутые бредовые идеи отношения, особого значения, инсценировки, воздействия, а также идеи персекуторного характера, зрительные и слуховые иллюзии, элементы истинных галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных переживаний, идеаторные, сенестопатические и кинестетические автоматизмы, симптомы малой кататонии и формальные расстройства мышления. Временным диагностическим критерием является развитие АПС в течение последнего года до момента их диагностики, возникновение по крайней мере раз в неделю за последний месяц. Также АПС должны быть выражены достаточно, чтобы обратить на себя внимание пациента и их можно было выявить клинически. Также их развитие не должно быть вызвано никаким другим психическим расстройством, медицинским состоянием или употреблением психоактивных веществ.

Тяжесть и частота АПС, а также эффективность терапии оцениваются с помощью различных психометрических инструментов: BSABS — Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms; SOPS — Scale of Prodromal Symptoms; CAARMS — Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States; SIPS — The Structured Interview for Prodromal Syndromes; COPS — The Criteria of Prodromal Syndromes; SPI-A — The Schizophrenia Prediction Instrument (adult version); ERIRaos — The Early Recognition Inventory. Однако следует отметить, что лица с АПС относятся к трансдиагностическому риску, т.е. имеющиеся симптомы могут встречаться на инициальных этапах и других психических заболеваний, не только шизофрении, таких как рекуррентное депрессивное расстройство, тревожное расстройство, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности и пр.

Таким образом, концепция АПС подразумевает потребность отказаться от бинарной оценки исходов (наличие или отсутствие манифестации психоза) в пользу более полного клинического анализа состояния пациента на момент катамнеза с учетом всех имеющихся у него психопатологических расстройств и уровня функционального исхода.

Бондаренко М.В., Сиротченко Т.А., Бороденко В.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И РЕЦИДИВАМИ КРАПИВНИЦЫ В АНАМНЕЗЕ

Атопический дерматит (АтД) является мультифакториальным воспалительным заболеванием кожи, начинающимся в раннем детском возрасте и характеризующимся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

Цель исследования - изучение спектра сенсibilизации детей раннего возраста с атопическим дерматитом и повторными эпизодами острой крапивницы в анамнезе.

Под нашим наблюдением находилось 146 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с атопическим дерматитом и с 1-3 эпизодами острой крапивницы в анамнезе, которые проходили обследование и лечение в ЛРДКБ на протяжении 2015-2020 гг. Средний возраст обследованных составил $21,3 \pm 2,1$ месяца. Критериями включения в клиническое исследование были: ранний возраст, наличие основных клинических признаков атопического дерматита, зарегистрированный эпизод/эпизоды острой крапивницы в анамнезе. Наличие заболевания атопический дерматит (L20) подтверждали наличием основных диагностических критериев (эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей, в области естественных складок; зуд; ранняя манифестация первых симптомов; хроническое рецидивирующее течение; наследственная отягощенность по атопии).

Комплексное обследование пациентов с АтД включало: общеклиническое обследование с оценкой аллергологического (семейного и индивидуального анамнеза), анализ особенностей питания с момента начала вскармливания, определение уровней аллергенспецифических IgE (педиатрическая панель) методом ImmunoCAP. Исследования проводились после получения информированного письменного согласия на участие родителей (законных представителей), согласно с этическими требованиями Хельсинской Декларации и с разрешения этического комитета ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ». Полученные результаты обрабатывали стандартными статистическими методами.

Определение специфических Ig E антител в сыворотке крови детей с АтД выявило высокую сенсibilизацию к белкам коровьего молока (42,6%), пшенице (32,5%), яичному белку (30,8%), картофелю (7,5%). Впервые нами было выявлено достаточно большое количество случаев сенсibilизации к белкам сои (7,4%), анализ анамнестических данных показал, что родители начали вводить в рацион соевое молоко в конце первого года жизни ребенка. Максимально часто встречалась сенсibilизация к пыльце березы (38,7%), полыни (32,9%), амброзии (32,9%), тимopheевки (19,3%), лисохвоста (11,2%). У каждого четвертого пациента определялась сенсibilизация к клещам домашней пыли (22,6%) и грибку *Alternaria* (22,6%), у немногих – к *Cladosporium* (6,4%). Сенсibilизация к эпидермису животных (кот 16,1%, собака 12,9%) наблюдалась у каждого 8-го пациента, даже без наличия данного домашнего животного с места проживания ребенка, что свидетельствует о прогрессии атопического марша. Отмечалось повышение уровня эозинофильного катионного белка в сыворотке крови обследованных пациентов в 1,8 раза.

Обращает на себя внимание наличие поливалентной сенсibilизации - более трех аллергенов более чем у 25,6 % пациентов, более двух аллергенов более чем у 45,6 % пациентов, в том числе у 56,4 % детей в возрасте до 1 года. Это требует индивидуализированного кропотливого подхода к составлению элиминационных диет.

Бондаренко Н.Н., Шевченко Т.А., Госман Д.А.

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

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

В нашем вузе система дистанционного обучения была введена еще с сентября 2014 года, в связи с проведением обучения в условиях чрезвычайных ситуаций, но применялась больше как вспомогательная, чем самостоятельная, система для традиционного способа получения образования. Вынужденный переход в марте 2020 года на полное дистанционное обучение позволил выявить как сильные стороны, так и недостатки с которыми столкнулись при этом преподаватели и студенты.

Цель работы: выявление проблем, с которыми столкнулись студенты при вынужденном переходе на полное дистанционное обучение.

Материалы и методы: после завершения прохождения дисциплины «Нормальная физиология» было проведено анкетирование 2-х групп студентов – 35 человек - 1 курса медико-фармацевтического факультета по специальности «Фармация», из них 32(91%) девушки и 3 (9%) юноши, средний возраст которых составлял 17,9 лет. Опрос проводился анонимно, индивидуально, анкеты заполнялись респондентами самостоятельно. Предложенная анкета состояла из 10 вопросов, которые касались как профилактики распространения коронавирусной инфекции, так и дистанционного обучения в условиях самоизоляции, а также вопросов владения навыками работы на персональном компьютере. Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась при помощи функционала Moodle. По результатам анкетирования 100% студентов следили за ростом заболеваемости в Республике, России и в мире, хорошо владели информацией о путях распространения коронавирусной инфекции и мерах ее профилактики. В большей мере этому способствовало создание в ВУЗе на сайте университета большого раздела, посвященного COVID-19. Проведение противоэпидемических мероприятий в вузе было взято на особый контроль, что подтверждалось ответами на соответствующие вопросы. Студенты медико-фармацевтического факультета соблюдали профилактические меры по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции: 91% находились дома в условиях самоизоляции, 85% часто мыли руки. Выходя из дома, 75% применяли антисептические средства, 70% пытались как можно реже трогать лицо руками, 60% соблюдали дистанцию при общении не менее 1 метра, 86% опрошенных надевали маску.

В процессе дистанционного обучения некоторые студенты столкнулись с трудностями и техническими проблемами. Прежде всего, это сложность выполнения заданий в Moodle из-за длительной загрузки материалов (47%), иногда возникающие технические перебои в процессе воспроизведения материала (42%), задержка кадра (25%), связанные, очевидно, с большим количеством пользователей, одновременно находящихся на сайте, и значительными нагрузками на сервер. Среди других проблем 18% отмечали сложность уровня заданий, 17% - недостаточное количество обучающего материала, 8% - погрешности обратной связи, 5% - несвоевременное получение ответа на поставленный вопрос. В то же время контроль выполнения заданий преподавателями, по данным анкетирования, выполнялся регулярно, жалоб на несвоевременность выставления оценок в журнал предъявлено не было. В числе недостатков удаленного обучения в медицинском университете опрошенные указывали на отсутствие демонстрации преподавателем практического навыка (85%) и возможности его отработки (48%), что, безусловно, является важным для будущего врача. Среди положительных моментов дистанционного обучения студенты отметили: низкий риск заражения коронавирусной инфекцией (88%), возможность повторно просматривать обучающий материал (69%), возможность правильно питаться (60%), индивидуальный темп обучения (53%), использование современных технологий обучения (41%). Широкие возможности самообучения указали 36% респондентов, наличие дополнительного объема материалов и повышение качества обучения – 18% обучающихся.

Выводы: 1. Дистанционное обучение, несомненно, снижает риск распространения коронавирусной инфекции в период пандемии. 2. Здоровье при данной форме обучения значительно ухудшается. Студенты испытывают головные боли при работе за компьютерами, увеличение напряжения глаз, снижение остроты зрения, нарушение сна, прибавку в весе, боли в опорно-двигательном аппарате.

Боровой И.С.

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

ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ОБЛАСТИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Лечение переломов вертлужной впадины является актуальной проблемой хирургии тазобедренного сустава. Вопросы восстановления функционально значимых сегментов вертлужной впадины с наименьшей травматизацией окружающих тканей актуальны и недостаточно освещены в доступной литературе.

Материалы и методы: Под наблюдением в Республиканском травматологическом центре с 1995 по 2014 годы находилось 234 больных с различными типами переломов вертлужной впадины по классификации АО. Мужчин было 173 человек, женщин – 61. Возраст пострадавших колебался от 16 до 82. В анализе нас интересовали хорошие и отличные функциональные результаты лечения по шкале Harris через 1 год после травмы при разных видах переломах, и использовании различных оперативных методиках. Использовалось несколько методов оперативного лечения: АВФ (аппарат внешней фиксации), погружной остеосинтез, комбинированный остеосинтез (АВФ с дальнейшим переходом на погружной остеосинтез).

Результаты и обсуждения: Интерпретация результатов проведенного исследования показывает, что при переломах вертлужной впадины типа А, использование метода внешней фиксации не может конкурировать с погружным остеосинтезом, равно как и консервативный метода лечения. Аппаратный метод может быть рекомендован, как этапный перед погружным остеосинтезом. При переломах типа В, аппаратный метод показывает лучшие отдаленные функциональные результаты, и может быть использован в ургентном порядке, с последующим радиологическим контролем, для возможного открытого остеосинтеза. Анализ функциональных результатов лечения пострадавших с переломами вертлужной впадины типа С, характеризующимися переломами обеих колонн, показывает бесперспективность консервативного лечения, а использование апаратного метода, как этапного перед открытым вмешательством.

Выводы:

1. Переломы вертлужной впадины характеризуются многообразием и тяжестью, являясь в большинстве компонентом сочетанной травмы, что определяет выбор лечебной тактики и особенности остеосинтеза.
2. При переломах типа А предпочтителен погружной остеосинтез с использованием миниинвазивного трансгидричного доступа.
3. При переломах типа В (чрезацетабулярные) лучшие результаты были получены у пациентов, лечившихся аппаратным методом, и консервативно, при условии ранней стабилизации и обязательного СКТ-контроля.
4. Обширные повреждения при переломах типа С требуют травматичных комбинированных доступов, для стабилизации флотирующей вертлужной впадины. Функциональный результат сомнительный. Мы рекомендуем комбинированный метод лечения (ургентная стабилизация с последующим внутренним остеосинтезом) тяжелых повреждений вертлужной впадины типа В,С

Борозенец Д.И.

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

КОГНИТИВНЫЕ ГЛАГОЛЫ В ЗЕРКАЛЕ ПСИХОЛИНГВИСТИКИ

Психоллингвистика как наука, изучающая процессы речепорождения и речевосприятия в их соотносённости с системой языка, определённое внимание уделяет исследованию глагольных лексем в высказываниях, репрезентирующих когнитивную и коммуникативную функции языка.

Лексемы когнитивности, представленные преимущественно глаголами, и, реже, отглагольными образованиями (с уточнённой семантикой), передают идеи восприятия информации и этапов её обработки, а также речепорождения, выражаемого лексемами со значением коммуникации. В докладе представлена теоретическая модель когнитивной деятельности и её этапов с точки зрения подхода от психоллингвистики. В ней когнитивные лексемы, функционирующие в минимальных контекстах, извлечённые из Национального корпуса русского языка для семасиологического анализа, по ряду критериев объединены в несколько групп.

Для удобства и формализации описаний групп введены специальные буквенно-цифровые обозначения, включающие указание на часть речи (V – глагол), степень участия в когнитивном процессе (цифровое обозначение, расшифровывающееся после точки) и отношение к субъекту (S) или объекту (O). Всего выделено 6 параллельных субъектно-объектных групп: V1S. Недостаток знания (ещё) – V1O. Отсутствие знания (ещё); V2S. Приобретение знания – V2O. Появление знания; V3S. Владение знанием – V3O. Наличие знания; V4S. Оперирование знанием – V4O. Оперирование знанием; V5S. Утрата знания – V5O. Утрата значения; V6S. Недостаток знания (уже) – V6O. Отсутствие знания (уже). Реальная картина когнитивного процесса обработки знаний, полученных в результате сенсомоторного восприятия мира органами чувств, чрезвычайно сложна. Предложенная классификация не преследует цели исчерпывающего описания. Она упрощена, к примеру, в отдельный этап не выносятся слова типа вольнодумствовать ‘быть вольнодумцем, свободномыслящим, человеком, скептически относящимся к религии или государственным идеям’, в которых идея когнитивности определённым образом специально уточняется.

Описание имеет рабочий характер, предшествующий психоллингвистическому эксперименту, подготовленному для тестирования студентов 1 курса специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия».

Суть же эксперимента сводится к следующему: студентам необходимо отметить когнитивные глаголы в предложениях и определить, к какому из предполагаемых этапов они могут относиться. Полученные ответы позволят определить, понимают ли студенты разницу между этапами когнитивного процесса, что даст возможность судить о валидности выдвинутой классификации.

В целом полученные в ходе психоллингвистических экспериментов результаты могут охарактеризовать процесс речевосприятия определенной группы людей (в данном случае – студентов-медиков) и наметить новые направления исследования.

Борота А.В., Борота А.А., Алиев Р.Н., Федоришин А.А.

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

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ДИСПЛАЗИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность:

По данным ряда авторов узловые образования молочной железы наблюдаются у 20 - 25% женщин в возрасте до 30 лет, у 60% и более - в возрасте старше 40 лет; и более 82%. Серьезной проблемой является возможность озлокачивания доброкачественных опухолей молочных желез.

В мировом сообществе не существует единого подхода к хирургическому лечению ДДМЖ у пациентов, нуждающихся в коррекции формы. В случае наличия исходного мастоптоза у пациентов ряд

авторов рекомендует поэтапное удаление доброкачественных дисплазий молочной железы, а затем коррекцию формы при последующей операции. Учитывая отсутствие убедительной доказательной базы, которая бы демонстрировала преимущества корригирующей одномоментной операции при удалении доброкачественной дисплазии молочной железы, данная методика актуальна и требует дальнейшего изучения.

Цель работы:

Разработать способ хирургического лечения доброкачественной дисплазии молочной железы, при котором обеспечивается эстетический эффект.

Материалы и методы:

За период с 2017 по декабрь 2020 года в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе хирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения 300 пациентов были оперированы по поводу ДДМЖ.

В 271 случаях пациентам проведено хирургическое лечение по поводу ДДМЖ в объеме секторальной резекции одной или обеих молочных желез.

В 29 случаях пациентам выполнено удаление доброкачественных дисплазий молочных желез с одномоментной корригирующей операцией (мастопексией) через единый доступ.

С целью динамического наблюдения за состоянием молочной железы всем пациентам проводили плановое УЗИ, физикальное обследование, анкетирование опросниками качества жизни.

Результаты:

Разницы в количестве и структуре послеоперационных осложнений у пациентов с корригирующей операцией при доброкачественных дисплазиях молочной железы выявлено не было.

Функциональные результаты при выполнении корригирующей маммопластики при доброкачественных дисплазиях молочной железы у пациентов с мастоптозом демонстрируют минимальную травматизацию анатомических структур. Выгодный эстетический результат достигается за счет отсутствия множественных рубцов на коже молочной железы.

Выводы:

На основе анализа собственных клинических наблюдений разработан системный подход к оптимальному выбору хирургической тактики и методики при одномоментном удалении доброкачественной дисплазии молочной железы с мастопексией. Корригирующая операция обеспечивает улучшение эстетического результата, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Борота А.В., Борота А.А., Федоришин А.А., Алиев Р.Н.

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

ЕДИНЫЙ ДОСТУП В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ДИСПЛАЗИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность:

Доброкачественные заболевания молочных желез (ДЗМЖ) чаще всего регистрируются у женщин в возрасте 25-44 лет и выявляются при физикальном обследовании и использовании инструментальных методов (УЗИ, маммография, МРТ). Многие узловые формы ДЗМЖ ассоциированы с повышенным риском развития рака молочной железы. На данный момент в мировом сообществе не существует единого подхода к хирургическому лечению множественных ДЗМЖ. Ряд авторов рекомендует удалять только наибольшие по размеру и наиболее перспективно агрессивные очаги, другие предлагают выполнять отдельный доступ над каждым новообразованием.

Цель работы:

Улучшение оперативных и косметических результатов хирургического лечения множественных доброкачественных дисплазий молочной железы.

Материалы и методы:

За период с 2017 по сентябрь 2021 года в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе хирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения 297 пациентов были оперированы по поводу ДЗМЖ.

В 235 случаях пациентам проведено хирургическое лечение по поводу единичного новообразования молочных желез. Из них 195 случаев – это единичное образование в одной молочной железе и 40 случаев – единичные образования одновременно в правой и левой молочной железе.

У 62 пациентов выполнено удаление множественных новообразований молочных желез через единый периареолярный доступ. Из них 42 пациента с множественными образованиями в одной молочной железе и 20 пациентов с множественными образованиями в обеих железах. При этом приоритетным считали необходимость удаления всех очагов из единого доступа.

С целью динамического наблюдения за состоянием молочной железы всем пациентам проводили плановое УЗИ, физикальное обследование, анкетирование опросниками качества жизни.

Результаты:

У пациентов с резекцией единичных и множественных ДЗМЖ разницы в количестве и структуре послеоперационных осложнений выявлено не было.

у пациентов с множественными ДЗМЖ Функциональные результаты при выполнении секторальной резекции через единый разрез, демонстрируют минимальную травматизацию анатомических структур и сохранение лактационной функции. Выгодный эстетический результат достигается за счет отсутствия множественных рубцов на коже молочной железы.

Выводы:

При множественных узловых ДЗМЖ считаем целесообразным и оправданным удаление всех существующих очагов через единый доступ.

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян- Кухто Н.К., Колодяжный М.А.

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

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИИ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Введение: В настоящее время лапароскопический доступ в лечении опухолевой патологии ободочной кишки является вариантов выбора. Меньшая травматичность и лучшие по сравнению с открытой хирургией результаты лечения данной группы пациентов подтверждены во многих исследованиях. Однако, полностью избежать выполнения разреза на передней брюшной стенке невозможно, ввиду необходимости извлечения препарата, что ведет к операционной травме и болевому синдрому в послеоперационном периоде. Применение хирургии единого доступа направлено на минимизирование операционной травмы и, как следствие, улучшение результатов лечения.

Цель: показать возможность применения модифицированного в клинике единого лапароскопического доступа в лечении опухолевой патологии толстой кишки.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения пациентов со злокачественными опухолями ободочной кишки. Изначально в клинике единый доступ осуществлялся путем применения монопортового устройства, что сопровождалось техническими трудностями: недостаточной триангуляцией, конфликтом инструментов, что ограничивало свободу движений хирурга. Учитывая недостатки, в нашей клинике монопортовый доступ был модифицирован. Он включает установку оптического троакара по средней линии над пупком, порт для инструмента на 3,5 см выше него и еще один порт под пупком. После завершения основного этапа операции, две верхние или нижние троакарные раны были соединены разрезом для извлечения препарата и формирования анастомоза. Длина разреза равна таковой при использовании монопортового устройства. Дренажирование

брюшной полости осуществлялось через троакарную рану. По данной методике было прооперировано 19 пациентов: резекция сигмовидной кишки была выполнена 8 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия – 6, правосторонняя гемиколонэктомия – 5.

Результаты: Оценив болевой синдром по шкале NRS, а также частоту применения наркотических и ненаркотических анальгетиков, позволяет утверждать, что разработанный нами метод снижает потребление анальгетиков и уменьшает болевой синдром. Средняя длина послеоперационной раны составила 4 см, что значительно меньше, чем в группе стандартного лапароскопического доступа. Средний срок госпитализации составил 7,5 дней. Не было различий с мультипортовым доступом в онкологических результатах, таких как количество удаляемых лимфоузлов и края резекции.

Выводы: Применяемый модифицированный монопортовый доступ минимизирует интраоперационную травму. Это безопасная и осуществимая процедура, которая влечет за собой улучшение результатов лечения (уменьшение послеоперационной боли, сокращение времени пребывания в стационаре, ранняя реабилитация, косметический эффект). При этом онкологические результаты остаются сопоставимыми со стандартным лапароскопическим доступом.

Боряк А.Л., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н., Титов Ю.Д., Романчук С.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Цель исследования: дать теоретическое обоснование общих закономерностей нарушения метаболизма костной ткани при остеопоротических переломах позвоночника у женщин в постменопаузальном периоде и усовершенствовать методы их прогнозирования.

Материалы и методы исследования. У всех обследованных женщин состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) диагностировали по данным рентгеновской абсорбциометрии и трактовали как остеопороз при $T (L2-L4) < -2,5$. Все женщины с первичным остеопорозом были разделены на две группы. В первую группу ($n=76$) вошли пациентки без переломов позвонков, во вторую ($n=63$) – с переломами позвонков. Для выявления роли паратиреоидного гормона (ПТГ) в патогенезе остеопоротических переломов позвонков каждая группа пациентов была разделена на две подгруппы. У всех женщин с переломами позвонков травма локализовалась в груднопоясничном отделе позвоночника. По механизму травмы преобладали низкоэнергетические повреждения – 85,7%. Пациентам второй группы ($n=63$), были выполнены оперативные вмешательства (транспедикулярная фиксация поврежденного сегмента).

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе исследования осуществляли выявление особенностей нарушения метаболизма костной ткани и уточняли роль паратгормона при переломах позвоночника, а также причину роста его концентрации и снижения концентрации витамина D3 в сыворотке крови у женщин в постменопаузе. Установлено, что метаболизм костной ткани при остеопоротических переломах позвонков в постменопаузальном периоде, по сравнению с показателями женщин без переломов, характеризуется снижением концентрации ионизированного кальция на 15,6% ($p<0,05$), повышением активности ЩФ на 66,1% ($p<0,01$), снижением уровня витамина D3(25(OH)D) на 44,4% ($p<0,01$), повышением концентрации ПТГ в 3,1 раза ($p<0,001$). При этом также снижается концентрация остеокальцина на 23,3% ($p<0,05$) и наблюдается увеличение концентрации продуктов деградации коллагена В-CrossLaps на 92,9% ($p<0,001$). На степень расстройств костного метаболизма существенное влияние оказывает активность паращитовидных желез и дефицит витамина D3. Для суммарного учета и вклада всех факторов риска в процесс развития остеопоротических переломов мы применили метод Вальда. Диагностические коэффициенты (ДК) вычисляли по формулам. Установлено, что не осложненное течение переломов после применения транспедикулярной фиксации поврежденного сегмента позвоночника и комбинированной фармакотерапии возникает у женщин с остеопорозом в постменопаузе в 61,1% случаев. О не осложненном течении переломов

указывают восстановленные к десятым суткам послеоперационного периода показатели активности ЩФ, концентрации остеокальцина и β -CrossLaps. Повышенные по сравнению с нормой значения активности ЩФ и концентрации β -CrossLaps, а также сниженные концентрации остеокальцина и витамина D3 на 10-е сутки, через 6 и 9 месяцев указывают на нарушение консолидации переломов. На практике для прогнозирования осложненного течения переломов позвонков необходимо сравнить данные пациента по 11 табличным признакам и найти соответствующую каждому признаку величину ДКі. Затем вычислить общую сумму всех ДКі. Если величина суммы всех ДКі будет ≥ 20 , то, согласно метода Вальда, делается заключение, что у данного пациента с вероятностью 95%, течение болезни позвоночника будет без инфекционных осложнений. Если величина этой суммы будет ≤ -20 , то у данного пациента с вероятностью 95% послеоперационное течение может осложниться инфекцией. При значениях суммарного показателя, лежащего в интервале от +19 до -19, заключение имеет меньшую точность прогноза, чем 95%.

Выводы. Установлено патогенетическое значение нарушений метаболизма костной ткани при остеопоротических переломах позвоночника у женщин в постменопаузальном периоде и разработан метод прогнозирования переломов позвонков в послеоперационном периоде.

Боряк С.А., Проценко Т.В., Зубаревская О.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ ИНДЕКС В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Цель – изучить взаимосвязь выраженности дерматоскопического индекса (ДсИ) и выраженности клинических симптомов атопического дерматита (АтД) при различной степени тяжести дерматоза.

Материалы и методы исследования. Обследовано 26 больных (13 мужчин, 13 женщин) АтД в возрасте от 2 до 38 лет. Эритематозно-сквамозная форма АтД была у 6 (23,1%) больных, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 18 (69,2%) больных, лихеноидная – у 2 (7,7%). Степень тяжести АтД и выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD. Легкая степень тяжести дерматоза (индекс SCORAD меньше 25 баллов) была у 4 (15,4%) больных, средне-тяжелая (SCORAD от 25 до 50 баллов) – у 20 (76,9%) больных и тяжелая (индекс SCORAD больше 50 баллов) была у 2 (7,7%) больных. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа Heine DELTA 20+ (Германия), анализируя дерматоскопические признаки (ДсП) и рассчитывая ДсИ. Дерматоскопически оценивали следующие признаки (паттерны): 1. Сосудистый. Оценивали морфологический тип сосудистых структур в пределах высыпаний (сосуды в виде точек, клубочков, шпилек, глыбчатые сосуды различного диаметра, линейные сосуды), их расположение в очаге поражения (равномерное, беспорядочное, центральное, фокусное). Также оценивали цвет и интенсивность выраженности эритемы, наличие точечных кровоизлияний как объективного критерия интенсивности зуда. 2. Роговой – шелушение, отражающее наличие ксероза кожи, чешуйко-корки белого, желтоватого цвета. Все вышеперечисленные ДсП отражали объективные симптомы дерматоза, а степень их выраженности – выраженность клинических проявлений АтД. Каждый из этих ДсП градируют по шкале от 0 до 3 баллов, включая промежуточные величины (0,5; 1,5 и 2,5), где 0 – отсутствие признака, 1 – слабо выраженный, 2 – умеренно выраженный, 3 – выраженный. Определяли ДсИ по степени выраженности ДсП АтД (в баллах) по разработанной оригинальной формуле: $ДсИ\ АтД = (С+Р+Э+ТК)/4$, где С – сосудистый ДсП, Р – роговой ДсП, Э – выраженность эритемы, ТК – выраженность точечных кровоизлияний. ДсИ от 2,5 до 3,0 баллов соответствовал тяжелой степени выраженности симптомов АтД, ДсИ от 1,5 до 2,49 баллов – средней степени выраженности, ДсИ меньше 1,5 баллов – легкой степени выраженности.

Результаты. ДсИ был возможен к количественному определению при индексе SCORAD 8 баллов и более. Установлены особенности ДсП в зависимости от тяжести АтД: при средне-тяжелом АтД были представлены все ДсП, в отличие от легкой формы дерматоза, при которой ДсП были слабо выражены; при тяжелой форме заболевания преобладал один из ДсП (сосудистый или роговой). ДсИ

находился в прямой статистически значимой ($p < 0,01$) зависимости от величины индекса SCORAD: с увеличением индекса SCORAD, соответственно, увеличивался ДсИ, что было подтверждено корреляционным анализом с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Установлено, что даже в стадии клинической ремиссии обнаружение сосудистого ДсП является прогностически неблагоприятным фактором.

Выводы. Предложенный нами неинвазивный способ оценки степени выраженности АтД позволяет более точно определять эффективность проводимой терапии и, следовательно, оптимизировать лечебно-реабилитационную тактику.

Бублик Я.В.

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

ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ

Актуальность. Сложность управленческой деятельности на современном этапе развития общества состоит в том, что функционирование субъектов управления осуществляется в контексте переходных социальных процессов, которые характеризуются неустойчивостью с высокой вероятностью возникновения кризисных ситуаций. Это оказывает существенное влияние на сознание и поведение человека. В этой связи следует отметить, что именно состояние сознания человека является наиболее адекватным индикатором происходящих перемен. Сам переходный период можно описать как период жизни общества и его подсистем, в котором доминируют неустойчивые, быстро меняющиеся формы и способы жизнедеятельности.

Материалы и методы. Практика социальных преобразований выдвигает в число первоочередных проблему ценностного наполнения перехода социальной системы к новому качеству, формирования новой ценностной матрицы управленческой деятельности, что и обуславливает актуальность заявленной для рассмотрения проблемы.

Результаты. В ряде современных исследований предложены модели профессиональной компетентности специалистов работающих в практическом здравоохранении и имеющих дополнительное профессиональное образование экономического профиля, социальной сферы, менеджмента. Вместе с тем, представляется необходимым дальнейшее исследование проблемы в аспекте изменения требований к компетентности управленческих кадров в условиях переходных социальных процессов.

В современной ситуации развития общества наблюдается активная аксиологическая динамика, оказывающая существенное влияние на сознание, поведение, ценностный мир человека, а в самом ценностном пространстве сосуществуют как традиционные, так и инновационные ценности. Их противостояние дестабилизирует развитие общества, что сопровождается кризисными явлениями в его институциональной системе. При этом отмечается острое противоречие между духовными ценностями и рациональными, привнесенными в основном рыночными отношениями и необходимостью адаптации человека к этой среде.

Ценностный базис личности складывается в процессе ценностно-ориентационной деятельности. Наиболее благоприятной средой для этого выступает образовательная среда, поскольку ее характерным признаком является наличие в содержании, формах, методах значительного ценностного потенциала. Специфика ценностно-ориентационной деятельности состоит в том, что она не только дает информацию о ценностях, но выступает и в форме производства, выработки определенных ценностей, и в форме их потребления людьми. Носитель ценности предстает перед субъектом именно как объект, который он соотносит со своими потребностями, идеалами, устремлениями. При этом фундаментальными ценностями на ценностной шкале современного общества в первую очередь должны быть ценность человека, его жизни и достоинства, а также жизни и достоинства других людей.

Ценностно-ориентационная деятельность не может быть сведена к внешней оценке, предпочтению и выбору готовых ценностей. Это самостоятельный творческий процесс создания ценностей

или, точнее, воссоздания вновь и вновь каждым человеком, каждым поколением. Для воспроизводства этой деятельности необходим определенный опыт. Его накопление предполагает постоянное взаимодействие с миром ценностей. Результатом такого взаимодействия является нравственная культура личности, непосредственно связывающая ее с миром ценностей и существенным образом влияющая на мотивационную сферу.

Под идентичностью в социальных науках преимущественно понимается осознание человеком своей принадлежности к какой-либо социальной группе, сообществу, что позволяет ему определить свое место в социокультурном пространстве. Идентичность формируется непосредственно через социализацию, путем усвоения и принятия господствующих в данном обществе элементов сознания, норм, ценностей и привычек. Отождествление себя с определенными культурными образцами делает жизнь человека упорядоченной, понятной, предсказуемой. Состояние идентичности способствует созданию ощущения нормальности существования, собственной адекватности данному социуму, возрасту, событиям, нормам, людям. Учитывая это, в контексте рассмотрения проблем управления, прежде всего, нужно обратить внимание на необходимость усиления мировоззренческого компонента его содержания, обеспечения условий для определения личностью своей идентичности, формирования ценностной основы деятельности.

Выводы. Таким образом, в условиях современных социальных трансформаций исключительную важность представляет обеспечение системы управления специалистами, обладающими адекватной профессиональной компетентностью, в структуре которой ключевая роль отводится ценностям. Это обуславливает необходимость совершенствования и развития их ценностно-ориентационной деятельности на всех этапах подготовки.

Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Актуальность. В настоящее время дистанционное обучение получает в мире все большее распространение. Этот тип обучения охватывает в наибольшей степени последипломное образование, такое как профессиональная переподготовка и повышение квалификации различного уровня специальностей.

Материалы и методы. Нами было проанализировано дистанционное обучение, которое позволяет эффективно решать актуальные на сегодня образовательные задачи: обучения в течении всей жизни, непрерывного профессионального обучения; обучения «без границ» в интерактивном режиме.

Результаты. Согласно разработанной в ГОО ВПО «Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького» и успешно реализуемой на кафедре организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии системы программно – целевого управления качеством подготовки специалистов, предусматривается ориентация всех этапов обучения на профессиональную деятельность, плановое повышение квалификации и профессиональную переподготовку руководителей лечебно – профилактических учреждений. В соответствии с этой системой слушатели получают не только теоретическую подготовку, по вопросам управления медицинским учреждением, но и овладевают практическими навыками и умениями.

На всех циклах последипломного обучения организаторов здравоохранения (ПП, ПК, Стажировка и ТУ) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» предлагают к изучению темы, которые отчасти можно назвать «традиционными». Они содержат в себе вопросы статистики здоровья и заболеваемости населения, организации и управления медицинской помощью населения, менеджмента в здравоохранении, особенности правовых, экономических и финансовых вопросов деятельности лечебных учреждений.

Для более успешного овладения учебным материалом при изучении данных тем на кафедре были введены вебинары. Данные вебинары проводятся на платформе информационно-образовательной

среды кафедры. Целью данных вебинаров является совершенствование и непрерывное повышение знаний и навыков в области здравоохранения. Ведущая роль в адаптивном формировании персонала лечебно – профилактических учреждений принадлежит их руководителям. Поэтому деятельность руководителя должна быть направлена на создание идеологии организации, принятия быстрых и правильных решений для эффективной работы лечебного учреждения. Весь лекционный материал циклов представлен мультимедийными презентациями, которые объединяют в себя несколько видов информации: текстовую, неподвижные изображения в виде рисунков, фотографий, графов логической структуры, движущихся изображений (мультипликация, видео) и звука. Такая подача информации позволяет комбинировать нагрузку на разные каналы восприятия (аудио, визуально – образный или визуально – вербальный), что делает материал более доступным для усвоения представителями разных сенсорных типов личности.

Сайт кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии обеспечивает своим слушателям курсов открытый доступ к учебным материалам. Используя данные материалы, которые регулярно обновляются и соответствуют современным требованиям учебного портала ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО, организаторы здравоохранения лучше понимают значение внедрения современных информационных технологий, поскольку своевременная обработка информационных потоков существенно влияет на качество управления в ЛПУ.

Активное использование изображений, текста, звука и видеоряда в учебном материале существенно повышает качество усвоения данной методики преподавания, которая расширит теоретические знания и позволит выработать конкретные профессиональные умения у руководителей практического здравоохранения в решении вопросов управления лечебными учреждениями в современных условиях системы здравоохранения.

Выводы. На основании вышеизложенного можно выделить преимущества дистанционного обучения, такие как: повышение качества обучения за счет применения современных технологий; доступность, открытость и гибкость взаимодействия участников учебных программ; социальное равноправие в отношении всех категорий слушателей; развитие информационной компетентности; позволяет удовлетворять в полной мере образовательные потребности наших слушателей.

Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В.

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

УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Актуальность. На современном этапе развития общества на первый план выдвигаются требования к личности руководителя лечебного учреждения нового типа, обладающего высоким интеллектом, предприимчивостью, ответственностью, коммуникабельностью, толерантностью, то есть управленческой культурой.

Материалы и методы. Управленческую культуру следует рассматривать как один из компонентов общей культуры личности, являющийся основой эффективности управленческой деятельности. Руководители практического здравоохранения новейшей эпохи должны уметь проектировать свою работу и работу своих подчиненных, управлять межличностным и профессиональным общением в коллективе, организовывать совместную деятельность сотрудников для достижения общих целей и положительных результатов, формировать позитивный микроклимат в коллективе. Управленческая культура, таким образом, является системообразующим звеном функционирования учреждения, определяет содержание, формы и темпы его развития.

Результаты. Управленческая культура – сложное понятие, допускающее несколько трактовок. Первая определяет его как «высокий уровень сформированности интеллектуальных, эмоционально-волевых, нравственных, физических качеств, совокупность которых позволяет решать профессио-

нальные задачи в сфере социального управления с высокой степенью эффективности и стабильности». Вторая определяет управленческую культуру как «неявный, невидимый и неформальный тип сознания организации, обуславливающий поведение людей и находящийся под воздействием их поведения». Третья утверждает, что управленческая культура представляет собой «комплекс базовых предположений, изобретенный, обнаруженный или разработанный группой для того, чтобы научиться справляться с проблемами внешней адаптации и внутренней интеграции».

Оптимальным, по нашему мнению, видится подход, согласно которому управленческая культура руководителя лечебного учреждения представляет собой «комплекс управленческих знаний, умений и опыта, а также профессионально значимых личностных качеств лидерской и творческой направленности». Мастерство управленца заключается в умении выбирать наиболее эффективные для конкретной ситуации методы деятельности, направленные на получение максимального результата.

Осуществлению эффективного управления могут препятствовать определенные барьеры, а именно: социально-экономические (преобладание авторитарного стиля руководства и проблемы в экономике); социальные (статус отрасли народного хозяйства в обществе; принцип финансирования; «утечка» кадров); психологические (отсутствие у руководителя необходимых личностных качеств).

Преодоление барьеров третьей группы – психологических – чрезвычайно важно в современном динамичном обществе. Личностные качества руководителя практического здравоохранения (профессионализм, коммуникабельность, нравственность, сила воли, организаторские способности) являются доминирующими компонентами его портрета. С опорой на эти качества формируется система взаимодействия руководителя с коллективом. Современный руководитель лечебного учреждения должен быть дальновидным, объективным, последовательным, предприимчивым, высоконравственным, мобильным, наблюдательным и харизматичным.

Выводы. Учитывая вышесказанное, можно выделить следующие факторы эффективного управления лечебным учреждением в современном обществе: видение главных проблем в деятельности коллектива; владение руководителем приемами освоения инноваций; создание условий, мотивирующих коллектив к достижению максимально возможных результатов; создание позитивного психологического микроклимата в коллективе; выработка ценностей, норм, традиций коллектива и следование им.

В заключение отметим, что не существует универсальных методов управления, применимых и безотказных в любых ситуациях. Именно поэтому современным руководителям практического здравоохранения следует развивать управленческую культуру, как характеристику личности, позволяющую комплексно смотреть на специфику работы того или иного коллектива и оперативно решать возникающие проблемы.

Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сохина В.С., Сигитова Е.В.

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

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ЛИТ. ОБЗОР)

Свыше 70% всех случаев синдрома паркинсонизма в популяции приходится на долю первичного паркинсонизма и, в первую очередь, болезни Паркинсона (БП). Заболевание встречается повсеместно, его частота варьирует от 150 до 300 на 100 тыс. населения, резко увеличиваясь с возрастом. В возрастной группе старше 60 лет данное заболевание встречается у 1-2% лиц. В то же время в ряде случаев паркинсонизм может развиваться в молодом возрасте, однако данной проблеме уделяется гораздо меньше внимания.

Несколько последних десятилетий охарактеризовались определенной тенденцией к «омоложению» паркинсонизма, основными причинами которого являются: реализация эффекта ряда генетических факторов, растущая подверженность населения развитых стран неблагоприятным эколого-средовым

воздействиям, улучшение диагностики болезни в ее начальных стадиях, связанное с общим технологическим прогрессом в клинической медицине. Все эти факторы заслуживают детального изучения.

В последние годы установлено, что при постепенном, многолетнем развитии БП наиболее ранние и тонкие изменения обнаруживаются в проекционных нейронах каудальных ядер мозгового ствола, и лишь затем процесс закономерно распространяется на вышележащие отделы мозга. Благодаря механизмам нейропластичности симптоматика появляется лишь в случае гибели >70% пигментных клеток черной субстанции, что соответствует снижению уровня дофамина на 80-85%. В норме в результате процессов естественного старения организма начиная с 5-го десятилетия жизни гибнет от 4,7 до 6% клеток черной субстанции в каждое десятилетие, что и определяет возраст - зависимый характер БП.

Раннее начало первичного паркинсонизма предъявляет повышенные требования к рационализации назначаемой терапии, поскольку такая терапия должна быть ориентирована на длительную перспективу, в идеале - на десятилетия вперед.

Большинство исследователей предпочитает начинать лечение раннего паркинсонизма с агонистов дофаминовых рецепторов (АДР). Целесообразность их использования в данной группе пациентов обусловлена лучшей переносимостью АДР у молодых по сравнению с пожилыми больными, а также необходимостью принимать во внимание возможность быстрого появления выраженных дискинезий у молодых пациентов в случае назначения препаратов леводопы. Кроме того, именно для пациентов молодого возраста в начальной стадии болезни важен оказываемый препаратами из группы АДР нейропротекторный эффект. АДР - опосредованную нейропротекцию связывают с уменьшением синаптического кругооборота дофамина, стимуляцией D1-рецепторов, синтезом белков с антиоксидантными свойствами, стимуляцией аутоτροφической активности нейронов, уменьшением секреции эксайтотоксина глутамата. При необходимости у пациентов молодого возраста АДР можно комбинировать с ингибиторами МАО-В, а также амантадинами. Последняя группа препаратов достаточно перспективна для лечения именно молодых случаев паркинсонизма, поскольку имеющиеся данные свидетельствуют о наличии у них свойств антагонистов NMDA-рецепторов глутамата; таким образом, амантадины способны реализовывать свое предполагаемое нейропротекторное действие на уровне «эксайтотоксического каскада». Для борьбы с тремором (весьма резистентным к терапии симптомом БП) более свободно могут быть назначены центральные холинолитики, обычно не рекомендуемые у пожилых лиц в связи с большим числом общесоматических противопоказаний, опасностью нарастания когнитивных нарушений и риском развития психотических состояний на фоне атрофии мозга. На определенном этапе болезни при нарастании двигательных нарушений возникает необходимость приема препаратов леводопы. Согласно нашему опыту, не менее чем у половины пациентов с ранним развитием паркинсонизма применение леводопасодержащих препаратов было невозможным без их сочетания с АДР. С учетом ожидаемой продолжительности жизни и необходимости максимально-го отсрочивания двигательных флуктуаций, у молодых больных стратегически обоснованным представляется начало терапии леводопой с ее пролонгированных форм. Еще один подход, позволяющий пролонгировать и «физиологизировать» эффект леводопы, изящно реализован в новой и перспективной лекарственной форме, представляющей собой комбинацию леводопы, карбидопы и энтакапона. Имеющийся к настоящему времени опыт, показывает высокую эффективность данной комбинации в уменьшении выраженности двигательных флуктуаций и снижении риска развития дискинезий как в клинике, так и в эксперименте, что связывают с улучшенной фармакокинетикой леводопы.

Использование вышеуказанных и ряда других новых технологий при различных формах первичного паркинсонизма показано, в первую очередь, у молодых пациентов, имеющих меньшее число противопоказаний и неблагоприятных прогностических факторов. Это существенно расширяет имеющиеся возможности эффективной помощи людям трудоспособного возраста, страдающим ранним паркинсонизмом, что имеет не только медицинский, но и несомненный социально-экономический эффект.

Бугашев К.С., Доценко Е.К.

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

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ЕГО МЕСТО И РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Актуальность. В настоящее время в сферу искусственного интеллекта вовлечены многие предметные области практического назначения. Не является исключением медицина и здравоохранение. Но если «человеческий интеллект» – это глубина и гибкость ума, широта и критичность мышления, то искусственный интеллект – это только наука по созданию «интеллектуальных» машин, «заряженных» компьютерными программами по профилю их использования. Однако, нельзя забывать, что решение этих задач требует непосредственного вмешательства и именно «человеческого» интеллекта. Следовательно, эти два «интеллекта» находятся в тесном взаимодействии, в том числе и в вопросах отрасли здравоохранения.

Цель исследования: попытка теоретически определить масштаб использования искусственного интеллекта в медицине и здравоохранении.

Материалы и методы. В основе литературный поиск, основанный на данных литературы и интернет-источников, а так же наши личные наблюдения в использовании «компьютерных программ», «масштабности» этого использования, необходимости этого использования в медицине и здравоохранении.

Результаты исследования. Растущий уровень заболеваний, их латентное и атипичное течение, скорость хронизации с одной стороны, с другой – депрессивные условия окружающей среды региона, усугубляющие и поддерживающие изложенное, не позволяют врачу, особенно молодому специалисту, своевременно выставить диагноз, а значит и назначить своевременно лечение. И конечно же, искусственный интеллект, компьютерная техника здесь неоспоримый помощник.

Однако, пониманию машины недоступно понятие – «лечить не болезнь, а больного», т.е. индивид с его особенностями, для чего необходим контакт с самим пациентом, недоступна искусственному интеллекту и оценка исхода результативности лечения. Эти проблемы может решить только непосредственно мыслительная деятельность самого врача; и только «человеческий, естественный интеллект», достигая своего развитого состояния (что так же недоступно машине) с помощью образования, непосредственного общения с окружающей средой, приобретая опыт, достигая еще такого важнейшего качества – интуиции – качества подвластного только человеку, т.е. его естественному интеллекту, и являющегося результатом опыта в работе и высокого уровня квалификации врача.

Выводы. 1. Искусственный интеллект требует отношения к нему высокой степени ответственности и осмысления каждого элемента его деятельности;

2. Неоспорима широкая степень его применения, квалифицированный подход к его использованию, особенно в медицине и здравоохранении во избежание формирования «врача-технаря»;

3. Недопустима, не должна иметь место полная подмена естественного интеллекта искусственным, они должны «существовать» только рядом друг с другом.

Бугашев К.С., Луцкий И.С., Марусиченко Е.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, ДНР.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Цель исследования. Выявить частоту возникновения и определить возможные механизмы формирования когнитивных нарушений у пациентов с COVID-19 вирусной инфекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ более 60 публикаций русскоязычных и зарубежных авторов по клиническому исследованию когнитивных нарушений больных коронавирусной инфекцией.

Результаты исследования. В декабре 2019г. мир столкнулся с новой угрозой жизни и экономике всего человечества – новой инфекцией, которой дали название COVID-19. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020г объявляла о пандемии нового коронавируса. На сегодняшний день число зарегистрированных случаев по весму миру около 219 миллионов, из которых число летальных исходов 4,55 мллионов. В ходе изучения механизмов развития патологического процесса и наблюдения за больными, инфицированными COVID-19 вирусом, было установлено, что данная инфекция поражает не только дыхательную, желудочно-кишечную, иммунную системы и систему гемостаза, а и нервные структуры. Причем поражение нервной системы начинается с момента попадания вируса в организм человека. Предполагается, что первично вирус, имея тропность к клеткам, которые экспрессируют рецепторы к ангиотензин-превращающему ферменту, поражает нейроны и глиальные клетки попадая перинеурально по волокнам обонятельного тракта, ветвям тройничного и лицевого нервов, ответственным за вкусовое восприятие. В головном мозге чаще всего вирус первично поражает лимбическую систему (гиппокам, поясная, миндалевидная и грушевидная извилины). Эта структура ответственна за память, эмоционо-волевую сферу, инстинктивное поведение, вегетативные функции, а также принимает участие в регулировании фазы сна и бодрствования. Вторичное поражение происходит в ответ на гипоксию и общий системный воспалительный ответ организма, в следствии чего повышается проницаемость гематоэнцефалического барьера. Результатом является попадание провоспалительных цитокинов (интерлейкин 1, 2, 6, 8, фактор некроза опухоли) в центральную нервную систему и запуск нейровоспалительного каскада, ведущего к нейродегенерации и последующим когнитивным нарушениям. В клинических исследованиях было установлено, что симптомы астении, эмоциональной угнетенности, снижения концентрации, памяти и внимания присутствовали практически у всех больных коронавирусной инфекцией (97%) вне зависимости от степени тяжести заболевания. Объективно когнитивный дефицит разной степени тяжести выявлялся у 75%-85% исследуемых по данным различных публикаций, а у 33-35% он достигал степени выраженного. Стойкость когнитивных нарушений варьировала, в зависимости от многих факторов, от полугода до настоящего времени. Интересным является и то, что описаны редкие случаи заболевания у возрастных пациентов, которые проявлялись только лишь выраженным когнитивным дефицитом и отсутствовали типичные симптомы COVID-19 инфекции.

Выводы. Синдром снижения когнитивных функций является одним из наиболее частых проявлений коронавирусной инфекции и является результатом множества сложных патофизиологических механизмов, которые запускает вирус SARS-Cov-2. Требуется дальнейшее изучение поражения нервной системы для успешной коррекции ее дисфункции у пациентов в будущем.

Бугаева Н.В., Абрамова Е.А., Кузель М.А.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Цель работы. Исследование характеристик функции памяти у студентов ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького.

Материалы и методы. Исследования проводились среди студентов, обучающихся на разных курсах ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького (456 человек) с применением тестов на слуховую (кратковременную, долговременную, ассоциативную) и зрительную память.

Результаты. В ходе обучения в вузе наблюдается достоверное снижение продуктивности зрительного запоминания (с 45,3% до 37,2%). Отмечается качественная неоднородность показателя продуктивности в отношении характера предъявляемых для запоминания символов: у студентов всех курсов наибольшая продуктивность наблюдается при запоминании зрительных образов (в среднем 69,3%), наименьшая – при запоминании чисел (27,6%). От курса к курсу увеличивается среднее число вы-

думанных символов при воспроизведении информации, что может свидетельствовать о начинающемся процессе истощения нервной системы у студентов. Объем слуховой (как кратковременной, так и долговременной) памяти в среднем соответствует физиологической норме, характеризуясь положительной хронодинамикой, что является благоприятным прогностическим признаком с позиций гносеологических качеств организма студентов. Наибольший объем присущ ассоциативной памяти. Исследования не выявили достоверных различий между запоминанием словесных пар, отличающихся друг от друга характером смысловой связи.

Выводы. Результаты исследований показали, что лучше всего студенты, вне зависимости от курса, запоминали зрительные образы, что вероятней всего связано с гуманитарной спецификой обучения. Отмечается корреляция между начинающимся процессом истощения нервной системы и курсом обучения студентов. Объем слуховой памяти соответствует норме. Наибольший объем присущ ассоциативной памяти. Имеется необходимость разработать рекомендации и методики для облегчения восприятия информации студентами с целью предотвращения истощения нервной системы.

Буканов Е.К., Курган Е.Г., Пацкань И.И.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВИРТУАЛЬНЫХ АССИСТЕНТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Актуальность. В период эпидемии SARS-CoV-2 во многих странах предлагаются инициативы по внедрению передовых программных комплексов, способных минимизировать бюрократические процедуры. Для этих целей применяются программируемые виртуальные ассистенты, позволяющие в режиме реального времени вести диалог или исполнять определенные медицинские задачи.

Цель исследования: обоснование необходимости внедрения виртуальных ассистентов в систему здравоохранения ДНР.

Материалы и методы. Нами проанализированы отечественные и зарубежные публикации за последние 5 лет, в которых описан опыт реализации и внедрения виртуальных ассистентов в систему здравоохранения, так как их функциональные возможности, позволяют получить прогнозируемые результаты.

Результаты. В ходе анализа было выявлено более десяти практик, в которых детально описан процесс построения, реализации и внедрения виртуальных ассистентов в процессы управления здравоохранением, под обобщенным определением «чат-бот».

Отмечается, что основное большинство чат-ботов представляют собой программы, которые обладают интуитивной логикой с интегрированным набором функциональных решений. Это позволяет внедрить виртуального ассистента в медицинские сервисы и успешно взаимодействовать с ними.

Данная инициатива успешно себя зарекомендовала в различных электронных медицинских сервисах на территории России и Европы. Было обнаружено, что при внедрении данных программных решений стоит учитывать технологическую составляющую электронных медицинских сервисов для успешной интеграции.

Преимущество виртуальных ассистентов перед классическими методами коммуникаций заключается в скорости обработки информации, автономности работы и простоте коммуникаций внутри системы здравоохранения.

Выводы. Работу, связанную с изучением виртуальных ассистентов целесообразно продолжить через реализацию инициатив по их внедрению в сетевое пространство Министерства здравоохранения ДНР.

Буканов Е.К., Пацкань И.И., Ежелева М.И.

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

ВИРТУАЛЬНЫЙ АССИСТЕНТ КАК СРЕДСТВО КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ СТУДЕНТАМИ И ДЕКАНАТОМ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

В условиях широкого распространения SARS-CoV-2 и перехода на дистанционную форму обучения, перед деканатом медико-фармацевтического факультета была поставлена задача установления успешной коммуникации со студентами. Благодаря внедрению в работу деканата современных информационно-коммуникационных технологий произошла качественная трансформация системы коммуникаций, позволяющая работать в режиме реального времени. Данная сетевая технология, именуемая «чат-бот», является достаточно эффективной и позволяет взаимодействовать с каждым студентом по отдельности.

Чат-бот — это программный комплекс, который имитирует реальный диалог со студентом. Чат-бот позволяет вести диалог путем обмена текстовой, графической и голосовой типами информации через мобильное приложение на телефоне или компьютере. При необходимости коммуникации могут быть выстроены в виде логической последовательности или учитывать определенную структурную специфику конкретной задачи.

Цель исследования: разработка унифицированного подхода для ведения коммуникаций путем применения всех доступных ресурсов с целью эффективной работы виртуального ассистента.

Результаты. В работе были рассмотрены преимущества применения различных подходов для становления эффективной работы виртуального ассистента. Во время процесса разработки данного программного продукта было решено организовать его работу путем логически выстроенных диалогов по заранее утвержденным алгоритмам.

Студенту предоставляется доступ к структурированной информации, классифицированной по разделам для упрощенного доступа к ней. Благодаря виртуальному ассистенту студент не только является информированным, но также может получить ответ на интересующий его вопрос. Для реализации виртуального ассистента была разработана и предложена следующая структура этого сервиса:

1. общие сведения о деканате и активе факультета;
2. расписание занятий;
3. новости;
4. документы;
5. информационная рассылка;
6. карта университета.

Таким образом, виртуальный ассистент — это комплекс алгоритмов и сетевых инструментов, которые позволяют в режиме реального времени получить качественную и количественную информацию без фактического посещения деканата в сложившихся условиях пандемии.

Буранова Д.Д. Мухаммаджанова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

ПРИМЕНЕНИЕ АКУПУНКТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ COVID -2019

Как известно, при острых и хронических осложнениях у больных при COVID -2019 наблюдаются различные нервно-психические расстройства.

При патоморфологическом исследовании со стороны головного мозга обнаруживается картина токсической энцефалопатии с сосудистыми и дегенеративными изменениями. В основе неврологических расстройств при заболеваниях почек лежит главным образом интоксикация в результате азотемии.

А астеноневротический синдром и сосудистая энцефалопатия осложняют субкомпенсированную стадию почечной недостаточности, когда проявлений азотемии еще нет. Даже незначительная потеря как натрия, так и хлоридов, гипо- и гиперкалиемия и гипоальбуминемия понижает осмотического давления крови, что приводит к повышению проницаемости сосудов и развитию в головном, спинном мозге и периферической нервной системе отека, диапедезных кровоизлияний и к дальнейшим изменениям в нервных клетках, а также нарушению мышечных сократительных функций.

Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при мочекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь провоцирует патологическую иррадиацию болевого импульса как в спинномозговые узлы, так и на сегменты спинного мозга. Это ведёт к появлению болей и гиперестезий. Возникают ренокардиальный, реновисцеральный синдромы или могут обостряться пояснично-крестцовые радикулиты.

В тяжёлых стадиях почечной недостаточности наблюдается сочетание токсической азотемии и метаболического ацидоза к чему наслаиваются нарушения белкового и водно-электролитного баланса, в частности гиперкалиемии и гиперкреатининемии, а также наблюдается артериальная гипертензия.

В начальной стадии заболеваний почек неврастеноподобный синдром проявляется такими симптомами как неуравновешенность, раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, нарушения сна, рассеянность, утомляемость, невнимательность, обидчивость. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений в области поясницы, выраженных отеков, дизурических расстройств и т. д. Наблюдается обострение люмбоишиалгического синдрома у больных страдающих остеохондрозом позвоночника, что может изменять клиническую картину заболевания.

С нарастанием недостаточности почек наблюдаются энцефалопатические нарушения. Это общемозговые как головокружение, головная боль, возбуждение или апатия. Также могут наблюдаться менингеальные симптомы, такие как гипотония мышц, повышенные рефлексы, нистагм

У данных пациентов наблюдаются нарушения мозгового кровообращения как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях почек, осложненных артериальной гипертензией, следовательно, для усовершенствования методов реабилитации и снижения количества осложнений при COVID -2019 необходимо: использование биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить кровоснабжение у пациентов, перенесших COVID -2019.

Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В., Туттов С.Н., Подоляка Д.В.

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

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ПРЕПОДАВАНИЮ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА ЭТАПЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ

Реализация компетентностного подхода при обучении студентов по специальности «Акушерство и гинекология» диктует необходимость уделять особое внимание их практической подготовке. Кафедра акушерства и гинекологии как одна из выпускающих, готовит к работе практикующих врачей лечебников. Поэтому на кафедре уделяют большое внимание теоретической и практической подготовке выпускников. Разработаны и внедрены в учебный процесс учебнометодические материалы нового поколения, унифицированы практические знания и умения, что дает возможность индивидуализировать подход к студентам и реализовать их преемственность между всеми выпускающими кафедрами. На практических занятиях каждый студент имеет возможность работать с пациентами, где осваивает навыки по методике обследования беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных. На итоговых занятиях после прохождения каждого модуля контроль за усвоением практических навыков осуществляет заведующий кафедрой, профессора и доценты. Завершающим этапом освоения компетенций и их контроля является государственная итоговая аттестация (ГИА), в которую включены элементы знаний, навыков и умений, осваиваемые студентами за весь период обучения.

Государственная итоговая аттестация (ГИА) по специальности «Акушерство и гинекология» включает два этапа: комплексный тестовый и практически ориентированный экзамены. Комплексный тестовый экзамен предназначен для проверки освоения тех профессиональных умений, которые можно проверить решением тестовых заданий. Тестирование проводилось с помощью буклетов, включающих 150 тестовых заданий: 117 – по профильным дисциплинам и 33 – по смежным. По специальности «Лечебное дело» к профильным дисциплинам включены внутренние болезни с другими дисциплинами терапевтического профиля, хирургия с другими дисциплинами хирургического профиля, акушерство и гинекология. К смежным – педиатрия, гигиена, общественное здоровье и здравоохранение, социально-гуманитарные дисциплины. Тестирование для всех выпускников по специальности «Лечебное дело» длилось два с половиной астрономических часа. Результаты комплексного тестового экзамена оценивались в формате «сдал/не сдал». Положительное решение принималось в случае, если выпускник правильно выполнил не менее 60% тестовых заданий, размещенных в буклете. После комплексного тестового экзамена проводился второй этап – практически ориентированный экзамен по профильным дисциплинам: внутренним болезням, хирургии, акушерству и гинекологии. Содержание практически ориентированного экзамена сформировано в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта по специальности 31.05.01 «Лечебное дело». На экзамене оценивались уровень сформированности у выпускников практических навыков путем демонстрации на муляжах, фантомах и тренажерах. Умение диагностировать неотложное состояние и оказать экстренную медицинскую помощь, оценить результаты лабораторных и/или инструментальных исследований, поставить предварительный клинический диагноз заболевания и определить тактику лечения – на ситуационных задачах. В целях эпидемической безопасности экзамен в 2021 году проводился в холле учебного корпуса университета. Соблюдались масочный и дезинфекционный режим, ношение перчаток и социальное дистанцирование.

Таким образом, компетентностный подход к обучению реализуется на всех этапах обучения: на практических занятиях и на этапе ГИА выпускников. Охват большинства профессиональных компетенций дает возможность проводить объективную оценку знаний выпускников.

Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В., Тутов С.Н.

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

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Актуальность. Первая «ступень» климакса характеризуется недостаточностью лютеиновой фазы с развитием абсолютной гипопрогестеронемии. Менструальный цикл становится нерегулярным. Однако эстрогенный фон не нарушен, происходит полноценное созревание фолликула в яичниках и овуляция. Возможно созревание фолликулов одновременно в двух яичниках. Контроль женщины менструального цикла из-за его нерегулярного характера затруднен. В этот период высока возможность наступления нежеланной беременности. В этом аспекте представляет интерес использование методов гормональной контрацепции у женщин позднего репродуктивного периода и в перименопаузе. Ввиду этого, согласно рекомендациям ВОЗ контрацепция рекомендуется женщинам вплоть до менопаузы.

Цель исследования. Оценить действие комплекса лечебных мероприятий с использованием препарата «Новинет» у пациенток в позднем репродуктивном периоде и в перименопаузе. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 64 пациентки (средний возраст 45 ± 6.6 лет). Нормальный уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и эстрадиола, отсутствие противопоказаний при общеклиническом обследовании, нормальный уровень артериального давления. Ввиду высокого риска развития или усугубления метаболических и гемостазиологических нарушений с целью гормональной контрацепции нами был использован микродозированный препарат «Новинет», содержащий 2 мкг этинилэстрадиола и 0.5 мг дезогестрела, а также аспирин 75 мг и «Персен» по 1 таблетке в день. Перед назначением лечебного комплекса всем пациенткам проводилось полное клинико-лабораторное обследование: биохимический анализ крови; коагулограмма; УЗИ органов ма-

лого таза;•расширенная кольпоскопия; цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса. Общеклиническое исследование проводилось дважды до начала приема препарата и через 6 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин был от 42 до 52 лет. Возраст менархе в среднем составил $11,6 \pm 1,3$ лет. Болезненные менструации отмечены у 24 (34,4 %) женщин. Регулярный менструальный цикл имела 42 (65,6 %) женщина. У 22 (31,1 %) пациенток отмечено нарушение менструального цикла. Все пациентки были сопоставимы по числу беременностей и родов, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. На момент исследования все пациентки вели регулярную половую жизнь и нуждались в контрацепции. Патологии эндометрия не было выявлено ни в одном случае. Через 6 месяцев после начала приема лечебного комплекса по данным УЗИ ни в одном случае не был отмечен рост миоматозных узлов, эхографических признаков патологии эндометрия. При проведении цитологического исследования атипических клеток не обнаружено. В биохимическом анализе крови все исследуемые показатели были в пределах нормы. Уровень липидов в крови исходно был повышен у 19 % женщин. Применение препарата лечебного комплекса в течение 6 месяцев практически не повлияло на уровень глюкозы, холестерина и липопротеидов. Клинически значимых изменений в системе гемостаза у женщин, принимавших препарат в течение 6 месяцев, выявлено не было. Регулярный менструальный цикл имел место в 100% случаев.

Выводы. После тщательного учета противопоказаний и после полного обследования данный лечебный комплекс может быть использован у женщин в позднем репродуктивном и пременопаузальном периоде. Лечение обеспечивает нормальное психоэмоциональное состояние, необходимую регуляцию менструального цикла, протективное действие на эндометрий, не оказывает клинически значимого влияния на липидный обмен, систему гемостаза, на показатели массы тела и артериального давления.

Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В., Тутов С.Н.

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

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Кафедра акушерства и гинекологии в медицинском вузе является выпускающей кафедрой. В итоге изучение предмета заканчивается в конце 6 курса государственной итоговой аттестацией. Студенты 4, 5 и 6 курса осваивают акушерство и гинекологию по единой программе. Это предполагает, что они должны иметь определенный объем базовых знаний, полученных на предыдущих курсах обучения и соответствующий уровень знания акушерско-гинекологической терминологии, т.е. должны обладать предметной и языковой компетентностью в учебно-профессиональной сфере. Однако, как показывает наш опыт, уровень знаний акушерско-гинекологической терминологии, базовых знаний, которые студенты получают, обучаясь на кафедре анатомии, топографической анатомии, патологической анатомии, гистологии, физиологии, патологической физиологии, фармакологии, клинической фармакологии и др., не достаточен для дальнейшего успешного обучения на кафедре акушерства и гинекологии. Где одной из форм учебного процесса является самостоятельная работа на базе клиники и домашняя работа. Самостоятельная работа подразумевает совокупность всей деятельности студентов, как на кафедре, так и в не её, под контролем и в сотрудничестве с преподавателем, а также в его отсутствии. Правильно организованная самостоятельная работа способствует саморазвитию и самообразованию. Успешность обучения студентов на кафедре акушерства и гинекологии предполагает их активную самостоятельную работу непосредственно в процессе занятий в учебной комнате кафедры (лекции и практические занятия) и у постели пациентов, дополнительных занятий на кафедре (консультации по вопросам, которые вызывают трудности в изучении материала, и при ликвидации задолженностей), а также вне кафедры. Очевидно, что вышеуказанные виды самостоятельной работы студентов, в свою очередь, во многом будут зависеть от объемных базовых знаний и умения, понимать и излагать свои мысли, свободно владея акушерско-гинекологической терминологией. Следовательно, чтобы повы-

ситель качество успеваемости студентов, их самостоятельную работу необходимо организовать так, чтобы в отведенное на усвоение материала учебное время, можно было с максимальной эффективностью получить объективно необходимые знания, умения и навыки по разделам, темам и элементам акушерско-гинекологической дисциплины.

С целью активизации работы студентов на практических занятиях по изучению акушерства и гинекологии, нами разработаны методические указания, которые в полном объеме соответствуют содержанию учебной программы. В методические указания включены теоретические вопросы и графические структуры изучаемой темы, список необходимой и дополнительной литературы, по которым студенты самостоятельно осуществляют предварительную подготовку к практическому занятию вне клиники. Методические указания иллюстрированы необходимыми схемами, рисунками и фотографиями. Иллюстрационный материал позволяет структурировать материал, и облегчает его восприятие. Также практические занятия проводятся в соответствии с ориентировочной основой деятельности, которая содержит инструкции по проведению практических занятий, их перечень с перечислением получаемых практических навыков и краткой теоретической информацией для них. Отдельным этапом практического занятия или самостоятельной работы студентов является тестовый контроль. В конце каждого занятия приводятся 10-12 тестовых заданий, выполнив которые студент может определить свой уровень знаний по теме занятия. Далее проводится анализ сделанных ошибок. Такая форма контроля позволяет вырабатывать клиническое мышление. Таким образом, использование комплекса методических приемов на практических занятиях значительно облегчает процесс усвоения необходимого учебного материала. Считаем, что такая организация работы позволяет получить оптимальный объем знаний по предмету, умение работать с литературой и приобретать необходимые профессиональные навыки и умения.

Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тутов С.Н., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В.

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

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВОМ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Современные образовательные тенденции, актуализирующие проблемы качества образования, направлены на личностно-ориентированное обучение. Следует отметить постепенный процесс перехода образования с позиций передачи глубоких знаний на формирование навыков, общекультурных и профессиональных компетенций. В связи с переменами увеличивается роль студенчества в образовательной среде, в том числе в сфере качества образования. В настоящее время в высшей школе активно внедряется концепция практико-ориентированного обучения, использование информационных и технологических ресурсов, что знакомит студентов с новейшими исследованиями отечественных и зарубежных ученых.

Под управлением качества учебного процесса в медицинском вузе понимается системный и планомерный процесс формирования будущего специалиста здравоохранения, базирующийся на компетентностном подходе. В основе качества образования заложены цели и содержание образования; уровень профессиональной компетентности профессорско-преподавательского состава, организации их деятельности; состояние материально-технической и научно-информационной базы учебного процесса. В инновационной методологии системы менеджмента качества одним из подходов является рефлексивный, предполагающий быстрое реагирование на изменения в социуме, при этом, фокусирующийся на ценностях и прагматизме. Необходимо отметить, что качество образования предполагает получение обратной связи от обучающихся. В рамках системы менеджмента качества на кафедре акушерства и гинекологии разработана анкета, направленная на изучение удовлетворенности учебным процессом студентов. В анкете предлагалось оценить качество изложенного материала лекционных и практических занятий, обеспечение учебно-методическим комплексом, его полноту и доступность на информационно-образовательном портале вуза, балльно-рейтинговую систему в рамках изучения дисциплины.

Для повышения качества подготовки специалистов необходимо внедрение в процесс обучения инновационных технологий.

Обучение в медицинском вузе сопряжено с большими когнитивными и физиологическими нагрузками. Многие дисциплины требуют повышенной концентрации всех психических процессов и состояний. На кафедре акушерства и гинекологии занятия, проходящие в тренинговом режиме, с одной стороны, позволяют глубоко проработать изучаемый материал, с другой – курация больных и беременных, просмотр тематических видеофильмов, операций и родов - предоставляют студентам альтернативные мероприятия в учебном процессе, а также обучение саморегуляции эмоциональных состояний, что крайне необходимо для студентов медицинского университета. Практически на каждой бланке анкеты студенты выражают благодарность преподавателю, прикрепленного к той или иной группе.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о том, что современная практико-ориентированная модель обучения в медицинском вузе, отводящая существенную роль системе менеджмента качества в процессе обучения, требует от научно-педагогического коллектива серьезной и вдумчивой учебно-методической проработки условий и форм организации практических и лекционных занятий со студентами. Мониторинг качества образовательных услуг на кафедре и соответствующих корректирующих мероприятий, обеспечивающих качество реализации профессиональных образовательных программ, необходим для подготовки будущих специалистов.

Бычков И.Н., Волошин Р.Н., Снитко А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет», МЗ РФ, г. Ростов

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИЕТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА

Основным нарушением метаболизма в настоящее время является метаболический синдром (МетС). МетС представляет собой совокупность маркеров, указывающих на предрасположенность к диабету, сердечно-сосудистым заболеваниям и другим патологическим состояниям. Основным фактором, определяющим патофизиологию МетС, является инсулинорезистентность, определяемая как нарушение биологической реакции на инсулин. Повышенное потребление калорий, являющееся драйвером ожирения и эпидемий диабета, почти полностью связано с повышенным потреблением углеводов.

Показатели, которые являются основополагающими для большинства определений МетС, изменяются при снижении количества потребляемых углеводов. Ограничение углеводов является одной из нескольких стратегий снижения массы тела, но даже при отсутствии потери веса или в сравнении с низкожировыми диетами ограничение углеводов наиболее эффективно для коррекции высокого уровня гликемии и инсулина натощак, высокого уровня триглицеридов (ТГ), низкого уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и повышенного артериального давления. Кроме того, уже давно известно, что диета с низким содержанием жиров и высоким содержанием углеводов повышает уровень ТГ, снижает уровень ЛПВП и, в отсутствие потери веса, может ухудшать гликемический контроль. Таким образом, несмотря на то, что существует множество стратегий похудения, пациенту с ожирением и высоким ТГ, вероятно, больше всего будет полезен режим, снижающий потребление углеводов. При изучении литературы, можно увидеть, что преимущества ограничения углеводов наблюдаются у людей с нормальным или избыточным весом, у клинически здоровых пациентов, которые соответствуют критериям метаболического синдрома, или у пациентов с явным диабетом. Более того, в исследованиях с низким содержанием жиров в диете, несмотря на улучшение показателей липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и уровня общего холестерина, в контрольных группах отмечалось лучшая динамика симптомов МетС. Можно предполагать, что МетС является совокупностью симптомов, которые положительно реагируют на снижение углеводной составляющей в диете.

Множество исследований показывают, что соотношение ТГ / ЛПВП, является хорошим маркером инсулинорезистентности и риска сердечно-сосудистых заболеваний, и этот показатель корректиру-

ется снижением углеводов в рационе. При этом необходим индивидуальный подход, особенно при высоком уровне ЛПНП или других факторов риска в каждом отдельном случае. Результаты многих исследований показывают, что МетС может быть быстро (в течение 4 недель) скорректирован низкоуглеводной диетой у большинства пациентов, страдающих ожирением, даже при отсутствии динамики такого важного показателя, как увеличения окружности талии.

Исходя из вышеизложенного, можно предполагать, что лучшей диетологической стратегией для снижения веса и коррекции МетС является низкоуглеводная диета (НУД). При этом для пациентов с сахарным диабетом второго типа (СД2) НУД так же эффективна, как и другие диетологические вмешательства, а зачастую и превосходит их. Замена углеводов белком обычно улучшает гликемический контроль. Важно отметить, что общее потребление жиров, в частности насыщенных жиров, не коррелирует с риском сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень насыщенных жирных кислот в плазме в большей степени зависит от употребления углеводов, чем жиров. Ограничение углеводов в пище - самый эффективный метод (за исключением голодания) для снижения уровня ТГ в сыворотке и увеличения ЛПВП. НУД сокращают и часто исключают прием гипогликемических препаратов для пациентов с СД2 и обычно приводят к более низким дозам инсулина для пациентов с СД1. Интенсивное снижение уровня глюкозы за счет ограничения углеводов не имеет побочных эффектов, которые наблюдаются при интенсивной лекарственной терапии.

Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р

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

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ШТАММОВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Широкое распространение антибактериальных препаратов нередко приводит к их необоснованному применению, вызывая тем самым рост антибиотикорезистентности. Золотистый стафилококк является одним из наиболее типичных микроорганизмов, вызывающих септические осложнения в области эндопротеза тазобедренного сустава. Для эффективного лечения инфекций данной этиологии требуется регулярное обновление данных о чувствительности *Staphylococcus aureus* к антимикробным препаратам.

ЦЕЛЬ. Целью исследования был анализ чувствительности внегоспитальных штаммов *Staphylococcus aureus* к наиболее распространенным антимикробным препаратам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в течение 2021 года в клинике эндопротезирования крупных суставов Республиканского травматологического центра. В работу вошли 14 пациентов, у которых на слизистой оболочке носа, зева или поверхности кожи ног был выявлен золотистый стафилококк (всем больным предстояло эндопротезирование тазобедренного сустава). Мужчин и женщин среди них было поровну: по 7 человек (50,0%). Средний возраст составил 59,0±5,7 года. Взятие материала проводилось при поступлении в стационар. Микрофлору кожи нижних конечностей исследовали на латеральной поверхности обоих бедер в радиусе 5 см от наиболее выступающей части большого вертела. Идентификацию *Staphylococcus aureus* проводили по результатам учета тинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Всего было обработано 22 пророста. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона через 24 часа термостатирования посевов при 35°C.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Из 22 проростов устойчивым к оксациллину был всего один (4,5%). Таким образом, среди внегоспитальных штаммов золотистого стафилококка 1 штамм оказался метициллин-устойчивым. Устойчивых к цефазолину штаммов выявлено не было. Умеренно устойчивыми было 5 штаммов (22,7%). Устойчивым к цефуроксиму был 1 штамм (4,5%), умеренно устойчивыми – 5 штаммов (22,7%). Устойчивых к цефтриаксону штаммов золотистого стафилококка выявлено не было. Умеренно устойчивыми к данному антибиотику оказалось 4 штамма (18,2%). Устойчивых к офлоксацину было 2 штамма (9,1%), умеренно устойчивых – 1 (4,5%). Устойчивым

к ципрофлоксацину был 1 штамм (4,5%), умеренно устойчивыми – 4 (18,2%). Неожиданным оказалось то, что к левофлоксацину устойчивыми оказались 3 штамма *Staphylococcus aureus* (13,6%). Умеренную устойчивость к данному антибиотику демонстрировали 2 штамма (9,1%). Два штамма (9,1%) были устойчивыми к ванкомицину, умеренно устойчивыми – 7 штаммов (31,8%). Устойчивых к амоксициллин-клавуланату штаммов не было выявлено, умеренно устойчивым оказался 1 штамм (4,5%). К меропенему все штаммы золотистого стафилококка были чувствительными.

ВЫВОДЫ. Уровень метициллин-устойчивых стафилококков, выделяемых во внегоспитальной среде, был низким (4,5%). В целом, изучаемый микроорганизм демонстрировал хорошую чувствительность к большинству антибиотиков (в особенности, к меропенему, амоксициллин-клавуланату и цефтриаксону). Тенденция к росту резистентности отмечена для цефуроксима, фторхинолонов и ванкомицина, что требует более строгого контроля за использованием данных антимикробных препаратов

Вакуленко А.В., Неделько А.А., Юдин В.А., Павлюченко Е.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ПЕРИПРОТЕЗНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Перипротезные переломы бедренной кости (ППБК) – одно из наиболее частых осложнений эндопротезирования. Их лечение требует немалых финансовых затрат и не всегда имеет благоприятные результаты. Рост количества артропластик делает проблему особенно актуальной.

Цель: Анализ всех случаев ППБК, наблюдаемых в условиях ортопедо - травматологического отделения №1 Республиканского травматологического центра.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование, охватывающее период времени с 2002 по 2018гг. Выборку составили пациенты с ППБК после тотальной артропластики тазобедренного и коленных суставов, получавших лечение в учреждении. Данные сортировались согласно критериям: пол, возраст, механизм получения травмы, тип перелома, способ лечения, осложнения и летальность. Для перипротезных переломов области эндопротеза тазобедренного сустава (ППТБС) использовали Ванкуверскую классификацию, для перипротезных переломов области эндопротеза коленного сустава (ППКС) применяли классификацию Su E. T. et al.

Результаты: выявлено 46 пациентов с ППБК, из которых: 41 человек с ППТБС (89%), ППКС – 10 человек (10,9%). Среди пострадавших было 30 женщин (65,2%), 16 мужчин (34,8%). Средний возраст больных - $62,3 \pm 15,4$ года. Наиболее частая причина возникновения ППБК – падение с высоты собственного роста (36 пострадавших или 78,3%). Остальные механизмы травмы регистрировались эпизодически: кататравма - у 4 пациентов (8,7%), автодорожная травма – у 2 человек (4,3%). Несостоятельный остеосинтез перипротезного перелома привел к рефрактуре у 2 пострадавших (4,3%). У 1 больной (2,2%) – ятрогенный перелом из-за неудачной попытки вправления вывиха головки эндопротеза тазобедренного сустава. Еще у 1 пациента (2,2%) - патологический перелом бедренной кости на почве крайней степени остеолита и нестабильности однополюсного эндопротеза тазобедренного сустава. По Ванкуверской классификации наиболее часто встречались повреждения типа В1 (26 пострадавших или 63,4%), 6 человек с переломами типа В3 (14,6%), 5 человек – с переломами типа С (12,2%), с переломами типа В2 – 3 человека (7,3%), один пострадавший с переломом типа Аg (2,4%). Оперативное лечение получили – 32 пациента или 69,6%, среди которых на костным остеосинтезом стандартными пластинами лечились 14 человек из подгруппы (43,8%), блокируемыми пластинами – 9 человек (28,1%), у 6 больных использовали серкляжные системы (18,8%) . Консервативно лечились 14 больных (30,4%). У 10 человек применялась гипсовая иммобилизация (71,4% от данной подгруппы), постоянное скелетное вытяжение у 3 пациентов (21,3%), один пациент с переломом типа Аg соблюдал постельный режим и ортопедическую укладку. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава проведено у 3 пациентов (9,3%). Осложнения зафиксированы у 9 больных с ППТБС (19,6% от объема группы), а летальность составила 4,3% (2 пострадавших). Асептическая нестабильность бедренного компонента эндопротеза – наиболее частое осложнение (3 пострадавших

или 33,3% всех осложнений). Острое нарушение мозгового кровообращения возникло у 2 пострадавших (22,2%). Нагноение операционной раны с последующим развитием хронического остеомиелита бедренной кости – 1 пациент (11,1% осложнений).

Выводы: Частота ППБК составила 1,6%. Основной причиной являлось падение с высоты собственного роста (78,3%), а типичным вариантом перелома был тип В1 по Ванкуверской классификации (63,4%). Частота осложнений составила 19,6%, летальность – 4,3%. Наиболее частое осложнение – нестабильность бедренного компонента эндопротеза (33,3%). Пациенты с переломами типа В2 и В3 относятся к группе риска по развитию осложнений. Учитывая небольшое количество пациентов с ППКС, исследование целесообразно продолжить

Вакуленко А.В., Поповиченко Л.Л., Поддубная Е.Н., Глазков И.Р

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Катастрофические последствия перипротезной инфекции в области эндопротеза тазобедренного сустава заставляют искать новые способы ее предотвращения. Важным аспектом таких исследований является постоянная актуализация сведений о типичной микрофлоре пациентов, которым планируется эндопротезирование тазобедренного сустава.

ЦЕЛЬ. Целью исследования был анализ микрофлоры и определение в ее составе вероятных патогенных госпитальных штаммов микроорганизмов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в течение 2021 года в клинике эндопротезирования крупных суставов Республиканского травматологического центра. Изучали выделения слизистой оболочки носа, зева и поверхности кожи ног 40 пациентов, которым предстояло эндопротезирование тазобедренного сустава. Мужчин среди них было 18 человек (45,0%), женщин – 22 человека (55,0%). Средний возраст составил $60,2 \pm 5,4$ года. Взятие материала проводилось при поступлении в стационар. Микрофлору кожи нижних конечностей исследовали на латеральной поверхности обоих бедер в радиусе 5 см от наиболее выступающей части большого вертела. Идентификацию родов и видов микроорганизмов проводили по результатам учета их тинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Всего было обработано 363 пророста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Микробный пейзаж пациентов при поступлении в стационар был следующим. На слизистой носа чаще всего выделялся *Staphylococcus epidermidis* (35 пациентов, 28,7%). Далее следовали другие представители грамположительных кокков (33 человека, 27,0%). Грамположительные палочки также встречались достаточно часто: 25 пациентов (20,5%). У 14 пациентов был обнаружен *Staphylococcus aureus* (11,5%). Фекальные энтерококки высевались у 11 человек (9,0%). У 3 пациентов (2,5%) были выявлены грамположительные бактерии. Грамотрицательные бактерии были выявлены только у 1 пациента (0,8%). На слизистой зева чаще всего выявляли грамположительные кокки (39 человек, 30,2%). Далее по частоте следовали фекальные энтерококки (32 пациента, 24,8%), грамположительные палочки (28 человек, 21,7%), *Staphylococcus epidermidis* (16 пациентов, 12,4%), *Klebsiella pneumoniae* (5 человек, 3,9%). По 4 человека (3,1%) имели на слизистой зева золотистые стафилококки и грамотрицательные бактерии. Грамположительные бактерии были выделены у одного 1 пациента (0,9%). На коже также чаще высевались грамположительные кокки (34 человека, 29,6%). Далее в порядке убывания частоты следовали: *Staphylococcus epidermidis* (32 пациента, 27,8%), грамположительные палочки (22 человека, 19,1%), грамположительные бактерии (9 человек, 7,8%), фекальный энтерококк (7 человек, 6,1%). Золотистый стафилококк выявлялся у на коже 4 больных (3,5%), грамотрицательные бактерии (3 человека, 2,6%). В одном случае (0,9%) на коже была выявлена синегнойная палочка. Таким образом, на коже и слизистых преобладала грамположительная условно-патогенная микрофлора. Тем не менее, бессимптомными носителями золотистого стафилококка являлись 14 пациентов (35,0%), то есть более трети всей выборки. Кроме того, у большинства пациентов (32 человека, 80,0%) как минимум в одной из исследованных областей выявляли фекальные энтерококки, которые также являются потенциальными возбудителями перипро-

тезной инфекции. Опасный возбудитель нозокомиальных инфекций – *Pseudomonas aeruginosa* – был выявлен всего у 1 пациента (2,5%).

ВЫВОДЫ. Типичными представителями микробного пейзажа были грамположительные условно-патогенные кокки. Более трети пациентов были бессимптомными носителями золотистого стафилококка. Указанные факты следует учитывать при выборе схем антимикробной профилактики. У 1 пациента была выявлена синегнойная палочка.

Вакуленко А.В., Поповиченко Л.Л., Поддубная Е.Н., Глазков И.Р.

Республиканский травматологический центр г.Донецк

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ШТАММОВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Широкое распространение антибактериальных препаратов нередко приводит к их необоснованному применению, вызывая тем самым рост антибиотикорезистентности. Золотистый стафилококк является одним из наиболее типичных микроорганизмов, вызывающих септические осложнения в области эндопротеза тазобедренного сустава. Для эффективного лечения инфекций данной этиологии требуется регулярное обновление данных о чувствительности *Staphylococcus aureus* к антимикробным препаратам.

ЦЕЛЬ. Целью исследования был анализ чувствительности внегоспитальных штаммов *Staphylococcus aureus* к наиболее распространенным антимикробным препаратам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в течение 2021 года в клинике эндопротезирования крупных суставов Республиканского травматологического центра. В работу вошли 14 пациентов, у которых на слизистой оболочке носа, зева или поверхности кожи ног был выявлен золотистый стафилококк (всем больным предстояло эндопротезирование тазобедренного сустава). Мужчин и женщин среди них было поровну: по 7 человек (50,0%). Средний возраст составил $59,0 \pm 5,7$ года. Взятие материала проводилось при поступлении в стационар. Микрофлору кожи нижних конечностей исследовали на латеральной поверхности обоих бедер в радиусе 5 см от наиболее выступающей части большого вертела. Идентификацию *Staphylococcus aureus* проводили по результатам учета тинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Всего было обработано 22 пророста. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона через 24 часа термостатирования посевов при 35°C.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Из 22 проростов устойчивым к оксациллину был всего один (4,5%). Таким образом, среди внегоспитальных штаммов золотистого стафилококка 1 штамм оказался метициллин-устойчивым. Устойчивых к цефазолину штаммов выявлено не было. Умеренно устойчивыми было 5 штаммов (22,7%). Устойчивым к цефуроксиму был 1 штамм (4,5%), умеренно устойчивыми – 5 штаммов (22,7%). Устойчивых к цефтриаксону штаммов золотистого стафилококка выявлено не было. Умеренно устойчивыми к данному антибиотику оказалось 4 штамма (18,2%). Устойчивых к офлоксацину было 2 штамма (9,1%), умеренно устойчивых – 1 (4,5%). Устойчивым к ципрофлоксацину был 1 штамм (4,5%), умеренно устойчивыми – 4 (18,2%). Неожиданным оказалось то, что к левофлоксацину устойчивыми оказались 3 штамма *Staphylococcus aureus* (13,6%). Умеренную устойчивость к данному антибиотику демонстрировали 2 штамма (9,1%). Два штамма (9,1%) были устойчивыми к ванкомицину, умеренно устойчивыми – 7 штаммов (31,8%). Устойчивых к амоксициллин-клавуланату штаммов не было выявлено, умеренно устойчивым оказался 1 штамм (4,5%). К меропенему все штаммы золотистого стафилококка были чувствительными.

ВЫВОДЫ. Уровень метициллин-устойчивых стафилококков, выделяемых во внегоспитальной среде, был низким (4,5%). В целом, изучаемый микроорганизм демонстрировал хорошую чувствительность к большинству антибиотиков (в особенности, к меропенему, амоксициллин-клавуланату и цефтриаксону). Тенденция к росту резистентности отмечена для цефуроксима, фторхинолонов и ванкомицина, что требует более строго контроля за использованием данных антимикробных препаратов

Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Губенко О.В., Оборнев А.Л., Фоминов В.М.

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

ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ ОЛИМПИАДЫ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Проведение внутривузовских студенческих олимпиад способствует, с одной стороны, профориентации студентов, а с другой - выявлению наиболее одаренных из них, которые могут стать резервом для пополнения научно-педагогического состава кафедр.

На кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии олимпиада по преподаваемым дисциплинам проводится в два этапа. Первый этап - массовый, к участию в нем допускаются все желающие, обучающиеся по данной специальности и дисциплине. Задача этапа – отбор студентов с наиболее высоким уровнем знаний и умений по дисциплине (правильно выполнившие не менее 90% заданий первого этапа). Для обеспечения объективности отбора используются стандартизированные средства контроля: все участники этапа в течение 20 минут работают с одним и тем же набором из 20 тестовых заданий, охватывающих наиболее важные вопросы дисциплины и соответствующие ее рабочей программе. Решение каждого теста оценивается в 1 балл. Таким образом, максимально возможное количество баллов за первый этап – 20. В соответствии с набранными баллами проводится ранжирование, по итогам которого определяются студенты с наилучшими результатами.

Второй этап - избирательный, к участию в нем допускаются студенты, показавшие наилучшие результаты на первом этапе. Каждый участник олимпиады в течение 40 мин выполняет два профессионально-ориентированных задания, включающих изображение, полученное с помощью лучевого метода исследования, и стандартизованную схему описания. Содержание заданий соответствует программе изучения дисциплины, а уровень заданий на данном этапе - повышенной сложности. Выполнение каждого задания оценивается в 10 баллов. Таким образом, максимально возможное количество баллов за второй этап – 20, в целом за олимпиаду - 40.

Далее проводится ранжирование, по итогам которого определяется победитель (1 место) - студент, набравший наивысшее количество баллов, и два призера (2 и 3 места) – студенты, следующие за победителем в списке ранжирования.

Проведенная таким образом олимпиада максимально достигает своих целей - совершенствование качества подготовки студентов по всем преподаваемым на кафедре дисциплинам через закрепление и углубление знаний и умений, а также выявление будущих талантливых специалистов.

Вакуленко И.П., Хацко В.В., Первак М.Б., Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ БИЛИОКИСТОЗНОГО СООБЩЕНИЯ

Цель исследования – уточнить рациональные лучевые методы диагностики билиокистозного сообщения.

Материалы и методы. Проанализированы методы выявления сообщения между жидкостным образованием печени и внутрипечёночными жёлчными протоками у 197 пациентов, которые лечились в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 9 лет. У 64,7% чел. были непаразитарные кисты печени (НКП), у 18,7% - абсцесс печени, у 16,6% - гидатидозный эхинококк. Для уточнения диагноза использовали следующие методы обследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, фистулохолангиографию. Пункционно-дренажные вмешательства под контролем УЗИ проведены у 39,6% пациентов. Модифицированные ультразвуковые способы применили у 26 больных.

Результаты и обсуждение. В I хирургическом отделении разработаны 2 модифицированных способа выявления билиокистозного сообщения. В «Способе обнаружения связи между кистозным образо-

ванием печени и внутрипечёчными жёлчными протоками» (патент РФ №2650590 от 16.04.2018 г.) сначала производят чрескожное дренирование жидкостного образования печени под ультразвуковым контролем. Выполняют аспирацию жидкости и фиброгастроуденоскопию (ФГДС). Вводят через дренаж озонированный раствор 1% метиленового синего. Если появляется окрашенный раствор из фатерова сосочка, что видно при ФГДС, то констатируют наличие билиокистозного сообщения.

В усовершенствованном «Способе ультразвуковой фистулографии» (свидетельство о рационализаторском предложении №6232 от 06.07.2018 г.) вводят в дренаж наружного свища 5-25 мл перфторана в качестве эхоконтрастного раствора, пережимают дистальный конец дренажа зажимом. Выполняют ультразвуковое сканирование в режиме 3D-реконструкции. При введении эхоконтрастного раствора повышается его способность к обратному рассеиванию эхосигнала, при этом повышается качество отношения «сигнал-шум».

По нашим данным, применение разработанных способов диагностики, по сравнению с фистулолангиографией или КТ, увеличило информативность выявления билиокистозного сообщения при 1-м способе с 7,5 до 15,6% - в 2,1 раза, при 2-м способе – с 7,5 до 17,1% - в 2,3 раза ($p < 0,05$).

Выводы. Усовершенствованные способы повышают информативность выявления сообщения между жидкостным образованием печени и внутрипечёчными жёлчными протоками, их целесообразно применять в отделениях хирургического профиля.

Ванда А.С., Малькевич Л.А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В процессе внутриутробного развития у плода закладываются все системы органов, в том числе и репродуктивной. Репродуктивное здоровье – это составляющая общего состояния организма, базой которого является физическое, духовное и социальное благополучие, которое зависит от уровня здоровья, образа жизни матери, и не только во время беременности, но и задолго до ее наступления – в подростковом и юношеском возрасте. Статистика свидетельствует о росте количества случаев нездорового образа жизни среди представителей молодого поколения. При этом укрепившаяся тенденция снижения доли практически здоровых лиц из-за наследственного фактора – повышает у них вероятность стать бездетными. Факторы, ставящие под угрозу репродуктивное здоровье в подростковом возрасте: находятся в большей степени в зоне ответственности родителей и педагогов. Таким образом, в данном возрастном периоде на первом плане должна находиться разъяснительная и просветительская работа среди школьников (и прежде всего среди девочек и девушек) с акцентом на темы: о воздержании употребления алкогольсодержащих и энергетических напитков, неприемлемости сексуальной распушенности, привитие навыков личной и половой гигиены.

Целью предпринятого исследования явилось определение уровня валеологических знаний у студенток медицинского университета.

Заболеваемость по нозологическим группам за 5 лет распределилась следующим образом: патология костно-мышечной системы – 64% и представлена прежде всего сколиотической болезнью, плоскостопием II-III степеней, остаточными явлениями дисплазии и вывиха т/б суставов; заболевания органа зрения – 42% (миопия); патология ССС и ДС – 38%. Заболевания мочеполовой системы составляют 29% из которых 23% – это патология мочевыводящих путей и почек и только 6% из этого числа – гинекологические диагнозы. В процессе обучения в университете, негативные влияния психологического стресса (страх и опасения не усвоить, не выучить большой объем материала и т.д.); нарушение режима дня (особенно выполнение заданий за счет ночного сна); недостаток физической активности – приводят к тому, что уже к третьему курсу студентки жалуются на появившийся или усилившийся в степени проявлений ПМС. 24% занимающихся физкультурой во всех группах (основной, подготовительной и СМГ), указывают на нарушение ритма менструаций (НРМК) и 6% студенток хотя бы единожды имели жалобы на аномальное маточное кровотечение. Что, важно отметить,

на олигоменорею, как одно из проявлений НРМК, чаще жалуются девушки имеющие дефицит массы тела, но при этом считающие это нормой и стремящиеся эту норму поддерживать.

Результаты исследования показали, что 64% первокурсниц до поступления в университет вели малоподвижный образ жизни; 32% придерживались хотя бы 3 месяца диеты (не связанной с имеющимся соматическим заболеванием) исключая некоторые нутриенты; только 4% всего числа опрошенных указали на имевшее место употребление алкогольсодержащих напитков и табакокурение. Следует отметить, что среди студенток, поступивших в 2019 и 2020 в медицинский университет, имеется тенденция применения седативных лекарственных средств, такие как транквилизаторы, нейролептики, которые, пагубно влияют на репродуктивное здоровье. В этой связи, в период студенчества, происходит перераспределение зон ответственности в зависимости от возраста, острой становится составляющая сохранения репродуктивного здоровья, которая зависит не только от осознанного поведения девушек, соблюдения основных постулатов ЗОЖ, но и обязательного наблюдения их у врача-гинеколога. По-прежнему, очень многое зависит от педагогов.

Таким образом, междисциплинарные усилия специалистов в решении этой проблематики (врачи, педагоги, валеологи) будут, по нашему мнению, в значительной степени успешны. Процесс валеологического образования решает не только вопросы здоровьесбережения, но и вооружает будущих врачей профессионально-прикладными педагогическими знаниями и навыками.

Ванханен Н.В.

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

АКТИВНЫЕ И ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

В современных условиях первостепенное внимание необходимо уделять формированию клинического мышления, умению самостоятельно учиться и в дальнейшем постоянно совершенствовать свои знания, решать возникающие профессиональные проблемы. Цель работы: определить методы повышения качества подготовки выпускников медицинского вуза.

На практических занятиях с целью оптимизации мыслительного процесса диагностики мы используем следующие принципы: 1) синдромный принцип диагностики - распознавание болезней, в основу которого положены мыслительные операции только с теми патологическими процессами и болезнями, которые проявляются единым ведущим сочетанием симптомов – синдромом; 2) принцип оптимальной диагностической целесообразности - эффективная разграничительная (дифференциальная) диагностика и распознавание болезней при минимальном объеме врачебных исследований и учете минимального числа решающих симптомов. Необходимо установить, имеется или отсутствует решающий разграничительный симптом на каждом последующем этапе мышления; 3) алгоритм дифференциальной диагностики – точная рекомендация для поэтапного выполнения интеллектуальных операций и действий в оптимальной последовательности для установления диагноза болезней, проявляющихся данным ведущим синдромом. И на финальном этапе - подтверждение диагноза болезни (нозологический принцип диагностики). Синдромный алгоритмический подход дает высокую степень экономии времени, усилий, средств, и обеспечивает достоверный диагноз, высокую эффективность обучения правильной диагностике, упрощает и повышает эффективность компьютеризации диагностики. Одним из важных путей повышения эффективности преподавания является широкое внедрение в педагогический процесс активных методов обучения - методов проблемного обучения, предполагающих участие всех студентов в учебном процессе. Лучшей формой практической подготовки студента является непосредственная работа у постели больного при условии систематического пополнения знаний. Большую помощь в многократной отработке дифференциально-диагностических, лечебных алгоритмов оказывает решение ситуационных тестовых задач конструктивного типа или предлагаемая преподавателем деловая игра по типу клинического разбора тематического больного. При необходимости проведения обучения в дистанционном режиме важным инструментом интерак-

тивного обучения является вебинар как онлайн-аналог традиционных форм обучения. При использовании вебинаров незаменимы следующие функции: показ презентаций с демонстрацией обучающих материалов; тестирование; запись наиболее важных фрагментов занятия, что позволяет учащимся изучить материал в удобном темпе; режим онлайн-миниконференции, когда студенты могут выходить в эфир, чтобы сделать доклад, ответить на вопросы, участвовать в дискуссии.

Выводы. Использование методов интерактивного, активного проблемного обучения, вебинаров как онлайн-аналогов традиционных форм обучения при необходимости дистанционной формы обучения, разнообразных форм и методов самостоятельной работы студентов, формирование синдромного алгоритмического принципа мышления повышает уровень подготовки выпускников медицинского вуза, их способность применять знания для решения нестандартных профессиональных проблем.

Ванханен Н.В.¹, Жукова Е.Б.², Волкова И.Н.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк

²Центральная городская клиническая больница №3, г. Донецк

КОМОРБИДНОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Лица пожилого возраста относятся к группе риска по развитию железодефицитной анемии (ЖДА). Нарушение кислород-транспортной функции крови способствует появлению клинических признаков и прогрессированию ишемической болезни сердца (ИБС), повышает риск смерти. Цель исследования: изучить влияние лечения препаратами железа (Fe) на течение ИБС в сочетании с ЖДА у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента в возрасте 60-73 года ($68 \pm 4,5$ лет) с ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с ЖДА легкой и средней степени тяжести. На фоне стандартной терапии ИБС для коррекции анемии назначался препарат трехвалентного Fe (III) гидроксид полимальтозный комплекс (Maltofer (M), производитель Takeda) 100 мг 2 раза в сутки во время еды с соблюдением диеты. Проводилось изучение динамики клинических проявлений сидеропенического, анемического и стенокардитического синдромов, общего анализа крови; гематокрита (Ht), Fe сыворотки крови (Fe СК), ферритин крови. Проводились регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, тест с 6-минутной ходьбой, ультразвуковое исследование сердца, 24-часовое Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, оценка качества жизни пациента с помощью Европейского опросника EQ-5D. Исследования проводились до назначения М и на 21-й день лечения.

Результаты и обсуждение. Стенокардия II ФК наблюдалась у 17,6 % пациентов, III ФК – у 82,4 %, длительность ИБС - $7,4 \pm 2,6$ лет. Исходный уровень гемоглобина (Hb) - $94,47 \pm 3,1$ г/л, ферритина - $9,1 \pm 1,6$ мкг/л. Анализ кала на скрытую кровь у всех пациентов был отрицательный, но имели место диафрагмальная грыжа – 1 пациент, хронический гастродуоденит – 8 пациентов, дивертикулез толстого кишечника – 1 пациент, хронический геморрой – 5 пациентов.

К концу недели значительно уменьшились и исчезли (у 92% пациентов) к концу исследования такие клинические проявления сидеропении как мышечная слабость, ангулярный стоматит, жжение языка, извращения вкуса и обоняния, значительно улучшился аппетит; значительно уменьшилась общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Побочные эффекты от приема М не зафиксированы. На 7-й день лечения М увеличилось содержание ретикулоцитов в 5,9 раза. К концу исследования увеличилось содержание Fe СК на 98,9% ($p < 0,01$), Hb - на 19,2% ($p < 0,01$). Число приступов стенокардии за сутки сократилось на 80,7% ($p < 0,001$), а потребность в НГ уменьшилась на 82,8% ($p < 0,001$). 22,6% пациентов после лечения М не нуждались в дополнительном приеме НГ. На фоне лечения М на 27,3% снизилась частота сердечных сокращений ($p < 0,05$). Количество желудочковых экстрасистол по данным ХМ ЭКГ уменьшилось в 4,6 раза. Фракция выброса левого желудочка увеличилась на 23,3 % ($p < 0,01$), на 21,7% уменьшилась диастолическая дисфункция сердца ($p < 0,01$). Толерантность к физической нагрузке увеличилась на 76,8% ($p < 0,001$) и находится в прямой зависи-

мости от уровня Fe СК ($r=0,64$) и Hb ($r=0,59$), $p < 0,01$. Качество жизни пациентов улучшилось на 31,6%.

Выводы. Коррекция анемии препаратами железа у лиц пожилого возраста, страдающих ИБС в сочетании с ЖДА уменьшает проявления синдрома стенокардии, эктопическую активность миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке, что приводит к улучшению качества жизни и улучшает прогноз.

Васильев А.А., Смирнов Н.Л., Буйнов К.И., Ельский И.К.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРАПАПИЛЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Наиболее часто встречаемой доброкачественной причиной ОЖ является холедохолитиаз. В то же время наличие дивертикула в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) приводит к нарушению функции сфинктерного аппарата Одди в результате чего возникают предпосылки для формирования холедохолитиаза и/или холангита. Парапапиллярные дивертикулы (ППД) могут способствовать развитию синдрома Леммеля – билиарная гипертензия, гнойный холангит и обтурационная желтуха без холедохолитиаза. В связи с чем актуальным остается вопрос верификации причины рецидивной обтурационной желтухи у больных без холедохолитиаза.

Обследовано 147 пациентов с рецидивной обтурационной желтухой. У 113 (77%) больных был подтвержден парапапиллярный дивертикул. Этим пациентам выполняли дуоденоскопию, при которой оценивали количество, расположение и взаимоотношение дивертикулов в БС ДПК. Для определения типа ППД использовали классификацию, предложенную J. Voix в 2006 году: I тип – устье БС ДПК находится в дне ППД (юктапапиллярный дивертикул); II тип – устье БС ДПК находится в крае ППД; III тип – устье БС ДПК находится вне ППД.

Все обследуемые пациенты в прошлом перенесли оперативное вмешательство на желчных путях. При первичной госпитализации из 113 больных с ППД у 105 пациентов (93%) для устранения холедохолитиаза использовались эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства. У 8 пациентов (7%) было выполнено наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Показаниями к наложению ХДА после холедохолитомии и литоэкстракции были холедохолитиаз и неэффективность эндоскопических методов литоэкстракции. В дальнейшем у пяти больных образовались конкременты выше ХДА, а в ретродуоденальном отделе холедоха – у трех. С момента перенесенной операции до повторной госпитализации прошло $16 \pm 8,4$ лет.

При повторной госпитализации 107 пациентам (94,7%) рецидивный холедохолитиаз был ликвидирован эндоскопически, в том числе и пациентам, ранее перенесшим ХДА. Холедохолитиаз сочетался в большинстве случаев (75,5%) с I и II типом ППД, т.е. с вовлечением в ППД устья БС ДПК с рассеченным сфинктерным аппаратом БС ДПК.

6 (5,3%) пациентам выполнены лапаротомные оперативные вмешательства. Показаниями к лапаротомии были неудачные канюляции БС ДПК при глубоких ППД I типа и крупные конкременты гепатикохоледоха (свыше 2,5 см в диаметре). Во всех 6 случаях после холедохолитомии операции были завершены наложением ХДА.

Среди пациентов с рецидивной обтурационной желтухой отмечается высокая встречаемость ППД двенадцатиперстной кишки. По нашим наблюдениям, преобладают дивертикулы I и II типа. Несмотря на наличие ППД, в большинстве случаев (94,7%), холедохолитиаз удается разрешить эндохирургическими транспапиллярными вмешательствами и лишь в 5,3% случаев потребовалось выполнение открытого лапаротомного вмешательства с формированием ХДА.

Таким образом, наличие ППД, особенно I и II типов по J. Voix, мы расцениваем как значимый фактор риска развития обтурационной желтухи доброкачественной природы.

Ващенко А.В., Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Побережная Н.В.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ИНТЕРНОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Государственная итоговая аттестация выпускников основных профессиональных образовательных программ интернатуры должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача(провизора)-интерна в соответствии с требованиями подготовки по программе интернатуры определённой специальности.

По окончании срока подготовки в интернатуре врачи(провизоры)-интерны подлежат государственной итоговой аттестации для определения их уровня знаний и практических навыков с присвоением им в случае успешного её прохождения квалификации врача(провизора)-специалиста по определённой специальности.

В 2021 г. государственная итоговая аттестация интернов (далее – ГИА) проводилась по 30 специальностям.

В декабре 2020 г. кафедральными коллективами были подготовлены и утверждены на заседании центрального методического совета методика проведения ГИА и комплекс методической документации ГИА по всем специальностям интернатуры: программа ГИА интернатуры, структура буклета, буклет тестовых заданий, протоколы практико-ориентированного экзамена, фонд оценочных средств.

В связи с эпидемиологической ситуацией, было предложено в 2021 г. провести ГИА интернов в один день (9 часов), сохранив двухэтапный экзамен.

1 этап – решение 60 тестовых заданий, включая тестовые задания по диагностике и лечению инфекции Covid-19. В случае дистанционного проведения ГИА, возможна, по опыту ГИА-2020, организация онлайн тестирования.

2 этап – практически-ориентированный экзамен. Ввиду эпидемиологической ситуации, методической комиссией ФИПО было принято решение: работу с пациентами на ГИА в 2021 году не проводить, провести оценивание овладением самыми главными практическими навыками и умениями по каждой специальности, сократив их количество, с проведением обоих этапов экзамена за 1 день вместо 4 дней, с использованием моделей, тренажеров, ситуационных задач.

Всего ГИА интернатуры 25 июня 2021 года сдавало 337 врачей(провизоров)-интернов, из которых 223 интерна обучались на бюджетной основе, а 114 – на контрактной, которые в полном объёме выполнили учебную программу подготовки в одногодичной интернатуре

Итого, по состоянию на 18.08.2021, успешно прошли ГИА 341 врач(провизор)-интерн (бюджет - 225, контракт - 116).

Все врачи(провизоры)-интерны успешно прошли ГИА, в связи с чем им были выданы сертификаты и дипломы врача(провизора)-специалиста об окончании интернатуры по соответствующей специальности.

Анализ результатов проведенной в 2021 году государственной итоговой аттестации выпускников интернатуры показал, что реализация собственной уникальной методологии и технологии заключительного контроля в формате единого комплексного экзамена по специальности на обоих этапах позволила в период пандемии COVID-19 максимально стандартизировать требования и условия проведения указанной аттестации, объективно оценить соответствие уровня теоретической и практической подготовки каждого выпускника требованиям подготовки по программе интернатуры и его готовность к дальнейшей профессиональной деятельности.

Вегнер Д.В.¹, Ступаченко Д.О.¹, Сидоренко Ю.А.², Филахтов Д.П.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ОПТИМИЗАЦИЯ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Травма груди, в т.ч. в сочетании с повреждением живота, в большинстве случаев является тяжелой патологией, требующей хирургического лечения. Несмотря на многочисленные исследования, уровень успеха торакальных операций до настоящего времени недостаточно высок. Цель работы: оптимизация торакальных хирургических вмешательств при травме груди посредством разработки новых технических приемов, способов и инструментария.

Материал и методы. Исследования проведены на материале 276 пациентов обоего пола в возрасте 18-77 лет ($36,4 \pm 12,1$, медиана 35 лет) с травмой груди, в т.ч. у 119 – в сочетании с травмой живота. Пострадавшим были выполнены хирургические вмешательства по оригинальным или традиционным методикам: дренирование плевральной полости – соответственно 94 и 89, в т.ч. изолированно – 45 и 45 операций, в сочетании с ушиванием раны паренхиматозного органа – 38 и 35, с герметизацией шва легкого – 11 и 9 пациентов. Общее количество вмешательств составило 276. Сравнимые группы были сопоставимы по возрастному и гендерному составу, характеру травмы, тяжести состояния. Эффективность вмешательств оценивали по количеству осложнений и длительности лечения.

Результаты и обсуждение. Для дренирования плевральной полости был предложен дренаж, в котором адекватность дренирования была обеспечена наличием множественных (7-8) перфораций внутриплевральной части. Предложенная инновация позволила сократить количество устанавливаемых дренажей с двух до одного, отказавшись от традиционных «жидкостного» и «газового» дренажей. Статистический анализ подтвердил достоверное уменьшение медианы выраженности болевого синдрома при применении предложенного способа по сравнению с традиционным: в раннем послеоперационном периоде на 2 балла, через 5 суток – на 3 балла по 10-балльной шкале боли. За счет предложенной инновации удалось достоверно снизить частоту случаев смещения дренажа с нарушением его функции с 10,1% до 1,1% ($p=0,0071$), формирования остаточной полости с 6,7% до 1,1% ($p=0,0453$), плевропневмонии с формированием отграниченной эмпиемы плевры с 19,1% до 8,5% ($p=0,0371$). Медиана срока стояния дренажей снизилась с 72 часов дренажей до 48 часов ($p<0,0001$), что достигнуто за счет более адекватного дренирования, создания условий для максимально полного выведения отделяемого и сброса газа, а также минимизации гнойно-воспалительных осложнений.

Способ ушивания раны паренхиматозного органа был оптимизирован за счет методики наложения швов на рану (путем перекрещивающегося проведения двух нитей и связывания противоположных концов этих нитей) и введения внутрь раны тромбоцитарного концентрата. Применение инноваций позволило достоверно повысить эффективность аэростаза на 36,3% ($p=0,0016$) и гемостаза на 20,4% ($p=0,0147$), снизить количество осложнений на 23,5% ($p=0,0107$).

Способ герметизации линии механического шва легкого был усовершенствован за счет наложения и завязывания отдельных узловых швов по углам механического шва легкого с формированием герметичной культи. Инновации позволили повысить число случаев адекватного гемостаза по линии шва с 66,7% до 100,0% ($p=0,0068$), аэростаза во время операции с 55,5% до 76,3% ($p=0,0775$). У остальных пациентов медиана длительности достижения аэростаза снизилась с 7 до 4,5 часов. Также удалось уменьшить частоту осложнений в виде формирования остаточной полости после ушивания с 44,4% до 9,1% ($p=0,0195$) и достигнуть уменьшения медианы сроков лечения с 10 до 8 суток.

Выводы. Разработанные технические приемы и инструментарий позволили улучшить результаты дренирования плевральной полости, ушивания раны и герметизации шва легкого, что проявилось в снижении количества осложнений и сокращении сроков лечения, что позволяет рекомендовать их для применения в торакальной хирургии.

Вербицкая М.С., Вербицкий В.С.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

РОЛЬ ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА

Актуальность. На сегодняшний день проблема аборт является одной из самых важных, как в нашей стране, так и во всем мире. Согласно мировой статистике, ежегодно на этот шаг решаются около 55 миллионов женщин, что составляет 21% от общего количества беременностей. В Республике Беларусь за тридцать лет количество аборт уменьшилось более, чем в 10 раз и насчитывает около 25 тысяч (10,8%). Несмотря на это, данная проблема остается важнейшей в современном обществе, т.к. каждый год в женские консультации, желая прервать беременность, обращаются тысячи женщин. Результатом кропотливой работы, направленной на улучшение демографической обстановки Республики Беларусь, является открытие с 2016 года в городе Минске шести кабинетов «за жизнь» на базе женских консультаций.

Психологическая помощь оказывается женщинам и членам их семей на безвозмездной основе. Прием проводится профессиональным психологом или психологом-волонтером местного общественного благотворительного объединения «Центр поддержки семьи и материнства «Матуля». Целью кабинета «За Жизнь» является оказание всех видов психологической помощи женщинам и их семьям, проведение предабортного консультирования женщинам, информирование граждан о причинах возникновения психологических проблем, способах профилактики и их разрешения.

Цель: Изучить эффективность проведения предабортного консультирования в женских консультациях г. Минска и его влияние на желание пациенток сохранить беременность.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ годовых отчетов о проделанной работе психологов кабинетов «за жизнь» за 2016-2019 годы, на базе женских консультаций города Минска.

Результаты и их обсуждение. За 2016 год в городе Минске предабортное консультирование было проведено 1966 женщинам, 382 (19,43%) из которых не состояли в официальном браке; 1220 женщин (62,05%) были замужем, а 364 женщины (18,52%) не имели постоянного партнера. В 2017 год предабортное консультирование в городе Минске прошли всего 2614 женщин; 698 (26,7%) из них были официально незамужними, 1420 (54,3%) состояли в официальном браке; 496 (19%) женщин не имели постоянного партнера. За 2018 год было проведено 2926 предабортных консультирований. Количество незамужних женщин составило 885 (30,25%); 1141 женщина (39%) состояли в официальном браке, а 900 женщин (30,75%) не имели постоянного партнера.

Анализируя результаты исследования, нами отмечено: в 2016 году первобеременных женщин было 385 (19,58%). количество прерванных беременностей среди всех прошедших предабортное консультирование составило 1668 (87,7%), а количество сохраненных беременностей - 242 (12,3%). По итогам 2017 года первобеременных женщин насчитывалось 360 (13,8%), количество прерванных беременностей составило 2314 (88,5%), а сохраненных - 300 (11,5%). Количество первобеременных женщин, прошедших предабортное консультирование в 2018 г., составило 415 (14,2%), прерванных беременностей насчитывалось 2426 (83%), а сохраненных беременностей - 500 (17%), а в 2019 году количество сохраненных беременностей после предабортного консультирования составило 550.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности предабортного консультирования в снижении числа прерываний беременности. Общее количество сохраненных беременностей с 2016 по 2019 годы выросло на 4,7% и составило 1592 спасенных жизней в городе Минске Республики Беларусь, что показывает необходимость продолжения совместной работы психологов и акушеров-гинекологов в этом направлении.

Верешко Е.В., Чермных С.В.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»,
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ

Несовершеннолетнее материнство является актуальным вопросом современного общества. Число юных беременных ежегодно в разных странах мира достигает 15 млн человек, частота беременности и родов в ювенальной среде – 4-6 %, порождая целый комплекс материальных, социальных, семейных, психологических, медицинских проблем. Одной из причин юного материнства в настоящее время становится рост сексуальной активности подростков, которая, в свою очередь, ведет к увеличению числа не планированных беременностей.

Цель исследования. Изучить медико-социальные характеристики юных беременных, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства.

Материалы и методы. В 2015-2017 г. в медицинских учреждениях ДНР беременность закончилась родами у 525 девочек и подростков возрастной категории 12-17 лет. Проведен ретроспективный анализ историй родов 51 юных беременных, госпитализированных в ДРЦОМД.

Результаты. Средний возраст девочек составил $16,25 \pm 1,15$ лет (15-17 лет), из них жительницами города Донецка были 68,6 % (35 чел.), других населенных пунктов – 31,4 % (16 чел.). Наступление менархе у обследованных пациенток пришлось в среднем на $12,48 \pm 0,34$ лет (10-14 лет), начало половой жизни – на $14,22 \pm 0,52$ лет (13-16 лет). Настоящая беременность была первой у 49 пациенток (96,1 %), повторной – у 2 (3,9 %). Соматический анамнез был отягощен у 76,5 % (39 чел.) девочек, из которых 45,1 % (23 чел.) имели 2 и более экстрагенитальных заболевания. Никотинозависимость имела место у 47,1 % (24) девочек; 15,7 % (8) когда-либо употребляли психотропные препараты и алкоголь. В женской консультации наблюдалось 52,9 % (27) юных беременных, из них 84,3 % (43) состояли в гражданском браке, 13,7 % (7) не знали отца будущего ребенка, все юные беременные воспитывались в неполных семьях, в которых 8,5 % родителей имели пагубное пристрастие к алкоголю. В структуре гинекологической патологии у обследованных девочек частота воспалительных заболеваний гениталий составила 68,4 %; объемных образований яичников – 12,8 %; нарушений менструального цикла – 18,9 %.

Выводы. Данные показатели свидетельствуют о гендерной проблеме незапланированных беременностей в ювенальной среде, характеризующейся низким образовательным, социально-экономическим статусом, плохими условиями жизни и отношениями в семье. На психологическое состояние подростков оказывают влияние неблагоприятные социально-экономические факторы, а также отношение родителей к здоровью своих детей и поведенческие факторы риска. Большинство девочек, преждевременно начавшие половую жизнь, выросли в неблагополучных семьях с деформированными взаимоотношениями, а также в неполных семьях, или в условиях педагогической запущенности-попустительства, бесконтрольности или наоборот чрезмерной опеки. Раннее начало половой жизни, пренебрежение средствами контрацепции, наличие маргинальных привычек являются проявлениями аддиктивного поведения девочек-подростков, что требует разработки государственной программы сохранения репродуктивного здоровья молодежи, как средства противодействия виктимизации общества.

Верещагин С.И., Чинякина Е.В.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк

МРТ-СПОНДИЛОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

В современных условиях применение метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) рассматривается как «золотой» стандарт диагностики острых повреждений позвоночника у детей. Основными преимуществами МРТ в педиатрической практике являются высокая информативность в оценке состояния анатомических структур позвоночника и отсутствие лучевой нагрузки на ребенка, организм которого находится в процессе роста и развития. Между тем для изучения ближайших и отдаленных результатов лечения используются, прежде всего, морфометрические параметры позвоночника, полученные с помощью стандартной рентгенографии, чувствительность и специфичность которой значительно уступают методу МРТ.

Цель исследования: обоснование возможности и эффективности применения МРТ при оценке результатов консервативного лечения детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 126 пострадавших в возрасте от 3 до 17 лет, которые были госпитализированы в отделение травматологии и ортопедии для детей Республиканского травматологического центра г.Донецка в связи с острым повреждением позвоночника грудной и/или поясничной локализации. По результатам клинико-лучевого обследования, включавшего МРТ-исследование, у данных пациентов были диагностированы неосложненные компрессионные переломы тел позвонков, соответствующие типу А I классификации повреждений позвоночника АО/ASIF. МРТ-исследование проводилось на высокопольном томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Стандартный протокол МРТ-исследования включал следующие импульсные последовательности: T1-ВИ, T2-ВИ, STIR с жироподавлением в сагиттальной плоскости, T2-ВИ в коронарной плоскости. На этапе стационарного лечения пострадавших применялся функциональный метод с разгрузкой позвоночника, элементами физиотерапии и массажа. Средний срок пребывания пациентов в специализированном отделении составлял $28,2 \pm 9,3$ дня. Восстановительное лечение продолжалось в амбулаторно-поликлинических условиях на протяжении не менее 6 месяцев от момента получения травмы позвоночника.

Результаты и обсуждение: Анализ полученных данных показал, что в период стационарного лечения пострадавших с компрессионными повреждениями позвоночника, МРТ-исследование проводилось всем пациентам однократно и только в рамках постановки клинического диагноза. В 19,8% случаев (25 детей) МРТ-исследование было проведено повторно в качестве альтернативы стандартной рентгенографии для решения вопроса о контролируемом расширении двигательного режима через 6 месяцев после травмы. Случаев применения МРТ в более поздние сроки с целью оценки отдаленных результатов лечения в серии наших клинических наблюдений не отмечено. Для изучения изменений позвоночника в посттравматическом периоде был использован расширенный протокол МРТ-исследования, включавший измерение высоты переднего, среднего и заднего отдела тела позвонка не только на уровне повреждения, но и в смежных позвонках с учетом наличия множественного и многоуровневого компрессионного повреждения. Статистически достоверных различий морфометрических параметров тел позвонков, свидетельствующих о восстановлении формы тела поврежденного позвонка или же о его продолжающемся коллапсе в период первых 6 месяцев после травмы, в настоящем исследовании не установлено, что не противоречит имеющимся в литературе данным.

Заключение. В настоящее время, по данным специализированного медицинского учреждения, несмотря на имеющуюся возможность, применение МРТ-исследования, как высокоинформативного и безопасного метода лучевой диагностики, для оценки результатов лечения детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков, носит несистемный и ограниченный характер в сроках наблюдения за пациентами, не превышающими 6 месяцев после травмы.

**Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В.,
Сергиенко О.И., Вартамян Р.А., Чихладзе В.У., Крот И.Ф.**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Перинатальный центр

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕРА РЕАБИЛИТАЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СЕПСИСА, РАЗВИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

В работе приведено клиническое наблюдение лечения беременной, у которой после тяжелой малярийной инфекции отмечались явления синдрома полиорганной недостаточности и сепсиса по поводу которых лечилась в разных стационарах г. Санкт-Петербурга, в том числе с применением на высоте осложнений заместительной почечной терапии в виде продленной гемодиализации. Поступила в клинику перинатального центра через 45 дней после начала заболевания с проявлениями синдрома тяжелого эндотоксикоза, защитного воспалительного ответа организма при анемии, гиперкоагуляции, неиммунной тотальной водянки плода при нарушениях кровотоков в маточно-плацентарном пространстве. В течение 23 дней проводилась комплексная консервативная терапия, включая и методы детоксикации в виде гемосорбции, плазмасорбции в сочетании с наружной фотомодификацией крови. После подготовки женщина была родоразрешена через естественные родовые пути мертвым плодом. В послеродовом периоде была подавлена лактация, выписана домой в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после родов при нормальных анализах.

Ключевые слова: беременность, малярия, сепсис, полиорганная недостаточность, неиммунная водянка плода, гемосорбция, плазмасорбция, фотомодификация крови.

**Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В.,
Щекина Т.Б., Кривошесова Т.А.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет», г. Санкт-Петербург

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ COVID 19

Актуальность. Пандемия COVID-19 затронула все слои населения планеты, в том числе и беременных женщин с увеличением материнских и перинатальных потерь.

Цель. Провести анализ исходов гестации у женщин, перенесших при беременности COVID-19.

Материал и методы. С июля 2020 г. по сентябрь 2021 года в перинатальном центре (ПЦ) наблюдали 1982 беременных женщин, которых распределили в основную группу (223 человека, переболели инфекцией, преимущественно в легкой форме в виде картины ОРВИ) и в контрольную группу (1759 пациенток, их инфекция обошла стороной). По основным параметрам эти группы беременных были сопоставимы, но в основной группе достоверно чаще были случаи применения ЭКО и случаи врожденных пороков развития у детей.

Результаты. Видимо, следствием перенесенной инфекции и интоксикации накопившимися метаболитами (цитокины и пр.) частота осложнений второй половины беременности (преэклампсия, внутрипеченочный холестаз и др.) и осложнений в родах (преждевременное излитие вод), оперативных родов у пациенток основной группы была чаще, чем в контроле. При этом частота преждевременных родов, и перинатальных потерь имели обратную зависимость (были ниже в основной группе в сравнении с контролем).

Выводы.

1. COVID-19 даже в легкой форме является тяжелым фактором риска для развития осложнений второй половины беременности и в родах.

2. Сравнительно низкая частота ПР и отсутствие перинатальных потерь у переболевших COVID-19 женщин обусловлены высокой настороженностью врачей, рациональной терапией, включая и методы детоксикации для поддержания функции печени.

Ключевые слова: беременность, COVID-19, синдром эндотоксикоза, преэклампсия, внутрипеченочный холестаза, плазмаферез.

**Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Баринев В.А.,
Коротеев А.Л., Овсянников Ф.А., Курдынко Л.В.**

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

ТРЕХЭТАПНЫЙ ВАРИАНТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ

Актуальность. Тяжелая гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБП/Н) при резус-конflikте остается одной из причин перинатальной заболеваемости и смертности. Опыт показывает, что даже при последовательном использовании беременной методов эфферентной терапии (ЭТ) в виде сеансов среднеобъемного плазмафереза (ПА; 1-й этап для удаления патогенов системы Резус и токсичных метаболитов - профилактика иммунного и внутрисосудистого токсического гемолиза эритроцитов плода) и внутрисосудистых переливаний отмытых донорских эритроцитов (ПОДЭ; 2-й этап - лечение анемии при ГБП) плоду не гарантирует предотвращения развития тяжелой ГБН. При этом потребность в повторных ПОДЭ плоду из-за токсического разрушения донорских эритроцитов, как правило, возникает через 7-12 дней, а новорожденным требуются интенсивная терапия, замененные переливания крови (ЗПК).

Целью исследования было изучение возможностей методов ЭТ для увеличения интервалов между ПОДЭ плоду.

Материалы и методы. Наблюдали 3 беременных с тяжелой резус-иммунизацией (титры резус-антител 1:4096 и более), у двух из них ранее были потери плодов от ГБН. Все 3 беременные получали сеансы мембранного ПА (1-й этап), при появлении показаний - ПОДЭ плоду (2-й этап). Двух пациенток (2 и 3) лечили и на 3-м этапе - после каждого ПОДЭ проводили по 1 амбулаторному сеансу мембранного ПА (у 2-й), при наличии сочетанной соматической патологии и потерях плодов в анамнезе ПА дополняли сеансом гемосорбции (у 3-й пациентки эти процедуры выполняли только после 2-й, 3-й и 4-й процедур ПОДЭ).

Результаты. Потребность в ПОДЭ плоду в 1, 2, и 3 наблюдениях возникла в 29, в 22 недели и 3 дня и в 23 недели беременности соответственно. В 1 наблюдении было выполнено 3 ПОДЭ, во 2 и 3 наблюдениях - по 4. Средние интервалы между этими операциями и между первым ПОДЭ и сроками родов составили в 1 наблюдении 11 и 37 дней, во 2-м наблюдении - 22 и 91 дней, в 3-м наблюдении 17 (9, 19 и 23 дня) и 90 дней соответственно. Все женщины были родоразрешены оперативным путем в 33 недели 5 дней, 36 недель и 4 дня, 36 недель и 3 дня соответственно с рождением живых девочек с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте по 7-8 баллов, массой тела 2520 гр, 2880 гр и 2690 гр соответственно. У детей не было потребности в искусственной вентиляции легких, в ЗПК. По поводу ГБН средней степени тяжести всем новорожденным по 1-2 раза переливали донорские эритроциты с выпиской домой на 14-20 сутки. Через 2-4 недели у 2 детей (1 и 3 наблюдение) было еще по 1 госпитализация по поводу усугубления анемии с однократным переливанием донорских эритроцитов. В последующем потребности в наблюдении и лечении у гематолога не было, здоровы.

Заключение. Для максимального сохранения перелитых плоду резус-отрицательных донорских эритроцитов, для уменьшения числа ПОДЭ и максимального пролонгирования беременности пациенток с тяжелой резус-иммунизацией следует вести в три этапа (курс МПА беременной + ПОДЭ плоду + после каждого ПОДЭ - сесс ПА, а при наличии у женщины сочетаний соматической патологии и при потерях плода в анамнезе ПА дополняется 1 ГС). Технологии ЭТ выполняются с помощью

дешевого отечественного оборудования и расходных материалов, безопасны, позволяют профилировать развитие тяжелой ГБН, исключить ЗПК новорожденному.

Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

Актуальность. Непсихотические психические расстройства – симптомы и синдромы, сопровождающиеся адекватной оценкой окружающего, присутствием критики, стремлением в поведении соответствовать социально принятым нормам. Момент получения ожога сам по себе вызывает острые психогенные переживания страха, угрозы смерти и при этом возникающая в результате этой травмы ожоговая болезнь и ее последствия (косметический дефект, инвалидизация) создают для личности пострадавшего сложную стрессовую ситуацию, где психогенные переживания тесно связаны с соматическим состоянием. Именно вышеперечисленные причины обусловили выбор проблемы данного исследования и ее актуальность в современной психологической науке.

Цель – изучить особенности непсихотических психических расстройств у лиц с ожоговой травмой. Объект исследования – непсихотические психические расстройства личности. Предмет исследования – особенности непсихотических психических расстройств у лиц с ожоговой травмой. Гипотеза исследования: существуют различия в особенностях протекания непсихотических психических расстройств у лиц с ожоговой травмой и лиц с другими заболеваниями. Методы: теоретические: анализ, синтез, систематизация, сравнение, обобщение научной литературы и эмпирических материалов. Эмпирические: наблюдение, беседа. Психодиагностические: методика «Оценка личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина»; «Шкала депрессии Бека»; опросник «Выраженность психопатологической симптоматики SCL-90-R»; методика «Теста Люшера». Методы математической статистики: описательная статистика, t - критерий Стьюдента, корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции Пирсона). Исследование проводилось на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в период с 2018 по 2021 год. Общее количество испытуемых – 67, из них 46 человек с ожоговой травмой, 21 человек с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Возраст исследуемых составил от 30 до 59 лет.

Выводы. По методике «Оценка личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина» для больных с ожоговой травмой характерны аффективные расстройства (тревога, снижение настроения, страх, аффективная лабильность, колебания настроения, аффективные иллюзии, руминации). Для лиц с ССЗ свойственны неврастенические расстройства (раздражительность, истощаемость, заторможенность, нарушения засыпания, нарушения ночного сна, нарушение чувства сна, ментизм, снижение аппетита, гиперестезия, безразличие, апатия).

По методике «Шкала депрессии Бека»; для испытуемых с ожоговой травмой характерны подавленное настроение, снижение работоспособности и активности, постоянное чувство усталости, невозможность на чем-либо сосредоточиться, постоянное самобичевание и чувство вины, заниженная самооценка, мрачный и бесперспективный взгляд на своё будущее, бессонница, потеря аппетита. У испытуемых с ССЗ показатели депрессии находятся в умеренной степени выраженности, тем не менее они не являются нормой. Симптомы такой депрессии: подавленное настроение более 14 дней, при этом оно не улучшается в зависимости от внешних факторов и всегда остается на одном уровне, либо ухудшается. Больной быстро утомляется, снижается двигательная активность; пропадает аппетит, апатия.

По методике «Выраженность психопатологической симптоматики SCL-90-R» у ожоговых больных тревожно-депрессивные расстройства проявляются тревогой, которая становится особенно заметной перед любыми манипуляциями, особенно перед операциями и перевязками. При расспросе отмечается непоследовательность суждений, резкие переходы с одной темы на другую. У испытуемых с ССЗ психопатологическая симптоматика сочетается с вялодинамической депрессией, которая проявляет-

ся в снижении настроения, выражена по вечерам, хотя у некоторых больных состояние ухудшается и в утренние часы, на высоте аффекта часто возникает тоска. Больные неохотно отвечают на вопросы, односложно и с большими паузами.

По методике «Тест Люшера» в группе с ожоговой травмой предпочитаемые цвета свидетельствуют о фрустрации таких потребностей как спокойствие, удовлетворенность, нежность, любовь. Желание освободиться от тягостной ситуации, желание физического комфорта. В группе с ССЗ предпочитаемые цвета свидетельствуют о сенсорной депривации, о потребности во внешних раздражителях и собственной деятельности.

Власова В.Н., Волошин Р.Н., Проценко Т.В., Снитко А.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Россия, г.Ростов-на-Дону,
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Несмотря на то, что современная молодежь считает здоровье ценностью, существуют определенные вопросы, связанные с формированием здорового образа жизни у молодежи. В результате проведенного анализа поведенческих реакций отмечено, что умственная и психоэмоциональная нагрузка студентов медиков высока, что может приводить к различного рода стрессам, вызывать проблемы со сном, желудочно-кишечные проблемы, влиять на ухудшение зрения. Большая учебная нагрузка подталкивает студентов к пассивному отдыху в виде компьютерных игр и переписок в социальных сетях. Несмотря на существующие проблемы, университет способствует формированию здорового образа жизни студентов, организуя медицинские осмотры и реализуя программы оздоровления посредством работы спортивных клубов с различными физкультурными секциями. Благоприятное психическое, духовное, физическое состояние здоровья позволяет человеку формировать успешные жизненные стратегии, а также бороться с трудными жизненными ситуациями и трудовыми перегрузками. Здоровье одного человека – это здоровье нации, которое влияет на способность эффективного функционирования общественной системы. Отмечено, что снижение уровня здоровья населения и негативные тенденции нездорового образа жизни связаны с социальными установками и поведенческими реакциями человека на вызовы социальной реальности. Современная молодежь особо остро реагирует на внешние риски и вызовы, поэтому очень важно понимать, как формируются ее поведенческие реакции и выстраивается образ жизни в современных реалиях. Получение медицинского образования в вузе является трудоемким процессом, который требует усидчивости, большого количества энергии и сил со стороны студентов. Особенно тяжелым является процесс адаптации студентов к новым условиям обучения. В связи с этим, именно студенты первых курсов испытывают гиподинамию, дефицит свободного времени, высокую психоэмоциональную нагрузку. Среди студентов у многих существуют хронические заболевания, которые с увеличением умственных и психоэмоциональных нагрузок обостряются. Большой объем получаемого теоретического материала и подготовка к практическим занятиям вызывают у многих обучающихся недосыпы, а также сбивает ритм сна, что влияет на общее состояние организма, делают его слабее и восприимчивее. Многие студенты, пытаясь поддержать свой организм без сна, при долгих физических нагрузках, употребляют энергетические напитки, что также сказывается на их здоровье. Часто из-за нехватки времени на подготовку к занятиям и перегрузку студенты испытывают стресс, что в некоторых случаях может стать предвестником депрессий, которые в дальнейшем может потребовать вмешательства специалистов. Помимо сокращения сна, новые условия жизни, часто переезд в другой город для получения образования, смена обстановки, нехватка времени для самостоятельного приготовления пищи вынуждают студентов питаться в кафе быстрого питания, прибегать к продуктам, которые не являются полезными. Также нехватка времени подталкивает обучающихся к пропускам приемов пищи, что в свою очередь ведет к различным пищевым расстройствам. Молодые девушки, наоборот, преднамеренно стремятся сесть на диету, для

того, чтобы поддерживать красивую фигуру, но не все диеты благоприятно отражаются на здоровье, вызывая анорексию и недостаток массы тела. Проблемы с нехваткой веса у девушек могут отразиться на репродуктивном здоровье. Несбалансированное питание, диеты и нерегулярные приемы пищи могут привести к возникновению у студентов заболеваний кожи. Большие умственные нагрузки подталкивают студентов медиков выбирать пассивный отдых, который очень часто связан с работой за компьютером (онлайн-игры, просмотр фильмов, чтение книг, общение в социальных сетях). Проведение свободного времени в интернете – это большая проблема современной молодежи.

Таким образом, проанализированный нами материал указывает на то, что тема здоровья и здорового образа жизни для студентов медицинских учреждений является социально значимой, что обосновывает необходимость формирования здорового образа жизни студентов, организуя медицинские смотры и реализуя программы оздоровления посредством работы спортивных клубов с различными физкультурными секциями.

Вовченко И.В., Евдущенко Т.Г.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, г.Донецк, ДНР

МИКРОИГЛОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ В ТЕРАПИИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность: нарушения речевых функций (алалия, афазия и дизартрия) встречаются до 70 процентов детей с различной патологией центральной нервной системы: при детском церебральном параличе, врожденных аномалиях головного мозга, последствиях перенесенных ней-роинфекций, после различных травм головного мозга, при опухолях головного мозга и т.д. Эти нарушения затрудняют формирование когнитивной сферы и социальную адаптацию больных детей. Трудность коррекции речевых функций у подобных больных требует поиска новых точек приложения.

Цель: предложена новая комплексная методология терапии в виде сочетанного применения микроиглотерапии в сочетании с краниопунктурой, аурикулопунктурой и логопедической коррекцией.

Материалы и методы: под наблюдением в течении 2019-20гг. находились 26 детей в возрасте от 3 до 16 лет с различными видами речевых нарушений: 7 человек с моторной алалией при врожденных аномалиях головного мозга; 13 человек с псевдобульбарной дизартрией и 3 человека с подкорковой дизартрией обусловленных двойной гемиплегической и гиперкинетической формами церебрального паралича; 3 человека с афферентными моторными афазиями, имеющих последствия травм головного мозга. В течении двух лет дети получали по три 2-х недельных курса лечения.

Терапия начиналась в первой половине дня (с 8 до 10 часов утра) с воздействия микро-иглами (диаметром 0,2мм.) на корпоральные точки классических китайских меридианов стимулирующих моторные и сенсорные речевые центры головного мозга. В зависимости от возраста пролонгация того или иного сеанса составляла от 30 до 60 минут. Предпочтение отдавалось точкам меридианов идущих своим наружным (меридианы Gi, E, Ig, V, TR, VB) или внутренним (C, F, I) ходом через головной мозг (авторское свидетельство С.К. Евтушенко, 1996г). Детям старше 10 лет одновременно с микроиглотерапией применялось подключение одной из аурикулярных точек (из точек 4, 31, 34, 35 и т.д.) с пролонгацией от 20 до 60 минут.

Через час после рефлексотерапии дети занимались с логопедами. Проводился артикуляционный массаж с применением логопедических зондов, использовалась «пальчиковая гимнастика» для лучшей стимуляции речевых центров головного мозга.

Во второй половине дня (от 12 до 14 часов) детям для потенцирования лечебного эффекта проводилось воздействие на зоны апоневроза головы методом краниопунктуры. Применялись иглы длиной 4-6см. на «гармонизирующий» для детей период времени – до 10 минут с воздействием на одну из «зеркальных зон речи» с чередованием этих зон во время последующих сеансов. При двигательных расстройствах речевого аппарата, наличии гиперкинезов проводилось воздействие на зоны «чув-

ствительную,» «хореи и тремора» и др. В первые дни перед процедурами с беспокойными пациентами проводились беседы для снятия чувства тревоги. Длительность курсов акупунктуры в среднем составляла 7 - 12 сеансов (в зависимости от воз-раста и выраженности речевого дефекта).

Результаты: у 15 человек из 16детей (у 93,75% больных) с дизартриями отмечено улучшение произношения различных звуков. У всех детей с алалиями появились первые слова, а у трех из них и первые фразы (у 43% из пациентов с алалиями). Улучшение артикуляции слов отмечено у двух из трех детей (у 66,6% больных с афазиями) с афферентными моторными афа-зиями.

Выводы: данная интенсивная методология с применением микроиглотерапии в сочета-нии с дру-гими методами рефлексотерапии и логопедического лечения позволяет достаточно эффективно кор-регировать различные речевые нарушения у детей с органическим поражением центральной нервной системы.

Воеводина В.С., Волобуев В.В., Запорожченко А.А.

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ДНР ДО 18 ЛЕТ НА БАЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКПБ-МПЦ

Психотерапевтический кабинет для населения ДНР до 18 лет и их родителей (законных предста-вителей) активно функционирует с 2014 года на базе психотерапевтического отделения РКПБ-МПЦ, куда могут обращаться лица с поведенческими расстройствами, социальной дезадаптацией у детей, невротическими и соматоформными расстройствами, психосоматическими расстройствами, психо-травмами и кризисными состояниями.

Система амбулаторного проведения индивидуальной, групповой и семейной терапии разработана специалистами психотерапевтического отделения, которые в своей психокоррекционной работе ис-пользуют следующие психотерапевтические методы:

1. Метод лечения психических расстройств путем выяснения взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики и перевода вытесненных чувств и конфликтов в сознание, которым является психокоррекция с элементами глубинно-ориентированной (психодинамической) индивидуальной психотерапии.

2. Метод изменения поведения пациента с использованием позитивного стимула, что способствует выработке новых рефлекторных связей, которым является психокоррекция с элементами когнитивно-поведенческой терапии. Таким образом, неосознанные деструктивные умозаключения заменяются их более конструктивными, положительными и жизнеутверждающими установками.

3. Облегчение эмоционального стресса у детей и взрослых, решение конфликтных ситуаций, улуч-шение неблагоприятных черт характера, снижение фобических проявлений осуществляется с помо-щью психокоррекции с элементами игровой терапии.

4. Естественный и бережный метод исцеления и развития души через художественное творчество (песочная терапия, изотерапия, кинотерапия, музыкотерапия, тестопластика, куклотерапия, сказкотерапия и т.п.) - психокоррекция с элементами арт-терапии.

5. Использование недирективных форм психокоррекции, когда психолог наряду с клиентом высту-пает равноправным участником процесса коррекции. Он не ведет за собой клиента, он лишь помогает ему в его развитии.

6. Групповая психотерапия, основанная на включении определенного числа лиц в типичные для них виды деятельности, регулируемые общими ценностями и нормами. Деятельность членов группы направляется на достижение конструктивного общения.

7. Основной компонент разработанной нами системы - семейная терапия. Она представляет собой психотерапевтическую помощь индивиду в семье и через семью с целью преодоления негативной психологической симптоматики и оптимизации семейных взаимоотношений. Психокоррекция с эле-ментами арт-терапии используется как традиционное семейное консультирование. Этот вид терапии помогает определить особенности семейных отношений, выявить соответствующие проблемы, прир-

ти к взаимопониманию, формированию открытых, доверительных и теплых взаимоотношений. Применяется также семейная терапия поведенческого типа, целью которой является анализ последовательности поступков родственников в настоящем (поведенческая работа с парами: родитель-ребенок, муж-жена).

С 2019 по 2021 год психологами проведено 4441 сеанс групповой и семейной терапии.

Использование методов вышеизложенной системы позволило изменить качество проведения психокоррекционных сеансов, что способствует улучшению психо-эмоционального состояния пациентов. Психокоррекционная работа с населением ДНР до 18 лет проводится более качественно.

Воеводина В.С., Волобуев В.В., Сушкова Т.В.

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г.Донецк

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКПБ-МПЦ

Повышенная тревожность детей и подростков – это состояние человека, которое характеризуется повышенной склонностью к переживаниям, опасениям и беспокойству, имеющее отрицательную эмоциональную окраску. Диагностируется с помощью клинических и психологических методик. Основой лечения является психологическая помощь, которая при необходимости дополняется применением лекарственных препаратов.

Тревожный ребенок постоянно находится в подавленном настроении, у него затруднены контакты с окружающим миром. Мир воспринимается как враждебный. Закрепляясь в процессе становления характера, эта черта приводит к формированию заниженной самооценки. Такой человек, терзаемый постоянными сомнениями, не способен на серьезные жизненные достижения и, как следствие, социально дезадаптивен. Оказание психокоррекционной помощи и поддержки таким детям является одной из задач, которые решаются специалистами психотерапевтического отделения РКПБ-МПЦ.

Состояние тревоги и тревожности следует отличать от переживания страха. Понимать различие страха и тревоги необходимо для правильной коррекционной помощи ребенку. В отличие от страха тревога – это переживание отдаленной и неясной опасности. Если существует реальная объективная опасность, то можно говорить о страхе, а при переживаниях опасения, которое не имеет объективного основания, можно говорить о тревоге. Детские страхи в той или иной степени обусловлены возрастными особенностями и имеют временный характер. Однако страхи, сохраняющиеся длительное время, служат признаком эмоционального неблагополучия, негативно влияют на психическое здоровье и развитие ребенка.

В психокоррекционной работе со страхами у детей и подростков психологи психотерапевтического отделения наряду с методами семейной, поведенческой психотерапии используют арт-терапию – терапию искусством (сказкотерапию, куклотерапию) и игровую терапию. Данные методы считаются наиболее эффективными, поскольку являются привычной и любимой деятельностью ребенка.

В психокоррекционной работе с тревожностью детей и подростков специалисты нашего центра работают в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, семейном направлении, используя элементы игровой и арт-терапии, применяя техники и методики, направленные на развитие у пациентов эмоциональной стабильности, повышение самооценки, расширение и обогащение навыков общения со взрослыми и сверстниками, развитие адекватного отношения к оценкам и мнениям других людей.

Таким образом, психокоррекционная работа с клинически выраженными тревогами и фобиями у пациентов значительно качественно осуществляется при параллельном повышении эмоциональных ресурсов.

Тактика внедрения разработанной и применяемой системы лечебно-коррекционной работы при тревоге и страхах у детей и подростков в амбулаторных условиях позволила оптимизировать как в качественном, так и в количественном моменте работу специалистов в психотерапевтических каби-

нетах для детско-подросткового населения психотерапевтического отделения РКПБ-МПЦ. С 2019 по 2021 гг. психологами проведено 4 441 групповых сеансов и сеансов семейной терапии, а также 9106 индивидуальных сеансов.

Выхованец Т.А., Машинистов В.В., Выхованец Ю.Г., Павлович Л.В., Андреев Р.Н.

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

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЧЕЛОВЕКА

Глобальные климатические процессы, происходящие на нашей планете в последние десятилетия, угрожают здоровью и благополучию людей, способствуют росту смертности и заболеваемости [Акимов В.А., 2016]. Значительные суточные колебания температуры, влажности воздуха, атмосферного давления, могут оказывать не только неблагоприятное влияние на функциональное состояние отдельных органов и систем организма человека, но и постепенно приводить к срыву процессов адаптации и последующему возникновению различных заболеваний. В связи с этим актуальной задачей является совершенствование мер профилактики, неблагоприятного воздействия этих факторов окружающей среды на человека [Бобровницкий И.П., 2017]. Среди мер профилактики данного воздействия важное место занимает рациональное питание человека [Петровский К.С., Ванханен В.Д., 1981]. С целью разработки рекомендаций по оптимизации питания была проведена биоклиматическая оценка условий проживания жителей индустриального региона.

Исследования были проведены на базе лабораторий кафедр медицинской физики, математики и информатики, а также гигиены и экологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Был проведен анализ климатических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления) по г. Константиновка за ряд лет (2009-2011 гг.). Биоклиматическая оценка проводилась на основе расчета и оценки таких биоклиматических индексов как эффективная температура (ЭТ), эквивалентно-эффективная температура (ЭЭТ) и радиационно-эквивалентно-эффективная температура (РЭЭТ) [Ткачук С.В., 2011].

В результате проведенного анализа и оценки биометеорологических индексов на изучаемой территории, было установлено, что комплексное воздействие температуры и влажности атмосферного воздуха на человека в летний период приводит к незначительным изменениям тепловых ощущений человека. При оценке положительных значений ЭЭТ установлено, что тепловые ощущения человека в период с мая по сентябрь находились в зоне теплового комфорта. Показатель ЭЭТ превышал уровень комфортных условий, соответствующих показателю «умеренно холодно» в декабре на 7%, в январе на 45,8% и в феврале на 38%. В эти периоды года климатические факторы будут оказывать неблагоприятное влияние на организм человека. Анализ индекса РЭЭТ показал, что его значения для одетого человека находятся в пределах нижней границы комфортных температур в течение всего года. Таким образом, комбинированное неблагоприятное воздействие физических факторов на человека может приводить к стрессовому напряжению механизмов терморегуляции и возникновению различных функциональных нарушений.

Среди мер профилактики данных нарушений важное место занимает питание человека. Как известно, питание должно осуществляться дифференцированно в зависимости от типа реакции организма на воздействие климатических факторов. Метеочувствительные лица в период колебаний метеорологических факторов должны исключить из питания жирную, жареную, копченую и острую пищу. Например, в этот период лучше использовать молочно-растительную диету. Она исключает из употребления сахар и соль даже в минимальных количествах. Очень эффективной в дни резких колебаний метеофакторов является рыбная диета. При употреблении рыбы уменьшается содержание триглицеридов в крови, повышается количество липопротеидов высокой плотности, при этом уменьшается вероятность образования тромбов и атеросклеротических бляшек на стенках сосудов. Можно использовать яблочно-морковные разгрузочные дни. Такая диета снижает уровень холестерина в

крови, нормализует ее свертывание, предупреждая инсульт и инфаркт, риск которых повышается при неустойчивой погоде и геомагнитных возмущениях.

Выхованец Ю.Г., Андреев Р.Н., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Остапенко В.И.

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

БИОКЛИМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

В результате глобального потепления произошли необратимые изменения в экосистемах и климатической системе нашей планеты. К последствиям потепления относятся такие неблагоприятные процессы как увеличение частоты экстремальных погодных явлений, продолжительности ливней, вымирание в океане морских обитателей и другие проблемы. Значительные суточные колебания температуры, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления могут приводить и к ухудшению состояния здоровья человека. Годовые и суточные и колебания метеорологических факторов могут оказывать негативное влияние на тепловые ощущения человека [Акимов В.А., 2016]. Так при определенном неблагоприятном сочетанном воздействии ряда физических факторов может возникать чувство дискомфорта и далее нарушение процессов адаптации и возникновение функциональных нарушений [Кузьменко Н.В., 2019]. В связи с этим важной практической задачей является оценка степени комфортности среды обитания человека, проживающего в определенной климатической зоне [Воронин Н. М., 1981]. Эта оценка может быть проведена на основе расчета ряда биоклиматических индексов, которая позволяет определять уровень изменения тепловой нагрузки и тепловых ощущений в разные периоды года.

Цель исследований заключалась в оценке влияния климатических факторов на уровень теплового комфорта жителей, проживающих в индустриальном регионе. Научные исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики и кафедры гигиены и экологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Был проведен ретроспективный анализ климатических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления) по г. Константиновка за ряд лет (2009-2011гг.). Полученные данные были представлены Государственной метеорологической службой Донецкой Народной Республики (форма ТСГ-1). Биоклиматическая оценка территории проводилась на основе расчета и оценки таких биоклиматических индексов как эффективная температура (ЭТ), эквивалентно-эффективная температура (ЭЭТ) и радиационно-эквивалентно-эффективная температура (РЭЭТ) [Ткачук С.В., 2011]. Статистический анализ полученных данных проводился средствами пакета «Statistika 10.1».

В результате проведенного анализа и оценки биометеорологических индексов на изучаемой территории, было установлено, что комплексное воздействие температуры и влажности атмосферного воздуха на человека в летний период приводит к незначительным изменениям тепловых ощущений человека. При оценке положительных значений ЭЭТ установлено, что тепловые ощущения человека в период с мая по сентябрь находились в зоне теплового комфорта. Показатель ЭЭТ превышал уровень комфортных условий соответствующих показателю «умеренно холодно» в декабре на 7%, в январе на 45,8% и в феврале на 38%. В эти периоды года климатические факторы будут оказывать неблагоприятное влияние на организм человека. Анализ индекса РЭЭТ в условиях проживания на территории г. Константиновка показал, что его значения для одетого человека находились в пределах нижней границы комфортных температур в течение всего года. Например, в феврале этот показатель был ниже нижней границы комфортных температур на 10,6%, в июле лишь на 3,1%, а в октябре на 13,2%.

Таким образом, в зимний период года такие факторы, как температура, влажность атмосферного воздуха и скорость ветра способствуют нарушению комфортных условий проживания человека. В результате комбинированного неблагоприятного воздействия физических факторов и солнечной радиации у жителей могут нарушаться процессы терморегуляции.

Выхованец Ю.Г., Габараева З.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Лахно О.В.

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

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Оценка влияния климатических изменений на организм человека представляет собой комплексную междисциплинарную проблему, охватывающую медицинские, экологические и социальные аспекты. Актуальность этой проблемы обусловлена значительным ростом острых и хронических заболеваний, смертности населения в результате неблагоприятного действия экстремальных погодных и климатических факторов окружающей среды на человека. Значительные суточные колебания температуры, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления могут приводить к ухудшению состояния здоровья человека [Ревич Б.А., 2017]. В научных публикациях приводятся данные о существовании взаимосвязи между перепадами температуры атмосферного воздуха и уровнем заболеваемости органов дыхания и кровообращения у человека [Акимов В.А., 2016].

Цель исследований заключалась в оценке влияния колебаний температуры атмосферного воздуха на заболеваемость органов дыхания и кровообращения у человека. Научные исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики и кафедры гигиены и экологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Был проведен ретроспективный анализ климатических факторов по г. Константиновка за ряд лет (2009-2011 гг.). Полученные данные были представлены Государственной метеорологической службой Донецкой Народной Республики (форма ТСГ-1). Заболеваемость органов дыхания и кровообращения (на 10000 населения) изучалась по данным годовых статистических отчетов органов здравоохранения Донецкой Народной Республики. Статистический анализ полученных данных проводился средствами пакета «Statistika 10.1».

Исследованиями было установлено, что наибольшие сезонные амплитуды среднесуточных изменений температуры атмосферного воздуха отмечались в 2011 г. и составляли в зимний период года 6,90С, в весенний 10,20С, в летний 14,00С и в осенний 10,30С. Проведена оценка влияния сезонных колебаний температуры атмосферного воздуха на заболеваемость органов дыхания и кровообращения. Анализ влияния колебаний температуры атмосферного воздуха на заболеваемость органов дыхания позволил установить, что увеличение среднесуточных значений изменений температуры атмосферного воздуха в среднем на $44 \pm 4,9\%$ приводит к росту заболеваемости органов дыхания в среднем на $12 \pm 3,2\%$. При увеличении амплитуды среднесуточных колебаний температуры атмосферного воздуха на $0,3 \pm 0,01\%$ заболеваемость органов кровообращения повышается на $1,6 \pm 0,04\%$. Установлена положительная корреляционная связь между суточными изменениями температуры атмосферного воздуха и заболеваемостью органов дыхания ($r=0,43$, $p<0,05$) и кровообращения ($r=0,31$, $p<0,05$).

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что перепады температуры атмосферного воздуха могут оказывать не только слабо раздражающее, но и острое раздражающее воздействие на организм человека. Это подтверждается существованием положительной корреляционной зависимости между среднесуточными изменениями амплитуды температуры атмосферного воздуха и заболеваемостью органов дыхания и кровообращения.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Прокопец В.И.

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

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

В результате изменения климата на планете произошли значительные сдвиги в степени воздействия физических факторов среды как на организм, так и на состояние здоровья человека в целом. Выраженные колебания показателей, характеризующих температуру воздуха, атмосферное давление,

влажность в течение небольших промежутков времени могут оказывать не только неблагоприятное влияние на функциональное состояние отдельных органов и систем организма человека, но и постепенно проводить к срыву процессов адаптации и последующему возникновению различных заболеваний. В связи с этим актуальной задачей является оценка влияния климатических изменений на функциональное состояние организма человека.

Исследования были проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО. Был проведен ретроспективный анализ климатических факторов (температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления) по г. Константиновка за ряд лет (2009-2011гг.). Полученные данные были представлены Государственной метеорологической службой Донецкой Народной Республики (форма ТСГ-1). Для оценки влияния климатических факторов на ФС человека, было проведено комплексное обследование 93 относительно здоровых пациентов в возрасте 25-72 лет, (из них 37 женщин и 56 мужчин), проходивших первичное диагностическое обследование в реабилитационном центре как лица, имеющие относительную метеозависимость. Функционально-диагностические методы исследований включали изучение variability сердечного ритма (ВСР) и дневное мониторирование уровня систолического (АДС) и диастолического (АДД) артериального давления. Исследование ВСР проводилось с помощью АПК «Кардио+» в соответствии с международными стандартами 1996 года и методическими рекомендациями [Баевский Р.М., 2001]. Все респонденты были проинформированы о целях и задачах исследования и дали согласие на обработку и публикацию полученных результатов.

В результате анализа сезонной среднемесячной амплитуды температурного фактора за ряд лет было установлено, что наибольшие перепады температуры воздуха наблюдались в весенний и летний периоды года. Колебания температуры в эти сезоны составляли от 5,90С до 10,20С. Наиболее значительные перепады влажности атмосферного воздуха, также были отмечены в весенний и летний периоды года, которые составляли от 27,4% до 30,9% и от 27,9% до 36,3%, соответственно. Среднемесячные амплитуды скорости движения воздуха имели наибольшие значения уже в зимний период года и составляли от 7,4 м/с до 8,7м/с. Минимальные значения перепадов давления атмосферного воздуха были установлены в весенний и в осенний периоды, которые составили соответственно 3,8-4,2 гПа и 3,5-4,6 гПа, соответственно. Максимальные значения этого показателя наблюдались в зимний период 2009г. и летний период 2010г., которые составили, соответственно, 18,4 гПа и 24,0 гПа.

Анализ периодических составляющих сердечного ритма и его спектральных характеристик позволил установить влияние сезонных колебаний физических факторов среды на регуляцию функционального состояния сердечно-сосудистой системы человека. Выявлено увеличение среднесуточной частоты сердечных сокращений в осенний период, по сравнению с весенним сезоном года. Среднесуточный показатель суммарной мощности спектра в осенний период имел более низкие значения, по сравнению с другими периодами года. Вклад низкочастотного компонента в суммарную мощность спектра в осенний период года наоборот был достоверно выше, чем в остальные сезоны года.

Таким образом, изменение спектральных характеристик сердечного ритма в осенний период года связано с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной регуляции нервной системы за счет активации центрального контура управления

Гайволя А.А.

ОО «Институт социальной и медицинской антропологии», г. Запорожье

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАУЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ИНФОРМАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская документация, безусловно, представляет собой важнейший элемент системы управления экстренной медицинской помощью (ЭМП). Информативность любого документа является его основным функциональным признаком. Но, следует признать, что в настоящий момент не существу-

ет универсального метода для измерения количества документированной информации. Есть лишь условные методы, которые характеризуют информацию, содержащуюся в определенном документе, предназначенном для соответствующего потребителя в конкретной ситуации. Любой документ функционирует, как многоуровневая информационная система, где каждый уровень имеет свои количественные параметры. Различают физический уровень, синтаксический, семантический, структурный, латентный и другие. В поисках наиболее эффективных путей измерения реального количества документированной информации предлагаются различные способы, используются разные понятия. Весьма перспективным является так называемый тезаурусный подход. Этот подход базируется на том, что документ должен быть понят получателем, т.е. тезаурусы (сумма знаний) автора и получателя должны, если не совпадать, то соотноситься в той или иной степени. С точки зрения информативности, тезаурус каждого документа можно разделить на три части: 1) доступные данные – то, что дано и то, что принято; 2) потери данных – часть того, что дано, но не принято получателем по причине некомпетентности, невнимательности, неразборчивости текста, незнания языка или предмета; 3) бесполезная, лишняя для данного получателя информация, но, возможно, важная для получателя с иным тезаурусом. Тезаурусная оценка информативности осуществляется путем составления и сопоставления двух списков дескрипторов (от англ. «Descry» – распознавать), т.е. значимых слов или словосочетаний, несущих смысловую нагрузку, «ключевых слов», как для автора, так и для получателя. Двоичный логарифм соотношения количества дескрипторов получателя к количеству дескрипторов автора и будет показателем информативности документа, выраженным в битах. Для обозначения реального количества информации, вложенного в какой-нибудь информационный объем, вводится понятие информационной емкости. Отношение информативности к информационной емкости (семантического количества информации) принято называть информационной плотностью документа. Информационная плотность, как правило, меньше единицы т.к. в каждом документе содержится ограниченное количество полезной информации для каждого конкретного потребителя. Для медицинской документации в системе управления ЭМП потребителями являются медицинский персонал, спасатели, больные и пострадавшие, юристы, специалисты социальных служб, всех задействованных государственных структур, и заинтересованных структур иных форм собственности. Все категории потребителей имеют свои определенные тезаурусы и, соответственно, свои дескрипторы.

В процессе оказания ЭМП система управления может дискретно менять поставленные задачи, соответственно меняя дескрипторы получателей. Таким образом, если тезаурус медицинского документа не совпадет с тезаурусом получателя, такой документ, хотя и несет в себе массу информации, информативным не является и управленческое действие теряет эффективность. Из относительной субъективной ценности информации следует, что медицинский документ в своей структуре должен иметь функциональные информационные блоки, рассчитанные на получателей с различными дескрипторами и тезаурусами, необходимыми для достижения поставленной цели.

Ганиева Д.К., Шайхова М.И., Каримова Д.И

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ

Острый бронхиолит является распространенным заболеванием нижних дыхательных путей и частой причиной госпитализации среди детей раннего возраста.

Цель исследования – изучить особенности ведения детей раннего возраста с острым бронхиолитом по литературным данным.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно в мире регистрируется 150 миллионов случаев бронхиолита, 7-13% из которых требуют стационарного лечения и 1-3% - госпитализация в отделение интенсивной терапии.

Бронхиолит наиболее часто встречается у детей в возрасте до 9 месяцев (90% случаев). Острый бронхиолит – это чаще всего вирусная инфекция, а респираторный синцитиальный (РС) вирус яв-

ляется наиболее часто встречающимся возбудителем (70-80% случаев). Диагноз бронхиолита – клинический, обычно не требует лабораторных исследований и рентгенографии. Общий клинический анализ крови мало информативен. Уровни С-реактивного белка и прокальцитонина, как правило, не повышаются. На рентгенограмме органов грудной клетки у пациентов с бронхиолитом часто выявляется вздутие легких, может наблюдаться усиление бронхо-сосудистого рисунка, участки понижения прозрачности легочной ткани, мелкие ателектазы, которые иногда ошибочно принимают за пневмонию, что ведет лишь к необоснованному назначению антибиотиков. Показаниями для госпитализации детей с бронхиолитом являются: апноэ, признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени, возраст до 6 месяцев у недоношенных детей, пониженное питание, дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость, потребность постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях, отягощенный преморбидный фон, социальные показания. Для определения степени тяжести дыхательной недостаточности (ДН) при бронхиолите и, соответственно, тактики ведения больного необходим контроль оксигенации: следует использовать пульсоксиметрию, а определение газов крови и кислотно-основного состояния требуется только при тяжелой степени респираторных нарушений. Основной задачей терапии бронхиолита является нормализация функции внешнего дыхания. В тяжелых случаях (при ДН от II степени и выше) проводятся оксигенация, и гидратация. Антибиотики при остром бронхиолите не показаны, за исключением ситуаций, когда имеется сопутствующая бактериальная инфекция либо серьезные подозрения на нее. Противовирусная терапия не проводится. Адекватная гидратация, основной путь – пероральный. При невозможности выпаивания, а также при эксикозе II-III степени необходима парентеральная гидратация глюкозо-солевыми растворами. Кислород, увлажненный рекомендуется при сатурации (SaO₂) 92-94%. У детей при бронхиолите не рекомендуется рутинное использование ингаляций β₂-агонистов короткого действия. Однако, получение эффекта через 20 минут (рост SaO₂, уменьшение частоты дыхательных движений на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий, облегчение дыхания) оправдывает продолжение ингаляционной терапии. При отсутствии эффекта – дальнейшее проведение ингаляций бронхолитиками не имеет смысла. Бронхолитики используют через небулайзер, по потребности, не более 3-4 раз в день: салбутамол на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл. Ингаляционные глюкокортикостероиды не должны использоваться при бронхиолите вследствие отсутствия доказательств их клинического эффекта.

Выводы. Острый бронхиолит характеризуется отеком слизистой оболочки дыхательных путей и гиперсекрецией, но не бронхоспазмом. Базисная терапия бронхиолита заключается в обеспечении достаточной оксигенации и гидратации с применением симптоматических мероприятий: эвакуацией слизи из верхних дыхательных путей, мониторингом газов крови и пульсоксиметрии.

Гаруст Ю.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Цель: изучить особенности лечебно-диагностической тактики у больных псориазом на фоне полиморбидности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента с псориазом с сопутствующей патологией, получавших стационарное лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере г. Донецка в период с 2018 по 2020 гг. Выборка осуществлялась методом направленного отбора. Объектом исследования стали больные псориазом на фоне полиморбидности. Проведен анализ патологии в зависимости от нозологии. Полиморбидная патология устанавливалась на основании анамнестических данных, результатов клинического осмотра и лабораторных исследований, а также консультаций смежных специалистов.

Результаты. В исследовании в соответствии с критериями включения находилось 34 мужчины и 28 женщин, средний возраст пациентов составил 52,8±2,5 года. Наиболее часто у больных псориаз

возникал в первой половине жизни, преимущественно в возрасте от 16 до 35 лет ($n=36$; 58%). У 25 (40,3%) пациентов псориаз носил семейный характер, отмечалась наследственная отягощенность по первой и второй линиям родства. При изучении причин возникновения псориаза провоцирующим моментом развития заболевания у 44 (71%) пациентов названо психоэмоциональное перенапряжение.

Два соматических заболевания встречалось у 30 (48,4%), три – у 24 (38,7%), четыре – у 5 (8,1 %), пять – у 3 (4,8%). При проведении исследования установлено, что наибольший удельный вес сопутствующей патологии при псориазе принадлежит болезням системы кровообращения, у 47 (75,8%) больных, при этом у одного больного могло быть несколько видов патологии. Так, ишемической болезнью сердца страдали 29 (47,7%) пациент, артериальной гипертензией – 26 (41,9%) пациентов. Второе место занимали заболевания нервной системы, у 36 (58%) пациентов, при этом заболевания центральной нервной системы были выявлены у 25 (40,3%) пациентов, периферической - у 18 (29,03%). Заболевания эндокринной системы занимали третье место и были установлены у 35 (56,5%) пациентов: сахарный диабет второго типа у 7 (11,3%) пациентов, заболевания щитовидной железы – у 26 (42%) пациентов, метаболический синдром - у 28 (45%) пациентов, ожирение – у 11 (17,7%). На четвертом месте были заболевания желудочно-кишечного тракта - у 28 (45,1%) пациентов, среди них преобладала язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 14 (22,5%) пациентов, хронический холецистит – у 20 (32,3%), хронический панкреатит - у 10 (16,1%). На пятом месте были заболевания моче-выделительной системы, у 7 (11,3%) пациентов: мочекаменная болезнь была у 5 (8,1%) пациентов, хронический пиелонефрит – 4 (6,5%) пациентов.

Выводы. Пациентам с псориазом при назначении лечения и, особенно перед выбором системной терапии, важно выявить сопутствующие заболевания. Необходимо исключить применение одновременно нескольких однонаправленных, взаимоисключающих или необязательных препаратов. Идеальное решение – многоцелевая монотерапия, т.е. применение лекарственных препаратов и форм с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем.

Гашикова Л.А., Штутин И.А.

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

ДЕБРИФИНГ В ОН-ЛАЙН РЕЖИМЕ ПРИ ПЕРВОЙ ВОЛНЕ КОРОНАВИРУСА: ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ, СПЕКТР ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПСИХОЛОГОВ

Цель исследования – определение особенностей проведения дебрифинга в он-лайн режиме и выявление спектра психических реакций у лиц, впервые столкнувшихся с ситуацией пандемии covid-19.

Материал и методы. Исследование проводилось в марте 2020 года, через 2 дня после введения особого эпидемиологического режима в Российской Федерации (РФ). Участники исследования: психологи, занимающиеся частной практикой ($n=108$), в группах от 8 до 12 человек (всего 9 групп). При формировании групп учитывался географический фактор (часовые пояса РФ). Процедура дебрифинга проводилась на платформе «Skype». Время дебрифинга составляло в разных группах от 2,5 часов до 5 часов. На подготовительном этапе участникам была предложена краткая инструкция по проведению дебрифинга. На каждого участника велся «Протокол дебрифинга», в котором были отражены основные этапы процедуры и субъективные и объективные реакции, мысли, чувства. Предмет обсуждения во время процедуры дебрифинга: ситуация, связанная с экстренным введением карантина в стране. С каждой группой было проведено специальным образом структурированное занятие. Работа велась по методу «круга» (цикл). Для каждого круга разговора – своя тема.

Результаты и обсуждение. Первый круг – круг фактов. После краткого представления себя всеми участниками, был предложен ряд вопросов. В отношении первого вопроса круга 69% участников ответили, что этот факт (объявление карантина) их не касался. 19% респондентов не поверили в то,

что «такое возможно в наше время». И только 5% участников дебрифинга сказали, что следили за новостями.

На вопрос второго круга (чувства, мысли) «Какую первую мысль вызвало это событие в вашем сознании?» 53% респондентов отметили озабоченность: «Насколько опасно, как долго будет продолжаться эта ситуация?». 15% участникам событие напомнило дефолт 1998 года. Другие реакции психологов на объявление карантина: раздражение «Рушатся планы» (7%); удивление «Не может быть!» (9%), радость «Отпуск, каникулы!» (6); растерянность: «Что теперь будет?» (5%); другое (5%).

Ответы на вопрос «что вы решили сделать?» были следующие: «Собирать информацию» - 30%; «Закупить продукты» - 26%; «Позаботиться о близких» - 16%; «Изменить планы» - 11%; «Сократить контакты» - 6%; «Записаться в волонтеры» - 4%; другое – 7%.

На вопрос «Какая часть этого события для вас самая важная, самая существенная?» в фазе переживания 36% участников ответили «Изоляция». На втором месте – «Финансовая составляющая» (27%). Также существенным фактором выступили вопросы организации детей-школьников и дошкольников – 21%.

На вопрос «Переживали ли вы что-то подобное раньше, что вызывало у вас такие же чувства: грусть, расстройство, страх, фрустрацию?» 82% респондентов ответили положительно, 17% сообщили, что не переживали подобное, и один человек не мог вспомнить.

На вопрос круга преодоления «Что помогло, или поможет вам преодолеть последствия этого события?» 44% участников указали «Прошлый опыт»; «Профессия психолога» - 28%, «Семья» – 18%; «Финансовая подушка» - 13%.

Спектр психических реакций распределился следующим образом: тревога – 68%; страх – 9%; навязчивые мысли и паника – по 5%; чувство дереализации – 3%; чувство деперсонализации – 2%; навязчивые действия – 2%; депрессия – 1%; не отметили у себя реакций – 5%.

Выводы. Проведение дебрифинга в системе он-лайн показало высокую эффективность в группе психологов (субъективная оценка – 99%). В спектре психических реакций преобладала тревога (68%).

Гинькут В.Н., Андреев В.Н.

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

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ЧЕРЕЗ СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Повышение качества медицинского обслуживания невозможно без повышения уровня профессиональных знаний и навыков врачей-оториноларингологов, а, следовательно, без улучшения их общей и специальной подготовки. Выполнение этой задачи неразрывно связано с необходимостью внедрения новых форм преподавания, способствующих оптимизации учебного процесса, среди которых важное место сегодня занимают симуляционные технологии. На кафедре оториноларингологии ФИПО делается всё для того, чтобы формы и методы обучения врачей отвечали задачам сегодняшнего и завтрашнего дня здравоохранения. Введение таких элементов, как симуляционные технологии, в практические занятия является одним из важных условий не только высокой теоретической подготовки врачей, но и приобретение практических навыков, что особенно важно, потому что симуляционные технологии в условиях отсутствия профильных больных помогают врачам отрабатывать мануальные навыки в конкретных клинических ситуациях.

В любом разделе оториноларингологии найдётся место для виртуального симулятора, с целью отработки той или иной манипуляции или хирургического вмешательства. В чём же кроется успех симуляционных технологий и какие они имеют преимущества перед традиционными методами обучения врачей-оториноларингологов?

Перечислю лишь основные из них:

- отсутствие риска для пациента, особенно при отработке инвазивных оперативных вмешательств и манипуляций;

- отработка практических навыков в удобное время, независимо от наличия и количества пациентов;
- количество повторов не ограничено, что позволяет доводить действия до автоматизма;
- уменьшение «стресса-контакта» с пациентом;
- возможность в режиме реального времени дать объективную оценку достигнутому уровню знаний и умений;
- возможность оценить индивидуальные действия обучающегося и способность его работать в команде.

Силами преподавателей нашей кафедры из подходящих пластических материалов изготовлены тренажёры, с помощью которых обучающиеся осваивают такие практические навыки, как удаление инородных тел из слухового прохода, выполнение мириготомии, установка вентиляционной трубки в барабанную полость, трепанопункция лобной пазухи. Большой популярностью у интернов и ординаторов пользуется изготовленный нами тренажёр для отработки мануальных навыков наложения трахеостомы.

В отохирургии, как одном из самых сложных разделов оториноларингологии, очень важно знать анатомию барабанной полости, клеток сосцевидного отростка и канала лицевого нерва. На нашей кафедре симуляция представлена кадаверной диссекцией височной кости. Блок височной кости с использованием традиционного набора инструментов и операционного микроскопа помогает врачам детально освоить анатомию среднего уха, овладеть техникой самых сложных saniрующих операций и в дальнейшем выполнять их самостоятельно.

Симуляционные технологии прочно вошли в профессиональную подготовку ЛОР-врачей. Это направление продолжает динамично развиваться и совершенствоваться, что в конечном итоге приведёт к повышению безопасности и качества оперативных вмешательств.

Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Андреев П.В.

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

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАТОНЗИЛЛИТАМИ

Несмотря на то, что паратонзиллит остаётся наиболее распространённым и тяжёлым осложнением острого и хронического тонзиллита, тактика ведения пациентов с данной патологией нередко представляет определённые трудности (В.М. Бобров, 2010; Носуля Е.В., 2013; В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, 2013; П.А. Кондрашев и соавт., 2019).

Выбор антибиотика при лечении паратонзиллитов предполагает знание наиболее часто встречающихся в данном регионе патогенов (В.И. Попович, 2016; S. Cherukuri, M.S. Benninger, 2002).

Оценивая тактику ведения больных с паратонзиллитами, мы провели ретроспективный анализ историй болезни пациентов с этой патологией, лечившихся в ЛОР-клинике последние 3 года. Из 128 больных 87 пациентов (68 %) получали внутримышечно или внутривенно цефалоспорины II-III генерации (цефуроксим или цефтриаксон), а 41 больной принимал амоксициллин/клавуланат.

Кроме того, нами проводилось изучение особенностей микробного спектра возбудителей паратонзиллита.

В трети случаев (35 %) при бактериологическом посеве мазков из глотки высеивался β -гемолитический стрептококк группы А. В 33,6 % случаев (43 пациента) положительный результат был получен при помощи стрептотеста.

Различные виды стафилококка были получены у 30 (23,4 %) пациентов. Микробиологические результаты исследований в группах сравнения существенно не различались.

Оценку динамики заболевания и особенности активации иммунитета у больных проводили, изучая количественные изменения сывороточного иммуноглобулина А. У подавляющего количества больных было выявлено существенное повышение его (в среднем 5,8 г/л). Повышение секреторного sIgA наблюдалось у 104 (81,2 %) пациентов.

К моменту выписки больных из отделения отмечалось снижение уровня сывороточного IgA, а уровень секреторного sIgA сохранялся повышенным на протяжении месяца после перенесенной болезни.

С целью предотвращения образования паратонзиллярного абсцесса считаем необходимым выполнять инцизию в раннем периоде, во время его формирования, то есть на стадии инфильтрации. Обычно это хирургическое вмешательство выполняем уже на третьи – четвертые сутки от начала заболевания. Чаще всего в этот период гной мы не получали. Однако воспалительный процесс в паратонзиллярной области сразу принимал abortивное течение, и к седьмому – восьмому дню пациенты уже выписывались из стационара.

Из нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении пациентов предпочтение отдавали кетопрофену.

Местная терапия предполагала назначение больным с паратонзиллитами таблеток для рассасывания Стрепсилс Интенсив и орошений глотки спреем Тантум Верде.

Продолжительность лечения пациентов с паратонзиллитами в среднем составила восемь суток.

Таким образом, паратонзиллит остаётся чрезвычайно распространённым заболеванием, которое наблюдается у взрослых и детей. Осложнением этой патологии может стать парафарингеальный целлюлит или абсцесс, медиастинит и тонзиллогенный сепсис. Поэтому раннее хирургическое вмешательство может быть рекомендовано для ускорения регресса заболевания и с целью профилактики развития серьёзных осложнений.

Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Зоркова Е.В.

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

ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Синдром задержки роста плода (СЗРП) остается одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности в мире. Важной задачей современного акушерства и перинатологии является поиск новых методов прогнозирования СЗРП.

Цель работы: оценить результативность использования биохимических маркеров пренатального скрининга для выявления синдрома задержки роста плода.

Материалы и методы. Изучены истории родов 210 беременных, у которых родились дети с СЗРП (основная группа - ОГ) и 72 беременных, новорожденные которых были без СЗРП (контрольная группа - КГ). По данным медицинской документации в каждой группе проведен анализ течения беременности и родов. Изучены уровни биохимических маркеров пренатального скрининга: в первом триместре – РАРР-А (ассоциированного с беременностью протеина-А плазмы), β-ХГЧ (бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека), во втором триместре – содержание α-фетопротеина в сыворотке крови. Оценена взаимосвязь этих параметров с массой новорожденных и оценкой состояния новорожденного по шкале Апгар.

Результаты. В анамнезе у 35,2% беременных с СЗРП диагностированы плацентоассоциированные гестационные осложнения, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в КГ. Установлено, что в сроке гестации 12 -13 недель у беременных ОГ уровень β-ХГЧ был достоверно ($p < 0,05$) выше, а содержание РАРР-А достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в КГ. На сроках 18 – 20 недель среднее содержание α-фетопротеина в ОГ достоверно ($p < 0,05$) ниже показателей КГ. Выявлены отрицательные корреляционные связи между низкой массой плода и β-ХГЧ, показателями состояния новорожденных по шкале Апгар в конце 1 и 5 минуты жизни и β-ХГЧ в первом триместре беременности. Положительные корреляции установлены между низкой массой плода и содержанием РАРР-А, показателями состояния новорожденных по шкале Апгар в конце 1 и 5 минуты и РАРР-А в первом триместре. А также между низкой массой плода и содержанием α-фетопротеина, показателями состояния новорожденных по шкале Апгар в конце 1 и 5 минуты и α-фетопротеина во втором триместре.

Выводы. Плацентассоциированные осложнения гестации в анамнезе имеют более 35,2% беременных с СЗРП. Средние значения уровней биохимических маркеров пренатального скрининга у беременных с СЗРП изменяются разнонаправленно в сравнении с контрольными показателями. Только содержание β -ХГЧ у таких пациенток превышает референсные колебания в первом триместре. Установлены корреляционные взаимосвязи между разнонаправленными изменениями биохимических маркеров пренатального скрининга у беременных с СЗРП и низкой массой плода, а также показателями состояния новорожденных по шкале Апгар в конце 1 и 5 минуты. Неоднозначность полученных результатов и выявленных корреляционных взаимосвязей обуславливает необходимость поиска новых предикторов СЗРП.

Головань Д.Д., Склянная Е.В., Чуркин Д.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, ДНР

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НАГРЕВАЮЩЕГО МИКРОКЛИМАТА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ЖАРКИЙ ПЕРИОД ГОДА

Специалисты опасных профессий в ходе выполнения профессиональных задач в жаркий период года подвергаются воздействию нагревающего микроклимата, что приводит к развитию генерализованных тепловых поражений, проявляющихся в различных по форме (церебральная, гастроэнтерологическая, пиретическая и асфиктическая), степени тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая) и срокам развития (раннее, позднее) симптомокомплексах, имеющих функциональный, связанный с дезадаптацией характер.

Важно отметить, что пиретическая и асфиктическая формы протекают более тяжело, как правило, с ранним развитием симптоматики, приводят к необходимости обращения за медицинской помощью, что не всегда возможно в месте выполнения профессиональных задач, также уместно говорить о нарушении профессиональной работоспособности в результате перегрева организма, что отрицательно сказывается на показателях выполнения задач коллективом специалистов опасных профессий.

Развитие гастроэнтерологической формы зачастую связано с сочетанным воздействием нагревающего микроклимата и неспецифическим действием шума, связанного с работой двигателей колесной и гусеничной техники, особенно расположены к формированию данной формы специалисты, ранее длительно работавшие в контакте со сверхнормативным производственным шумом.

Устранить воздействие нагревающего микроклимата на организм специалистов опасных профессий в месте выполнения задач путем регулирования сроков труда и отдыха, сроков пребывания в тени, ограничения выполнения задач в светлое время суток не представляется возможным. Также не представляется возможным изменить технические характеристики колесной и гусеничной техники, характер её размещения и степень светомаскировки, характеристики специальной защитной одежды, используемой специалистами опасных профессий в ходе выполнения задач.

Поэтому основным практически применимым и технически легко доступным направлением профилактики воздействия нагревающего микроклимата является использование пищевых добавок в виде питьевого раствора, направленных на повышение резистентности организма к воздействию повышенной температуры.

Нами была проведена оценка эффективности 0,1% питьевого раствора аскорбиновой кислоты объемом 2,0 литра в сутки, ежедневно приготавливаемого продовольственной службой и используемого специалистами опасных профессий в месте выполнения задач на протяжении жаркого периода года.

Установлено снижение распространенности всех форм тепловых поражений (суммарно) на 22,5%, при этом в общей структуре поражений удельный вес асфиктической формы уменьшился с 10,0% до 4,3%, пиретической формы с 13,0% до 8,6%, гастроэнтерологической формы с 17,0% до 8,6%.

Также установлено снижение удельного веса тяжелых форм тепловых поражений с 10,0% до 0,0%, среднетяжелых форм с 40,0% до 22,5%, ранних форм с 70,0% до 40,0% (суммарно ранние и средние сроки развития).

Таким образом, использование 0,1% питьевого раствора аскорбиновой кислоты в объеме 2,0 литра ежедневно в жаркий период года позволяет значимо снизить влияние нагревающего микроклимата на рабочих местах специалистов опасных профессий, что позволяет добиться снижения обращаемости за медицинской помощью, уменьшения сроков утраты трудоспособности, росту индивидуальной профессиональной работоспособности и результативности групповой деятельности специалистов опасных профессий.

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Сульженко Д.В.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

По эпидемиологическим данным, частота ВПС в разных странах составляет от 0,6 до 2,4% в год у детей, родившихся живыми. Наиболее часто цитируемым значением показателя распространенности является 8 на 1000 живорожденных, с тенденцией к нарастанию в последние десятилетия. Он основан на компиляции большого числа исследований, проводимых на протяжении многих лет. Известно, что существует более 90 вариантов ВПС и множество их сочетаний. Без радикальной коррекции 50–60% детей умирают на первом году жизни. Особенно высока летальность от пороков сердца в периоде новорожденности. Врожденные пороки сердца часто сочетаются с экстракардиальными аномалиями развития, которые нередко бывают множественными. Дополнительный вес этих аномалий может оказывать непредсказуемое усугубляющее влияние на смертность, если сравнивать с отдельно взятыми пороками сердца.

Целью работы явилось определение особенностей эпидемиологии врожденных пороков сердца у детей.

Материал и методы. Материалом послужили наблюдения за 1171 ребенком с различными ВПС, основную часть составили дети с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) и тетрада Фалло. Из них было 524 мальчика и 627 девочек. ВПС антенатально и постнатально, на первом году, были диагностированы у 750 (64,0±1,4%) детей. У 421 (36,0±1,4%) – в течение первых лет жизни. В нашей работе приводятся данные эпидемиологии ВПС за 5-летний период (2013-2018 гг.). В анализ включены данные мониторинга по ЛНР. Расчет показателей, статистическая обработка данных проводились стандартными средствами Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ позволил выявить в республике 1171 ребенка с ВПС, из них 524 мальчика и 627 девочек. Среди всех пороков было 485 (41,4±1,4%) ДМЖП, 220 (18,8±1,1%) ДМПП, 110 (9,4±0,9%) открытый артериальный проток, 105 (9,0±0,8%) стеноз легочной артерии, 44 (3,8±0,6%) коарктация аорты, 43 (3,7±0,6%) аортальный стеноз, 41 (3,5±0,5%) тетрада Фалло, 33 (2,8±0,5%) атрио-вентрикулярная коммуникация, 23 (2,0±0,4%) транспозиция магистральных сосудов, остальные 67 (5,7±0,7%) составили другие пороки. Таким образом, на первом месте по частоте встречаемости располагается ДМЖП, реже встречается ДМПП, открытый артериальный проток и другие пороки, что подтверждается литературными данными.

Среди всех детей с ВПС прооперировано 468 (40,0±1,4%) пациентов, остальные находятся под наблюдением, либо не нуждаются в оперативной коррекции.

В структуре младенческой смертности ВПС стоят на III месте после перинатальных причин и множественных врожденных пороков развития. Сейчас предполагаемая продолжительность жизни людей с простыми врожденными пороками сердца примерно соответствует среднепопуляционной,

однако выживаемость пациентов с комплексными аномалиями остается значительно ниже. Несмотря на увеличение выживаемости, поздние осложнения возникают довольно часто, и смертность среди таких пациентов остается значительной.

Голоденко О.Н., Абрамов В.А.

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА

Актуальность проблемы хронического дистресса в настоящее время обусловлена рядом как общечеловеческих, так и специфических, только для Донецкого региона, факторов. Политическое, экономическое, социальное неблагополучие, нестабильность, потеря стереотипных ценностей – все это вызывает массовое увеличение напряжения, внутренний дискомфорт. Вторжение в личностное пространство опосредовано эмоциональным реагированием. Чем продолжительнее и интенсивнее это вторжение, тем уязвимее чувствует себя личность и тем острее негативные (деструктивные) эмоционально-поведенческие паттерны.

Целью данного исследования явилась сравнительная оценка стандартизованных негативных паттернов, отражающих дистресс у лиц молодого возраста, в острой и хронической стрессогенных ситуациях.

В исследовании приняли участие 126 человек в возрасте от 19 до 25 лет (средний возраст составил 20.2 ± 0.6 года). Исследование проводилось в период отдаленной стрессогенной ситуации (сентябрь 2018 г. – февраль 2019 г.). В процессе исследования все респонденты заполняли разработанную кафедрой Анкету респондента. С целью изучения степени дискомфорта и оценки паттернов психологических признаков у респондентов был использован симптоматический опросник SCL-90-R.

Результаты исследования и их обсуждение. Переживание хронического дистресса лицами молодого возраста приводит к развитию дисфункциональных паттернов поведения, в отличие от их реагирования на острую стрессогенную ситуацию, которая проявлялась в виде невротической реакции. Лица молодого возраста, вовлеченные в ситуации хронического дистресса, используют субъектно-ориентированные и эмоционально-ориентированные стиль реагирования. Следствием чего часто становятся злоупотребление психоактивных веществ и развитие различных невротических состояний. У лиц молодого возраста формируются паттерны недоверия, подозрительности, враждебности, что отражает пассивный способ реагирования. Для мужчин дисфункциональный паттерн может проявляться в виде психологического дискомфорта с погружением в себя, со склонностью к межличностной изоляции, на фоне субклинической обсессивно-компульсивной симптоматики. У женщин – в виде эмоционального реагирования с преимуществом телесного дискомфорта. Субъективное ухудшение физического благополучия может быть спровоцировано развитием негативных паттернов со склонностью к сверхценным образованиям, возникших в результате смешанной защитной стратегии – «проекция-избегание». Психологический ответ на хронический дистресс проявлялся в виде деструктивного паттерна с паранойяльной окраской, характеризующейся проекцией мыслей, враждебностью, подозрительностью, напыщенностью, страхом потери независимости, иллюзиями.

Таким образом, можно сделать вывод, что у лиц молодого возраста, подверженных влиянию хронического дистресса вооруженного конфликта на Донбассе, в результате совладания со сложившейся ситуацией, наблюдается большая вероятность формирования негативных паттернов поведения и деструктивных копинг-стратегий с различной структурой проявления. Следствием чего становится безуспешная деятельность, снижение социабельности и адаптационных возможностей. В то время, как в ситуации острого стресса характерна выраженная невротическая реакция.

Гонтарь Е.А., Мороз А.Б., Гаврилов А.Е., Колосова О.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ С КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТЬЮ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ПОРАЖЕННОСТЬЮ ЗУБОВ КАРИЕСОМ

Цель исследования: изучение взаимосвязи уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов (СФКЭ) и пораженности зубов кариесом (индекс КПУ) у детей с достаточно тяжелой соматической патологией.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 58 детей экзогенно-конституциональным ожирением, 20 детей с сахарным диабетом, 59 детей со сколиозом и 130 практически здоровых детей в возрасте 13-14 лет. Диагноз кариеса устанавливали по общепринятой методике. Распространенность и интенсивность поражения зубов кариесом оценивали по индексу КПУ. Структурно-функциональную кислотоустойчивость эмали (СФКЭ) изучали с помощью собственной методики. Состояние здоровья обследуемых оценивали по данным индивидуальной карты развития ребенка и истории болезни.

Результаты исследования. В результате обследования были получены следующие данные. Распространенность кариеса в группе детей с ожирением составила 66%, в контрольной – 89%. Средняя интенсивность поражения зубов кариесом у детей с ожирением была равна $0,95 \pm 0,23$, в контрольной – $3,73 \pm 0,25$ ($p < 0,01$). Объяснение этому неожиданно полученному феномену мы нашли после определения у страдающих ожирением детей уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали. Оказалось, что у 85% детей с ожирением была диагностирована высокая структурно-функциональная кислотоустойчивость эмали, у практически здоровых – только в 10,8% случаев. Это отразилось и на среднем уровне резистентности эмали. В группе детей с ожирением он составил $1,24 \pm 0,12$, в группе практически здоровых детей – $2,38 \pm 0,05$ ($p < 0,01$). Логическим продолжением исследования детей с ожирением явилось изучение влияния сахарного диабета на резистентность зубов к кариесу, так как дети с ожирением являются угрожаемыми по диабету. Средняя интенсивность поражения зубов кариесом в этой группе составила $2,1 \pm 0,62$ ($3,73 \pm 0,25$ – в контроле, $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что детей, страдающих сахарным диабетом, как и детей с ожирением, отличает большая устойчивость зубов к кариесу, чем практически здоровых детей. Объяснение этому явлению мы опять-таки нашли после определения у данного контингента детей уровня структурно-функциональной резистентности эмали. В группе детей, больных сахарным диабетом, средний уровень резистентности эмали составил $1,7 \pm 0,21$ (в контроле – $2,38 \pm 0,05$, $p < 0,01$). Представляет интерес изучение обратной ситуации: насколько ощутимо наличие целого ряда благоприятных экзогенных факторов может компенсировать неблагоприятное воздействие общего заболевания на устойчивость зубов к кариесу. Для изучения такой зависимости мы выбрали такое заболевание как сколиоз. При обследовании детей со сколиозом, проживающих и получающих одинаковое адекватное лечение, показатель распространенности кариеса оказался равным 94,4% (88,5% - в контроле). Средняя интенсивность поражения зубов кариесом составила $5,32 \pm 0,51$ ($3,75 \pm 0,25$ – в контроле, $p < 0,01$). После определения уровня СФКЭ у этих детей стала понятной такая высокая пораженность зубов кариесом. Крайне низкая резистентность эмали обнаружена у 25,4% детей, болеющих сколиозом (7,75% - в контроле). Средний уровень кислотоустойчивости эмали составил $2,69 \pm 0,08$ ($2,38 \pm 0,05$ – в контроле, $p < 0,04$).

Выводы. Таким образом мы пришли к выводу, что не все достаточно тяжелые общие заболевания организма непременно ведут к снижению устойчивости зубов к кариесу. Наряду со многими общими заболеваниями, способствующими поражению зубов кариесом, мы сталкиваемся, как это ни парадоксально, с такими, при которых пораженность зубов кариесом значительно ниже, чем у практически здоровых детей.

Горбенко А.С.

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

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

Актуальность. Длительное проживание в зоне локального конфликта (ЗЛК) является мощным стрессорным воздействием, которое может влиять на дебют и течение аллергодерматозов (АлД), эффективность их терапии, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях. Широкая распространенность АлД, многолетнее их течение с рецидивами и ремиссиями, часто недостаточное эффективное их лечение, особенно у лиц с нейровегетативными нарушениями, обуславливают необходимость изучения патогенетических особенностей данной патологии с целью разработки и обоснования высокоэффективных лечебных и профилактических мероприятий с использованием современных медикаментозных и немедикаментозных способов.

Материалы и методы. Психопатологические и нейровегетативные исследования проведены у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АлД; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии, проживающих в таких же условиях. Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001); Шкалам госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Методом вариационной пульсометрии с помощью CardioLab-2000-ANS Pro (г. Харьков) определяли основные временные и частотные показатели вариабельности сердечного ритма (BCP).

Результаты. Установлено, что у 119 (74,4%) больных, проживающих в ЗЛК стресс был фактором дебюта и рецидивов АлД, чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%). Показано, что у всех больных АлД, проживающих в ЗЛК, были различной степени выраженности повышение уровня ситуативной и личностной тревожности, клинически выраженная тревога и депрессия, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

У больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, проявляющиеся повышенными показателями фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), тревожности (ANX), которые были наиболее выраженные у больных атопическим дерматитом и экземой. У больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлена выраженная вегетативная дисфункция, при анализе временных и частотных показателей BCP выявлены нарушения парасимпатической регуляции и баланса влияния симпатического и парасимпатического звена ВНС, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Вывод. Больным АлД, проживающим в ЗЛК, независимо от вида дерматоза, показана терапия, направленная на снижение уровней ситуативной и личностной тревожности, симптомов тревоги и депрессии, на нормализацию психопатологических и нейровегетативных нарушений.

Горбенко А.С., Проценко О.А., Шаталюк М.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

Актуальность. Длительное проживание в зоне локального конфликта (ЗЛК) является мощным стрессорным воздействием, которое может влиять на дебют и течение аллергодерматозов (АлД), эффективность их терапии, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Широкая распространенность АлД, многолетнее их течение с рецидивами и ремиссиями, часто недостаточное эффективное их лечение, особенно у лиц с нейровегетативными нарушениями, обуславливают необходимость изучения патогенетических особенностей данной патологии с целью разработки и обоснования высокоэффективных лечебных и профилактических мероприятий с использованием современных медикаментозных и немедикаментозных способов.

Материалы и методы. Психопатологические и нейровегетативные исследования проведены у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с АлД; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии, проживающих в таких же условиях. Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001); Шкалам госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Методом вариационной пульсометрии с помощью CardioLab-2000-ANS Pro (г. Харьков) определяли основные временные и частотные показатели вариабельности сердечного ритма (BCP).

Результаты. Установлено, что у 119 (74,4%) больных, проживающих в ЗЛК стресс был фактором дебюта и рецидивов АлД, чаще у женщин – 69 (95,8%), чем у мужчин – 50 (54,3%). Показано, что у всех больных АлД, проживающих в ЗЛК, были различной степени выраженности повышение уровня ситуативной и личностной тревожности, клинически выраженная тревога и депрессия, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях. У больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлены выраженные психопатологические и нейровегетативные нарушения, проявляющиеся повышенными показателями фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), тревожности (ANX), которые были наиболее выраженные у больных atopическим дерматитом и экземой. У больных АлД, проживающих в ЗЛК, установлена выраженная вегетативная дисфункция, при анализе временных и частотных показателей BCP выявлены нарушения парасимпатической регуляции и баланса влияния симпатического и парасимпатического звена ВНС, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Вывод. Больным АлД, проживающим в ЗЛК, независимо от вида дерматоза, показана терапия, направленная на снижение уровней ситуативной и личностной тревожности, симптомов тревоги и депрессии, на нормализацию психопатологических и нейровегетативных нарушений.

Городник Г.А., Кабанько Т.П., Тюменцева С.Г., Костенко В.С., Ермилов Г.И., Билошапка В.А.

ГОО ВПО «Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького»

ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Профессиональный уровень теоретической и практической подготовки специалиста анестезиолога-реаниматолога должен соответствовать современным требованиям. Эти требования, в условиях пандемии, ставят перед кафедрами новые задачи.

На кафедре анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО обучение интернов по специальности «Анестезиология-реаниматология» разделено на дистанционный теоретический курс лекций и очное освоение практических навыков. Соответственно тематике рабочей программы для врачей-интернов по специальности «Анестезиология-реаниматология» в рамках ИОС создан лекционный курс. Работа интерна с лекционным материалом, решением им контрольных тестов по каждой теме получало оценку преподавателя. Дискутабельным остаётся оценка практических навыков, что сделать дистанционно представляется сложным, однако, в связи с необходимостью привлечения интернов-анестезиологов к работе в ковидных отделениях на протяжении всего срока обучения преподавателей кафедры, консультирующих эти отделения, удавалось оценивать освоение практических навыков.

Использование инновационных технологий обучения, ежедневная работа в реанимационных отделениях интернов по специальности анестезиология-реаниматология позволили подготовить для практического здравоохранения квалифицированных специалистов.

Городник Г.А., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Бондаренко Н.Н., Кишеня М.С., Власова Р.Н.

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

ДИСФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем настоящего времени: ЧМТ вносит наибольший вклад в структуру инвалидности и смертности наиболее трудоспособной части населения, а кроме того продолжается дальнейший рост данного вида травм в связи с увеличением числа техногенных катастроф, случаев стихийных бедствий, транспортного и производственного травматизма. Распространенность ЧМТ по данным различных авторов (Сабилов Д.М. и соавт., 2019; Capizzi A. et al., 2020; Dewan M.C. et al, 2019) варьирует от 500 до 800 на 100 тыс. населения. Одним из ключевых звеньев патогенеза ЧМТ является нарушение системы гемостаза, при этом существенное значение в его реализации имеет функциональное состояние тромбоцитарного звена.

Цель исследования – изучить состояние тромбоцитарного звена системы гемостаза у пострадавших с ЧМТ.

Под наблюдением находилось 86 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с ЧМТ, из них 45 с ЧМТ легкой и средней степени тяжести (1-я группа) и 41 – с тяжелой ЧМТ (2-я группа). Контрольную группу составили 47 здоровых людей, не имеющих в анамнезе ЧМТ, в возрасте от 23 до 59 лет. Производили забор венозной крови, путем центрифугирования выделяли обогащенную тромбоцитами плазму, визуальным микрометодом Шитиковой А.С. (1999) определяли спонтанную (САТ) и индуцированную агрегацию тромбоцитов (ИАТ), в качестве индукторов использовали: адреналин (А) (2,5 мкМ), ристомин (Р), АДФ (5 мкМ), коллаген (1 мкМ), тромбин (Т) (0,125 ед/мл), определяли количество тромбоцитов, а также лимфоцитарно-тромбоцитарную адгезию по методу Витковского ЮА (2006). При статистической обработке определяли нормальность распределения, использовали критерий Манна-Уитни для сравнения двух групп, взаимосвязь показателей оценивали с помощью корреляционного анализа с использованием непараметрического критерия Спирмена и параметрического критерия Пирсона. Различия считали достоверно значимыми при $p \leq 0,05$.

У пациентов с ЧМТ наблюдались выраженные изменения тромбоцитарного звена гемостаза по сравнению с контрольной группой. У пациентов 1-й группы наблюдалось повышение САТ на 19,7 % по сравнению с контрольной группой, при исследовании индуцированной АТ была отмечена гиперреактивность, имеющая следующие особенности: $A > АДФ > Т > Р$. У пациентов 2-й группы САТ увеличивалась на 27,4 % по сравнению с контрольной группой, при этом индуцированная агрегация тромбоцитов отличалась от таковой 1-й группы: $P > АДФ > A > Т$. Количество тромбоцитов имело статистически значимое снижение только у пациентов 2-й группы по сравнению с контрольной, их число варьировало от 89 до 126*109/л. Тромбоцитарно-лимфоцитарная адгезия была повышена у пациентов обеих групп, при этом в 1-й группе – в 1,6 раза по сравнению с группой контроля, а во 2-й – в 3,2 раза. Повышение агрегации и адгезии тромбоцитов является закономерной реакцией на повреждение, т.к. кровяные пластинки участвуют в образовании первичной тромбоцитарной пробки, способствуют спазму поврежденных сосудов, активации плазменных факторов свертывающей системы крови. Наблюдаемое снижение тромбоцитов во 2-й группе пациентов обусловлено «тромбоцитопенией потребления» и отражает степень вовлечения тромбоцитов в формирующиеся агрегаты кровяных пластинок. Отличия индуцированной стимуляции агрегации тромбоцитов отражают вариабельность рецепторного потенциала и сигнальных систем, что в свою очередь может объяснить более выраженную тромбоцитопению и вторичную тромбоцитопатию при тяжелом течении.

Таким образом, при ЧМТ наблюдается изменение количества кровяных пластинок, их агрегации и адгезии, степень изменения которых коррелирует с тяжестью травмы.

Городник Г.А.¹, Черний В.И.², Андропова И.А.¹, Герасименко А.С.³, Назаренко К.В.⁴, Ващенко А.В.¹, Качанов Б.А.¹

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк;

²Научно-практический центр профилактической и клинической медицины, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, г.Киев, Украина;

³Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк;

⁴Центральная Городская Клиническая больница № 6, отделение анестезиологии, г. Донецк.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕДАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Цель исследования. Использовать медицинскую экспертную систему (МЭС) для индивидуализированного подбора оптимальной схемы профилактики и лечения боли - седации (Сед) - у нейрохирургических больных с помощью дексметомидина (Д).

Материал и методы. В исследование вошли 22 больных в возрасте 18—70 лет с диагнозом «сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма». Протокол Сед включал начальную скорость инфузии Д до 1 мкг/кг/час в течение 60 мин с последующей коррекцией дозы до достижения уровня Сед по результатам BIS-мониторирования (BIS-XP «Aspect Medical System» (США). Максимальная скорость введения Д не превышала 1,4 мкг/кг/ч. В МЭС использовали: оценку по шкале ком Глазго (ШКГ), количественную ЭЭГ (кЭЭГ) (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), показатели вариабельности ритма сердца (BPC) (Ютас ЮМ 200).

Исследования проводили параллельно и поэтапно: до начала Сед (I этап), в момент введения препарата (II), через 30 мин после введения (III), через 1 час после начала Сед (IV), через 1 сутки (V) и через 3 суток после начала Сед (VI), при пробуждении (VII).

Результаты. По результатам МЭС рассчитывали «прогностический» коэффициент нейросетевого анализа (КНА). Выявили, что достаточный уровень седативной терапии достигается при КНА от 1 до 2,5. Определили значимые высокие прямые и обратные корреляции между глубиной Сед по данным КНА и показателями меж- и внутриполушарной когерентности (МПКГ и ВПКГ) ЭЭГ-паттерна. При применении Д были выявлены изменения ВПКГ, типичные для I и II стадий сна у здоровых (Жаворонкова Л.А., Максакова О.А., 2001): падение уровней в левом полушарии, максимально в так называемых «неспецифических парах» (Fp1C3; T3C3), отражающих уровень активности ретикулярной формации и медиальных ядер перегородки, которое прямо коррелировало (коэффициент ранговой корреляции Кендалла $\tau=0,68-0,82$; коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\rho=0,7-0,9$) с глубиной Сед по данным КНА. Одновременно уровень КНА имел высокие обратные корреляционные связи (КС) с динамикой МПКГ, максимально в θ -, α - и β - ЭЭГ-диапазонах, в симметричных височных и центральных отведениях (T3T4, C3C4), высокие прямые КС с O1O2 МПКГ. Т.е., седативный эффект Д обеспечивался преимущественно диэнцефальными и таламическими (неспецифических ядер таламуса) взаимодействия, уровнем активации ретикулярной формации верхнестебловатого уровня, базальных ганглиев.

Сходство седативного эффекта Д с нейрофизиологическими предикторами нормальной картины сна подтверждают и выявленные высокие прямые и обратные КС между КНА и параметрами BPC - tr (мс2), VLF (мс2), HF%, LF (мс2) и (%), RMSSD (мс), pNN50. Динамика данных параметров у пациентов после применения Д была типичной, по данным литературы, для этапов быстрого и медленного сна.

Вывод. МЭС можно использовать для индивидуализированного подбора оптимальной схемы профилактики и лечения боли, как препаратов, так и их дозирования, у пациентов нейрохирургического профиля в режиме реального времени. Седативный эффект Д сходен с нейрофизиологическими предикторами нормальной картины сна.

Грабовский О.А., Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Куква Н.Г., Бондарь А.В., Рязанцева Д.С.

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

ДИСТАНЦИОННАЯ КОНФОРМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ТАЗА

Актуальность. В сравнении, с почти 100% 5-летней выживаемостью больных раком предстательной железы (РПЖ) без метастазов, 5-летняя выживаемость мужчин с метастатическим РПЖ составляет только 28%. Кости таза являются наиболее распространенными локализациями возникновения метастазов. Относительно продолжительная выживаемость этой категории больных делает актуальным проведение эффективного паллиативного лечения.

Цель. Оптимизировать методики лечения больных РПЖ с метастазами в кости.

Материалы и методы. По разработанной в клинике методике на первом этапе в объем облучения включали предстательную железу, нижний этаж костей таза, а также верхнюю треть бедренных костей РОД 3 Гр, СОД 30 Гр. На втором этапе – верхний этаж костей таза РОД 3 Гр, СОД 30 Гр и параллельно облучение предстательной железы до изодоз эффективных СОД 70-74 Гр классического фракционирования (за два этапа).

По данной методике получили конформную лучевую терапию 112 больных РПЖ с метастазами в кости таза. Лечение проводилось на линейных ускорителях VARIAN Clinac DBX600 и Clinac 2100. При необходимости проводилось облучение внетазовых костных метастазов.

Результаты. В процессе лечения наблюдались лучевые реакции: энтероколит в 16% случаев, цистит в 11%. Лучевой эпидермит у пациентов получавших конформное облучение не отмечался. Все реакции имели обратимый характер и корректировались медикаментозной терапией.

По истечению трех недель после лучевой терапии болевого синдрома полностью купировался у 24% пациентов, уменьшение болевого синдрома отметили 54% больных, в 22% случаев отмечена стабилизация.

Двухлетняя выживаемость больных РПЖ с метастазами в кости таза получивших лечение по данной методике составляет 94%, что согласуется с литературными данными.

Выводы. Методика поэтажного последовательного облучения костей таза и предстательной железы с применением конформного облучения позволяет подвести более высокую дозу к объему облучения и избежать выраженных реакций и осложнений со стороны критических органов и окружающих тканей. Оптимизируются сроки пребывания больных в стационаре или амбулаторных посещений. Хорошо переносится и приводит в большинстве случаев к стойкому купированию болевого синдрома.

Греков И.С.

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

РАЗВИТИЕ ПОРАЖЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ COVID-19

Поражение сердечно-сосудистой системы в условиях новой инфекции COVID-19 является существенным обстоятельством, которое оказывает влияние на прогноз и выживаемость больных с коронавирусной инфекцией. Существует множество вариантов кардиального поражения при данной патологии, однако более часто встречающееся в клинической практике это непосредственно острое повреждение миокарда.

Цель работы: Проанализировать клинические и эпидемиологические особенности возникновения острого повреждения сердечной мышцы у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Результаты и обсуждение: Многочисленные клинические данные показали, что острое повреждение миокарда является одним из важных проявлений новой коронавирусной инфекции. Следует

отметить, что повреждение сердечной мышцы определяется повышением уровня тропонинов выше значения 99-го перцентиля, либо как сочетание увеличения уровня кардиальных маркеров на фоне соответствующих электрокардиографических и/или эхокардиографических изменений. При этом все пациенты, с признаками миокардиального повреждения, как правило, старшей возрастной категории и зачастую имеют ряд сопутствующих заболеваний (наличие в анамнезе сахарного диабета, артериальной гипертензии, признаков сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца и т.д.). В крови таких больных наблюдаются более высокие уровни лейкоцитов, NT-proBNP, прокальцитонина, С-реактивного белка и более низкое количество лимфоцитов. Подобное поражение сердца у пациентов с лабораторно подтвержденной коронавирусной инфекцией варьируется в среднем до 30%. Повреждение миокарда является важным прогностическим фактором выживаемости при COVID-19 и связано с инфекционным миокардитом и/или ишемией. В пользу этого свидетельствует ряд клинических отчетов, демонстрирующих возникновение единичных случаев миокардита, диагностированного с помощью проведения магнитно-резонансного исследования сердца. Некоторые случаи аутопсии также говорят о наличии острого воспаления сердечной мышцы. Предполагается, что именно наличие рецепторов ACE2 на кардиомиоцитах и эндотелиальных клетках сосудов способствует непосредственному механизму развития воспалительной реакции в миокарде. Кроме того, предполагается, что главный механизм повреждения миокарда, особенно у пациентов с тяжелым течением инфекции, связан с «цитокиновым штормом». У таких больных наблюдается значительное повышение уровня основных провоспалительных маркеров и цитокинов, включая IL-6, IL-2R, TNF- α , CRP и ферритин. Высокие уровни этих маркеров связаны с более тяжелыми проявлениями COVID-19 и худшими исходами. Тем не менее, на сегодняшний день нет точных сообщений о подтвержденном биопсией вирусном миокардите SARS-CoV-2 с вирусными включениями или вирусной ДНК, обнаруженной в клетках миокарда. Параллельно с основными предполагаемыми механизмами повреждения миокарда на фоне инфекционного процесса, обсуждается возможное поражение сердца, ассоциированное с противовирусной терапией при лечении COVID-19. Также не следует забывать о связи острого повреждения миокарда с развитием острого коронарного синдрома или инфаркта миокарда. Медицинской науке давно известна корреляция между вирусной инфекцией и повышенным риском острого коронарного синдрома. Одним из возможных механизмов развития острого коронарного синдрома у таких больных следует считать дестабилизацию атеросклеротических бляшек. Иммунный ответ на острую вирусную инфекцию и последующий «цитокиновый шторм» могут привести к локальному артериальному воспалению, которое более выражено в имеющихся бляшках внутри коронарных сосудов. Нередко механизмов повреждения миокарда также может выступать дисбаланс между спросом и доставкой кислорода. При этом атеросклеротические бляшки остаются интактными.

Заключение: Понимание сущности патогенеза поражения миокарда при коронавирусной инфекции COVID-19 может способствовать разработке соответствующих клинических рекомендаций профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии в условиях коронавирусной эпидемии, что значительно улучшит прогноз и выживаемость таких пациентов.

Григорьева Д.Э., Григорьев Э.Н., Суслов Д.Н.

ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Оренбург, ФГБУ «Российский национальный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИТОЦИНА С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

На основании многочисленных литературных данных о способности окситоцина активировать иммунную систему при различных инфекционных процессах нами было принято решение о его применении в клинической практике. Препарат использовался off label, пациенты подписывали добровольное информированное согласие, период наблюдения составил 1,5 года.

В первую группу вошли 10 пациентов после аллотрансплантации почки, со сроком после трансплантации от 5 до 18 лет, возраст пациентов от 28 до 70 лет. До момента заболевания covid-19 функция ренального трансплантата удовлетворительная. Все пациенты получали стандартную трёхкомпонентную иммуносупрессивную терапию (ЦсА или такролимус, микофенолаты, кортикостероиды в соответствующих дозах). Клинические проявления covid-19: потеря обоняния-4; слабость-8; повышение температуры до 38°C-3; поражение легочной ткани: от 4 до 10%-5; от 25 до 50%-3; более 50%-2. В ОАК наблюдалась лейкопения 2×10^9 , тромбоцитопения до 80×10^9 , повышение СОЭ до 50 мм/ч. В биохимических показателях происходило нарастание уровня мочевины и креатинина, протеинурия у пациентов старше 50 лет, лихорадящих и процентом поражения легочной ткани более 50%. Все пациенты лечение получали амбулаторно. Лечение начиналось с назначения дексаметазона 30 мг/сут внутримышечно, окситоцина 5 МЕ внутримышечно (в зависимости от тяжести состояния до двух раз в сутки). В двух случаях (поражения легочной ткани более 50%) назначались дыхательные analeптики, антибиотики и антикоагулянты. Помимо общеклинических анализов, определялся иммунный статус до назначения окситоцина и во время его применения. В момент обращения было отмечено повышение абсолютного и относительного количества CD3, CD4, CD8 лимфоцитов и соотношения CD4/CD8. Через 4-7 суток от начала применения окситоцина общее состояние пациентов стабилизировалось – нормализовалась температура тела, уменьшалась слабость и явления дыхательной недостаточности. В ОАК повышался уровень лимфоцитов до $35-40 \times 10^9$, количество CD3, CD4, CD8 лимфоцитов сохранялось на высоком уровне. С 10 суток отмечалось снижение уровня лимфоцитов до $18-26 \times 10^9$, абсолютного и относительного количества CD3, CD4, CD8 лимфоцитов, соотношение CD4/CD8 приблизилось к норме (1,0-1,7). Биохимические показатели (мочевина и креатинин) возвращались к исходному уровню. Процент поражения легочной ткани не увеличивался.

Вторую группу составили 10 аналогичных пациентов, но не имеющих контакта с covid-19. С профилактической целью им был назначен окситоцин по 5 МЕ внутримышечно 2 раза в неделю. Отмечалось незначительное повышение абсолютного и относительного количества CD3, CD4, CD8 лимфоцитов и соотношения CD4/CD8, уровень лимфоцитов был на уровне $28-35 \times 10^9$. Биохимические показатели находились в допустимых пределах. При проведении тестирования на наличие covid-19 через месяц после назначения окситоцина, у 6 пациентов был получен положительный результат, из которых только у 2 пациентов было отсутствие обоняния, восстановившееся к 10-14 суткам, других клинических проявлений не было. При дальнейшем наблюдении отмечалось снижение уровня лимфоцитов до $14-17 \times 10^9$, абсолютного и относительного количества CD3, CD4, CD8 лимфоцитов, соотношение CD4/CD8 приблизилось к единице и оставалось в данных пределах на весь период наблюдения. Отмечен факт снижения уровня мочевины, креатинина и глюкозы крови через месяц после назначения окситоцина, снижение протеинурии и повышение удельного веса мочи у пациентов в обеих группах.

Выводы: Поддерживая целостность отдельных клеток и систем организма, окситоцин способствует адаптивному иммунному ответу, что облегчает течение заболевания у больных с иммунодефицитом.

Григорян Х.В.

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

СТЕРЕОТИПНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТУРИИ И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ

Актуальность исследования механизмов развития осложнений при нефролитиазе связана с отсутствием понимания механизмов взаимодействия патогенетических факторов провоцирующих гематурию и воспаление.

Цель исследования - на основании анализа функциональной активности тромбоцитов изучить влияние факторов риска на развитие гематурии и пиелонефрита при нефролитиазе, установить стереотипные механизмы предопределяющие тяжесть данных осложнений.

Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и включало 92 мужчины и 104 женщины с нефролитиазом (НЛТ). Всем пациентам на этапе госпитализации проведено комплексное клиническое обследование по традиционной схеме, принятой для диагностики НЛТ (жалобы, сбор анамнеза, физикальный осмотр, клинико-лабораторные исследования, экскреторная урография, ультразвуковое исследование и компьютерная томография, микробиологический посев мочи), что позволяло диагностировать фазу ремиссии и рецидива ХОПН. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакета MedCalc 18.10.2.

Результаты. При наличии гематурии выявлена связь между возрастом пациентов и индикаторами воспалительной реакции. Обращает на себя внимание усиление такой связи при возрастании гематурии; так если при легкой и средней степени гематурии коэффициент корреляции возраста с уровнем СРБ составил $r_{B-CPB}=0,388$ ($p<0,05$), то при тяжелой степени – $r_{B-CPB}=0,743$ ($p<0,05$). Таким образом, у пациентов с НЛТ прогрессирование гематурии связано с усилением тяжести воспалительной реакции. Размер конкремента как фактор риска осложнений нефролитиаза может рассматриваться в контексте связи с (а) выраженностью гематурии, поскольку при средней степени гематурии выявляется корреляционная связь средней силы ($r_{PK-CT}=0,618$); (б) тяжестью воспаления в МВП: при легкой и средней степени гематурии, соответственно $r_{PK-CPB}=0,565$ ($p<0,05$) и $r_{PK-CPB}=0,743$ ($p<0,05$). Увеличение силы корреляции при средней степени гематурии, вероятно, связано с большей площадью альтерации слизистой оболочки при увеличении размеров конкрементов в лоханке и мочеточнике. Гипергликемия может быть фактором риска при нефролитиазе поскольку провоцирует развитие системной воспалительной реакции связанной с дисфункцией эндотелия; подтверждением этой гипотезы является корреляционная связь средней силы между содержанием глюкозы в крови и СРБ, лейкоцитозом (соответственно $r_{GG-CPB}=0,408$ и $r_{GG-Lc}=0,361$; $p<0,05$). У пациентов с гипергликемией появление гематурии происходит на фоне лейкоцитоза, при этом выявляется корреляционной связь средней силы $r_{GG-KL}=0,555$ ($p<0,05$) и $r_{GG-KL}=0,707$ ($p<0,05$), соответственно при микро- макрогематурии. Касательно тяжести воспалительной реакции в тканях, которая может быть связана с уровнем гипергликемии, то при средней степени гематурии данная закономерность прослеживается наиболее четко. Так, сила корреляционной связи гипергликемии и СРБ возрастала до среднего уровня ($r_{GG-CPB}=0,657$; $p<0,05$) при макрогематурии, тогда как при микрогематурии – оставалась слабой ($r_{GG-CPB}=0,322$; $p<0,05$), для сравнения – у пациентов с нефролитиазом без гематурии $r_{GG-CPB}=0,408$ ($p<0,05$).

Закключение. Пожилой возраст пациента, размер и локализация конкремента, а также гипергликемия являются факторами риска предопределяющими тяжесть гематурии и воспаления.

Ключевые слова: нефролитиаз, факторы риска, тромбоциты, гематурия, инфекция.

Key words: nephrolithiasis, risk factors, platelets, hematuria, infection.

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б.

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

К ВОПРОСУ ОБ ИММУННОМ СТАТУСЕ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В последнее время отмечается рост заболеваемости, а, следовательно, и количество госпитализации больных страдающих дивертикулитом левой половины ободочной кишки. Общеизвестно, что слизистая оболочка ободочной кишки выполняет защитные функции, участвует в гомеостазе иммунной системы. Данное патологическое состояние сопровождается изменением микробиоты кишечника с увеличением количества микроорганизмов, разлагающих муцин, тем самым оказывая повреждающие действия на слизистую, а в дальнейшем приводит к нарушению целостности эпителиального барьера. В работе изучены биомаркеры и некоторые показатели иммунитета у больных, страдающих неосложненным острым дивертикулитом левой половины ободочной кишки.

Под наблюдением находились 36 больных, страдающих неосложненной формой острого дивертикулита левой половины ободочной кишки. Визуализация патологического процесса осуществлялась путем КТ органов брюшной полости. Все больные получали комплексное лечение. Ретроспективный анализ результатов лечения острого неосложненного дивертикулита левой половины ободочной кишки показал следующее. При поступлении все больные предъявляли жалобы на боль постоянного характера по ходу левой половины толстой кишки, где пальпаторно определялась болезненность и незначительное мышечное напряжение, такая клиническая картина сопровождалась запорами 21 (58,33%), а у 15 (41,64%) имел место частый жидкий стул (2-3 раза в сутки). Возраст пациентов колебался от 47 до 72 лет. Распределение по полу было следующим: женщины – 19 (52,77%), мужчины – 17 (47,23%). ИМТ у большинства больных был более 35 у 51 (59,30%). Заболеванию сопровождалось повышением температуры тела до субфебрильных цифр у 32 (88,89%). Следует отметить, что данная клиническая картина была впервые у 11 (30,55%) больных, тогда как 25 (69,45%) пациента обращались за медицинской помощью повторно. В анализах крови у большинства больных имело место незначительное повышение количества лейкоцитов, причем данный показатель не превышал $11,0 \cdot 10^9$, уровень С-реактивного белка – составлял $32,5 \pm 7,2$ мг/л, а соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (СНЛ) – $3,7 \pm 1,2$. При поступлении больным определяли фагоцитарную функцию нейтрофилов (НСТ - тест). В спонтанном НСТ-тесте процент восстановленных нейтрофилов составил $6,7 \pm 1,2$, что практически соответствовало данному показателю популяции. При стимуляции перогеналом количество позитивно реагирующих нейтрофилов на НСТ-тест составил $13,1 \pm 0,4$, что практически в 4,0 раза ниже, чем у здоровых. Литературные данные доказывают присутствие дисбактериоза преимущественно за счет количества бактерий, обладающих противовоспалительной активностью, которая, по-видимому, поддерживает воспалительную реакцию в слизистой, способствуя возникновению порочного круга между воспалением, вызванным дисбактериозом, и дисбиозом, вызванным воспалением. Результаты ряда исследований свидетельствуют, что острый неосложненный дивертикулит левой половины ободочной кишки сопровождается доброкачественной гиперплазией региональных лимфатических узлов за счет зрелых и менее зрелых лимфоцитов, которые представлены преимущественно плазматическими клетками, что характерно для хронического мезаденита.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что острый неосложненный дивертикулит левой половины ободочной кишки сопровождается уменьшением количества позитивно реагирующих нейтрофилов на НСТ-тест до $13,1 \pm 0,4$, что свидетельствует о нарушении иммунного статуса.

Грищенко И.И., Коктышев И.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Тюрина С.В., Лупитько Е.М.

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

МАРКЕТИНГОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ

Актуальность. Фармацевтическую помощь население Донецкой Народной Республики получает в аптеках и аптечных пунктах. Современная их деятельность в условиях пандемии, многих разновекторно действующих факторов, требует системного влияния на поведение потребителя, в значительной мере ориентированного на самолечение, а также профилактику заболеваний.

Цель. Проведена оценка отношения специалистов – провизоров к проблеме ответственного самолечения.

Материалы и методы. В анкетировании приняло участие 62 провизора, имеющих стаж работы более пяти лет. Согласно приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 309 от 08.02.2021г. «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» руководителям учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики с 01 апреля 2021 года следует применять систему классификации профессий и профессиональных стандартов Российской Федерации. Профессиональным стандартом «Провизор», утвержденным приказом Минтруда от 06.03.2016 №91н, предусмотрена функция провизора по информированию населения о лекарственных препаратах и других товарах аптечного ассортимента. Согласно ей про-

визор обязан оказывать консультативную помощь населению по правилам приема и режиму дозирования лекарственных препаратов, их хранению в домашних условиях; оказывать информационно-консультационную помощь при выборе безрецептурных лекарственных средств; оказывать консультативную помощь по вопросам применения и совместимости препаратов, их взаимодействия, в том числе, с пищей. Кроме того, фармацевтический работник должен уметь распознавать состояния и жалобы, требующие консультации врача.

Результаты. Установлено, что приоритетными мерами повышения эффективности ответственно-го самолечения будут государственные программы повышения медицинской грамотности населения по санитарному просвещению — разделу профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, а также государства в целом, направленному на гигиеническое обучение населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья — (91% опрошенных) и гигиеническому воспитанию — совокупности образовательных, воспитательных агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование гигиенической культуры и навыков здорового образа жизни, профилактику заболеваний (86% опрошенных).

Также, по мнению специалистов, важно регулярное прохождение диспансеризации, в том числе диспансеризации здоровых людей, нуждающихся в систематическом активном наблюдении за состоянием здоровья вследствие возрастнo-физиологических особенностей организма (дети, подростки, беременные женщины) или в связи с особенностями и условиями труда (учащиеся, спортсмены и т.п.) и диспансеризации больных определенными формами заболеваний (сердечно-сосудистые, бронхиальная астма, сахарный диабет и др.) (70% опрошенных). 35% специалистов считают важным более широкое распространение устройств, предназначенных для мониторинга и контроля отдельных показателей здоровья (фармация предлагает их широкий ассортимент).

Выводы. Важными признаны меры государственного, общественного характера по пропаганде здорового образа жизни, формированию личной ответственности граждан за состояние своего здоровья, самоконтроля состояния и базовых показателей здоровья, повышения приверженности пациентов назначенной врачом терапии для лечения хронических заболеваний на основе приобретенных медицинских знаний, умений и навыков (комплаенс).

Губанова О.И., Демченко С.С., Демченко Е.В.

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

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ С УДАЛЕНИЕМ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ

Введение. 75% детей к возрасту 12 лет имеют ту или иную патологию прикуса, при этом 70 % нарушений составляет дистальная окклюзия (Арсенина О.И., 2019). При этом пик обращаемости пациентов приходится на период 12-14 лет, когда возможности использования процессов лицевого роста или влияния на него оказываются безвозвратно упущенными с точки зрения внешнего вида лица пациента. «Неблагоприятным» типом роста является вертикальный рост лицевого скелета вне зависимости от выбора метода лечения — с удалением зубов или без такового. Получение устойчивых результатов ортодонтического лечения и эстетики лица, соответствующей существующим социальным представлениям, делают изучение влияния типа роста челюстей на результат лечения чрезвычайно актуальным.

Цель исследования. Оптимизация диагностики, планирования и тактики лечения пациентов с дистальной окклюзией при различных типах роста челюстей на основании ретроспективного анализа проведенного лечения.

Объект и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование результатов лечения 28 ортодонтических пациентов (18 девочек, 10 мальчиков), вылеченных на кафедре стоматологии детского возраста, у которых в процессе лечения проводилась экстракция зубов по ортодонтическим показаниям. Средний возраст пациентов в начале лечения составлял 12,3 года, в конце — 15,2 года.

Продолжительность лечения - от 1,2 года до 2,9 года. Методы исследования: клинический, фото- и антропометрический, рентгенологический (профильная телерентгенография (ТРГ), ортопантомография (ОПТГ) в начале и по окончании лечения). Показаниями к удалению зубов являлись: отрицательный результат пробы Эшлера-Биттнера, избыточный рост или прогнатическое положение верхней челюсти, протрузия и макродентия верхних зубов, наличие рахита в анамнезе, бимаксиллярная протрузия. Было выделено 3 подгруппы: с горизонтальным ростом челюстей (12 человек), нейтральным (12 пациентов), и вертикальным типом роста (4 пациента). Для разделения групп по типам роста использовали: соотношение передней и задней морфологической высоты лица, соотношение высоты альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в области первых постоянных моляров и резцов, гониальный угол, угол Риккетса и ряд других показателей. Результаты лечения анализировались путем сравнения фотографий лиц, моделей и профильных ТРГ в начале и в конце активного лечения. Сравнивались показатели до - Т1 и после лечения - Т2. Достоверность различий определялась с помощью t – критерия.

Результаты исследований и их обсуждение. При оценке данных фотографий и ТРГ пациентов до и после лечения во всех группах уменьшилась степень выпуклости профиля, выступания губ относительно плоскости Риккетса, исчезло напряжение губ при смыкании. Общие изменения лиц пациентов в 1-ой и 2-ой группах оценивались как положительные с точки зрения эстетики лица: соотношения третьей лица стало более пропорциональным за счет повышения высоты нижней трети, нормализации соотношения высоты альвеолярных отростков во фронтальных и боковых участках. У пациентов с вертикальным типом роста наблюдалось уменьшение напряжения при смыкании губ, степени выпуклости профиля и выступания губ, но симптом «длинного лица» с большой передней и маленькой задней высотой лица практически не изменился.

Выводы. Лечение пациентов с дистальной окклюзией при наличии вертикального типа роста следует направить не только на нормализацию сагиттальных параметров и получение стабильной окклюзии, но, прежде всего, на контроль и изменение вертикальных параметров лицевого скелета, что требует, либо более раннего лечения, либо возможностей, выходящих за пределы техники прямой дуги.

Губенко О.В.

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

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

Цель исследования: Проанализировать опыт лучевой диагностики боевой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в условиях пролонгированного военного конфликта в регионе Донбасс.

Материал и методы: Проведен статистический анализ рентгенологических исследований 211 пациентов с очаговыми ушибами головного мозга (УГМ), доставленных в нейрохирургический центр Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) в 2014-2021 гг. Получение травмы было непосредственно связано с боевыми действиями. Для сравнения (вторая группа) взяли данные исследования 275 пострадавших с УГМ, получивших лечение здесь же в 2000-2005 годах.

Средний возраст пострадавших в обеих группах статистически не отличался и составил $43,4 \pm 4,48$ и $45,8 \pm 6,84$ лет соответственно.

Всем пациентам при поступлении в стационар проведена компьютерная томография (КТ) области головы. Анализ КТ-сканогамм проводили по общепринятой схеме анализа рентгенологического изображения.

Результаты и обсуждение: Анализ показал, что локализация и глубина расположения очагов ушибов в обеих группах практически не отличалась. Выявлено отличие в количестве излившейся крови в УГМ. Так, в первой группе не наблюдалось геморрагическое пропитывание паренхимы (во второй: 37 чел. - 13,5%). Количество пострадавших с размождением паренхимы статистически не отличалось

(49 чел. - 23,2% и 85 - 30,9% соответственно). Преобладали ушибы-размозжения, сочетающиеся с внутримозговыми гематомами (76,8% - 162 чел и 55,6% - 153 чел.). Частота осложнений в виде прорыва кровоизлияния в желудочковую систему и слияния кровоизлияний в единый конгломерат не отличалась у пациентов обеих групп (при одинаковом характере визуализации УГМ и локализации). Морфологические последствия ЧМТ соответствовали типичной картине развития кровоизлияний и (или) виду оперативного вмешательства в обеих группах.

Анализ, проведенный в 2005 году, показал, что в отдаленном периоде ЧМТ при УГМ наблюдали практически весь спектр неврологической симптоматики. При этом клиническое выздоровление наблюдалось только у части пациентов с геморрагическим пропитыванием головного мозга. Были сделаны выводы, что грубо выраженную очаговую симптоматику отдаленного периода при ушибах-размозжениях можно прогнозировать при прорыве гематомы в желудочковую систему, а также при выраженном повторном и продолжающемся кровоизлиянии. Во всех остальных случаях необходимо прогнозировать выраженную степень очаговой симптоматики. Развитие вегетативных дисрегуляций можно прогнозировать в 50% случаев вне зависимости от вида течения болезни. Связи развития эпилептического синдрома с первоначальным видом УГМ, видом осложнения в преобразовании очага не было выявлено.

Предполагаем, что в связи с отсутствием достоверной разницы в преобразовании КТ-картины УГМ в обеих группах, можно предположить ту же частоту развития клинических синдромов, что и в группе контроля. Это необходимо учитывать в дальнейшем при планировании количества рабочих мест для врачей различных специальностей.

Выводы: В условиях пролонгированного военного конфликта наличие пострадавших на различных этапах травматической болезни увеличивает потребность в КТ-контрольных исследованиях, а также требует организации специализированных центров реабилитации больных.

Даминова К. М., Сабилов М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Узбекистан, г.Ташкент

РОЛЬ ГЕНЕАЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ХБП В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение. Совершенствование прогнозирования риска неблагоприятных исходов хронической болезни почек на уровне врачей первичного звена здравоохранения, за счет ранней диагностики хронической болезни почек может способствовать к снижению прогрессирования заболевания, улучшению клинического состояния больных и прогноза течения заболевания, снижению количества больных с терминальной стадией, уменьшению показателей инвалидизации и снижению летальности. Цель нашего исследования изучить роль генеалогического анализа у больных ХБП на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В условиях первичного звена здравоохранения под наблюдением находилось 217 больных ХБП, средний возраст которых составил $46,17 \pm 0,63$ лет, преимущественно узбекской национальности.

Контрольная группа 20 здоровых людей узбекской национальности аналогичного возраста без признаков ХБП.

После составления легенды 217 семей составлена родословная и проведен генеалогический анализ. С целью выявления отягощенности по ХБП, полученные данные сравнивались с результатами анализа родословных лиц ($n=20$) здоровой популяции.

Генеалогическим методом обследовано 893 родственника I степени родства (родители, сибсы) больных ХБП на наличие у них почечной патологии. Составлена подробная родословная, куда входили сведения о заболеваниях в 2-3 поколениях семьи. Генетический материал собирался по обоим родительским линиям путём перекрёстного опроса обоих родителей, иногда бабушек и дедушек. Всего проанализировано в модельной популяции 1761 человек.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные сопоставлены с обобщенным семейным ответом 20 практически здоровых людей, в модельной популяции которых проанализировано 172 человека, из них встречаемость почечной патологии составила 2,13%. Сравнительный анализ обобщенного семейного портрета больных ХБП при обобщенном семейном портрете популяции практически здоровых людей, выявил более частое поражение почечной патологией родственников, больных ХБП (11,07%%).

В семьях пробандов почечная патология в поколениях по отношению к общему количеству больных каждого конценра составляет III- 7,49%; II- 11,06%; I- 17,43%. Отягощенность в популяции практически здоровых людей наблюдалась значительно меньше: III- 0%; II- 0,15%; I- 0%.

Оказалось, что почечной патологией чаще страдают родственники I степени родства 130(14,56%), что по отношению к общему количеству больных данного конценра составляет 7,38%. Наследственная отягощенность по почечной патологии наблюдалась чаще по линии отца у 46(10,60±0,34%), чем по линии матери 19(4,38±0,34%)

Вывод. Результаты нашего исследования свидетельствуют о значительной распространенности ХБП в семьях пробандов, но с преимущественным поражением родственников первой степени родства. Анализ родословной подтверждает отсутствие моногенно наследуемого заболевания, как простого рецессивного или доминантного наследования. Наряду с этим, широкое распространение почечной патологии в популяции позволяет предполагать наследование лишь предрасположенности к развитию ХБП.

Таким образом, согласно нашим данным, необходимо рекомендовать изучение генеалогического анализа больных на уровне первичного звена здравоохранения. Причём это более доступно именно в условии первичного звена здравоохранения у семейных врачей.

Даминова К.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХБП В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение. Существенное влияние на развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек в той или иной популяции может оказать целый ряд факторов. К ним относятся распространенность некоторых инфекций, прием ряда лекарственных препаратов, алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания, генетические особенности популяции и др.

Материалы и методы исследования. В условиях первичного звена здравоохранения проанализировано 350 амбулаторных карт пациентов. Из них в исследование были включены 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом. По степени развития хронической болезни почек (ХБП), на основе уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ), больные распределились следующим образом: 1 степень СКФ 60-89 мл/мин/ 1,73м² (n=54); 2 степень СКФ 45-59 мл/мин/ 1,73м² (n=53); 3 степень СКФ 30-44 мл/мин/ 1,73м² (n=58) и 4 степень СКФ 15 -29 мл/мин/ 1,73м² (n=52). Обследование проводилось в 3 этапа. На 1 этапе всем пациентам была проведена комплексная диагностика ХБП, выявление факторов риска.

Результаты и их обсуждение. На 1 этапе всем 217 пациентам была проведена комплексная диагностика ХБП, выявление факторов риска. Среди причин развития ХБП логично выделить немодифицируемые и потенциально модифицируемые факторы риска. Диагноз ХБП был установлен у 217 (100%) пациентов, из них у 7(3,2%) больных имела место стабильная стенокардия напряжения 1 ФК, у 211(97,2%)- стенокардия напряжения, «ФК с анамнезом заболевания 10 и более лет, ИМ давностью от 3 до 15 лет перенесли 18(8,3%) пациентов, 1 (0,5%) больной перенес ранее два ИМ с интервалом в 7 лет. Основными заболеваниями, по поводу которых пациенты пожилого возраста обращались в поликлинику, в 51,15 % случаев (111 чел.) была гипертоническая болезнь (ГБ). Второй по частоте на-

блюдалась ИБС у 128(59 %) пациентов, которая нередко сочеталась с ГБ и другими заболеваниями. У 19(8,8%) пациентов кардиологическая патология сочеталась с сахарным диабетом (СД).

При клиническом обследовании и по данным анамнеза АГ выявлена у 111 (51,2%) больных., причём в возрасте от 18 до 39 лет выявлено 8 (13,79%), в возрасте от 40 до 59 лет выявлено 58(54,21%) и в возрасте от 60 лет и старше выявлено 45 больных с АГ (86,54%).

Особая опасность хронической болезни почек, так же как и других, более известных, «тихих убийц» - сахарного диабета и АГ - состоит в том, что она может длительное время не вызывать никаких жалоб, которые побудили бы больного обратиться к врачу и начать лечение. Поэтому диагностика ХБП основана на лабораторных и лучевых исследованиях. Решающее значение имеет организация регулярных профилактических обследований. Требовалась не только разработка адекватных методов лечения, но и, в первую очередь разработанные на основе изучения анамнестических и клиничко-метаболических показателей факторы отрицательного прогноза позволят выделить группы больных высокого риска по формированию ХБП и прогрессированию в ХПН и применять индивидуальный подход к данным пациентам. ХБП достаточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек. Поэтому в постановке клинического диагноза ХБП у больных с любой соматической патологией, а в частности кардиологической, определение СКФ является обязательным.

Вывод. Благодаря данному исследованию выявлено наличие АГ и ХБП без ее клинических признаков, что требует более внимательного изучения факторов риска развития и прогрессирования ХБП на уровне первичного звена здравоохранения.

*Даминова М.Н.¹, Абдуллаева О.И.¹, Рашидов Ф.А.¹, Даминова Х.М.²,
Миризмаилов М.М.¹, Халикова Ш.А.¹*

¹Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, ²Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент
Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ: COVID-АССОЦИИРОВАННЫЙ ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ

Высокая скорость распространения вируса обусловлена бессимптомным носительством, высокой контагиозностью и длительным сохранением во внешней среде.

Целью нашей работы было выявление и изучение особенностей клинических проявлений COVID-ассоциированного диарейного синдрома

Материалы и методы. Обследовано 37 больных с коронавирусной инфекцией у детей, от 8 до 16 лет. Лабораторная диагностика специфическая: 1.Выявление РНК 2019-nCoV методом ПЦР. 2. Выявление иммуноглобулинов классов А, М, G (IgA, IgM B IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептору связывающему домену поверхностного гликопротеина S). Результаты и их обсуждение. Проведено клиническое наблюдение и обследование 37 детей в возрасте от 8 лет до 16 лет, мальчики 22(59,46%), девочки 15(40,54%). Суммарно распределение всех клинических случаев по тяжести течения было следующим: в 11(29,73%) случаев наблюдалось «легкое» течение без каких-либо симптомов пневмонии, еще у 14(37,84%) детей имелись «умеренные» проявления, т.е. средней степени тяжести с симптомами вирусной пневмонии. В 2(5,41%) случаев было необходимо проведение лечения в условиях отделения интенсивной терапии с подключением аппарата искусственной вентиляции легких, что предотвратило развитие летальных исходов. Клинические проявления Covid-19 у детей проявлялись - повышением температуры, которое наблюдалось до 37,5°C у 16(43,24%) детей, до 37,5-39°C у 11(29,73%) детей, кашель — несколько реже 13(35,13%). Головная боль отмечалась у 5(13,5%). Остальные клинические проявления заболевания, такие как слабость, встречались у 2 детей (7,41%), миалгия у 4(10,8%) и одышки у 3(8,1%). Результаты исследования показали, что у детей, больных COVID-19 выявлены нарушения обоняния, anosmia 2(5,4%). Результаты исследования показали, что расстройство работы желудочно-кишечного тракта выявлялось иногда первым симптомом коронавируса 10(27,0%), иногда же, тошнота 2(5,4%), рвота 3(8,1%) и боли в животе 1(2,7%), диарея развива-

лись в процессе болезни на 3-5 день 3(8,1%). Наиболее характерными признаками такой диареи являются: частота 4–6 раз в сутки, слизистый характер выделений без прожилок крови и зелени, отсутствие сильных болей в животе. Результаты исследования показывают следующий порядок развития симптомов COVID-19: жар, кашель, мышечные боли, тошнота или рвота и понос, причём тошнота и рвота появлялись при COVID-19 раньше диареи. Эти симптомы могли длиться только один день. У некоторых детей с COVID-19 диарея и тошнота появлялись до развития лихорадки и респираторных симптомов». Данные, полученные при КТ органов грудной клетки у больных COVID-19, подтверждаются результатами ПЦР диагностики в 66–80% случаев. Среди пациентов с подозрением на COVID-19 первый ПЦР-тест был отрицательным, но при повторном исследовании в 27,0% случаев тест положительный.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют, что течение COVID-19 у детей имеет ряд специфических черт, в частности заболевание часто протекает бессимптомно или с невыраженной клинической картиной. Также примечательно, дети COVID-19 с пищеварительными симптомами имеют худший клинический исход и более высокий риск тяжёлого течения по сравнению с теми, кто не имеет пищеварительных симптомов, что подчеркивает важность учета таких симптомов, как диарея, рвота, чтобы заподозрить COVID-19 на ранних стадиях заболевания до развития респираторных симптомов. Однако, учитывая малое число наблюдений, для расчёта достоверности данных симптомов, необходимы проспективные исследования.

Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В.

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

РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ МЕТОДА БАЙЕСА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ВЛИЯНИЯ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС (НА ПРИМЕРЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Использование критериев оценки влияния экологически неблагоприятных факторов на практике должно осуществляться с наименьшими материальными и интеллектуальными затратами, не требующими создания больших лабораторий с дорогостоящей аппаратурой и реактивами. Целью данной работы является применение метода Байеса для совершенствования качества диагностики влияния негативных факторов от аварии на ЧАЭС у лиц, которые до или после участия в ликвидационных работах подвергались воздействию неблагоприятных производственных факторов каменноугольных предприятий. Предлагаются морфологические параметры оценки влияния суммы радиационных и производственных критериев состояния предстательных желез, включающие общегистологическое, гистоохимическое, гистоиммунологические, морфометрическое изучение стромы, сосудов, паренхимы и количественных коэффициентов их взаимоотношений. Использование данного массива позволило выявить наиболее информативные критерии развития патологических процессов в изучаемом органе не только с целью выявления ведущих звеньев радиационно-индуцированных механизмов, но и установить общепатологическую сущность развивающихся нарушений, которые можно экстраполировать на объекты нерадиационного характера, связанные с влиянием физического и психоэмоционального характера в условиях локальных военных конфликтов, воздействия тяжелого физического и эмоционального труда на предприятиях тяжелой промышленности, химических поллютантов различной интенсивности и состава. Отражены роль и поэтапность вступления каждого параметра в процессы формирования адаптационно-компенсаторного синдрома возникающих изменений, информативность участия параметра или группы параметров, характеризующих однонаправленность их действия. Простота разработанных критериев позволяет проводить количественную оценку их действия даже лицам, не имеющим высшего образования, то есть лаборантам. Результаты данной работы применимы как в морфологической диагностике состояния предстательной железы, так и при составлении социальных программ, связанных с планированием семьи и увеличением народонаселения крупных промышленных регионов.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Проблема борьбы за восстановление положительной демографической ситуации путем сохранения репродуктивного здоровья очень актуальна в современном мире. Одним из тяжелых гинекологических нарушений у женщин репродуктивного возраста, которые значительно ухудшают репродуктивный потенциал, являются аномальные маточные кровотечения, которые по последней международной классификации (FIGO PALM–COEIN) подлежат тщательной современной диагностике.

Цель исследования. Усовершенствовать диагностику аномальных маточных кровотечений с учетом классификации FIGO PALM–COEIN с помощью современных аппаратных методов.

Материалы и методы. Обследовано 75 женщин репродуктивного возраста с аномальными маточными кровотечениями, которые находились под наблюдением на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии. Кроме общих клинических, гинекологических, лабораторных обследований применялась современная эхография с цветным доплеровским картированием и гистероскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследованных пациенток основными жалобами были: кровотечение из половых путей различной интенсивности и длительности (от скудных межменструальных выделений до обильного кровотечения), боль внизу живота, тошнота, головная боль. Беременность, воспаления, травмы, патология кроветворной системы при верификации диагноза были исключены. Эхосонографические характеристики матки были подтверждены при гистерорезектоскопическом исследовании у 70 (93,3%) из 75 пациенток. Причиной кровотечения у большинства больных оказалась структурная патология: полипы, гиперплазия эндометрия, лейомиома. Гистологическое обследование позволило исключить у всех пациенток онкологический процесс.

Выводы. У женщин репродуктивного возраста с аномальными маточными кровотечениями наиболее оптимальными для быстрой верификации диагноза следует применять современную эхографию с цветным доплеровским картированием и гистерорезектоскопию для выбора ургентной или плановой лечебной тактики.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Актуальность. Инфекции мочевых путей является частым гестационным осложнением в структуре экстрагенитальной патологии у беременных. Одной из важных нозологических форм этой патологии у беременных, наряду с циститом и пиелонефритом, рассматривается бессимптомная бактериурия, частота которой составляет 8-10%. Данная проблема является актуальной, так как частота ее не имеет тенденции к снижению. А отсутствие своевременной, адекватной и эффективной терапии во время беременности не только оказывает негативное влияние на состояние пациентки, течение беременности и родов, но и на отдаленные последствия для плода и новорожденного.

Цель исследования. Проанализировать эффективность различных схем лечения бессимптомной бактериурии у беременных для профилактики развития осложнений во время беременности.

Материалы и методы. Пролечено 69 пациенток в сроке 12-18 недель беременности в возрасте от 20 до 41 года с диагностированной бессимптомной бактериурией. Критерии включения в исследование: беременность с бессимптомной бактериурией, согласие пациентки на участие в клиническом

исследовании. Критерии исключения: наличие аллергической реакции к применяемым препаратам. Беременные были разделены на три группы: I группа

(n = 26) получала монурал 3г однократно, II группа (n = 28) - цефиксим по 400 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней, III группа (n = 15) - фитопрепараты (несмотря на информированность о возможных последствиях, отказались от антибактериальной терапии, мотивируя отсутствием жалоб). Диагноз бессимптомной бактериурии устанавливали при обнаружении $\geq 10^5$ КОЕ/мл одного штамма бактерий дважды с интервалом ≥ 24 часов в средней порции мочи. Оценивали клиническую эффективность терапии: частоту возникновения инфекции мочевых путей в течение данной беременности (цистит, пиелонефрит), частоту рецидивов бессимптомной бактериурии, частоту побочных эффектов, возникновение осложнений во время беременности.

Результаты исследования. Данные анамнеза у пациенток всех групп были сопоставимыми. Средний срок беременности, при котором была обнаружена бессимптомной бактериурии составил $13,1 \pm 3,4$ недель. Из анамнеза выявлено: количество беременностей (от 1 до 3) у 41 (59,4%), медицинских аборт в сроке до 12 недель у 33 (47,8%), выкидышей на ранних сроках и преждевременных родов у 39 (56,5%), 19 (27,5%) пациенток перенесли хронические инфекции мочевых путей (цистит, пиелонефрит). Во время данной

беременности: у 22 (31,8%) - рвота беременных, у 37 (53,6%) – угроза прерывания беременности, у 31 (44,9%) - анемия. Жалоб по патологии мочевыделительной системы не было. Бессимптомная бактериурия была выявлена у 3 (11,5%) пациенток I группы, у 1 (3,5%) II группы, у 12 (80,0%) III группы; угрозу преждевременных родов у 2 (7,6%) пациенток I группы, у 2 (7,1%) II группы, у 7 (46,6%) III группы (4 пациентки прошли стационарное лечение). У 1 (3,8%) пациентки I группы и у 4 (26,7%) пациенток III группы развился в дальнейшем гестационный пиелонефрит, в возникновении цистита достоверной разницы не обнаружено. Побочных эффектов, которые требовали отмены препаратов, не было.

Выводы. Антибактериальная терапия у беременных с бессимптомной бактериурией уменьшает частоту рецидивов бессимптомной бактериурии, снижает частоту манифестных инфекций мочевых путей, улучшает течение беременности. На фоне фитопрепаратов в качестве монотерапии риск осложнений остается высоким.

Дегонская Е.В., Сохань Д.А.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

СОМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. В структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит заболеваниям нервной системы, что требует эффективнее использовать мультидисциплинарный подход к восстановлению здоровья пациентов.

Цель исследования. Изучить роль коррекции соматической патологии детей-инвалидов по неврологическим заболеваниям на эффективность реабилитации.

Материалы и методы. В течение 3-х лет в реабилитационном центре пролечено 3383 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет. Из них 11,2% - дети до 1 года, 30,6% - от 1 до 3 лет, 26,8% - от 3 до 7 лет, 31,4% - от 7 до 18 лет. В структуре соматической патологии выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы – 47,3%, в т.ч. 31,8% - открытое овальное окно, пролапс митрального клапана, абберантная хорда левого желудочка, заболевания легких и верхних дыхательных путей – 18,6%, анемия - 13,4%, часто болеющие дети – 21,6%, недостаточность питания – 17,5%, аллергические заболевания – 12,7%, заболевания органов мочевого выделения – 5,3%, желудочно-кишечного тракта – 4,7%, рахит и его последствия – 3,6%, эндокринные заболевания – 0,5%. Коррекция выявленной соматической патологии проводилась преимущественно на трех основных этапах. На первом этапе проводился отбор больных с определением сопутствующих соматических заболеваний, терапии выявленной патологии, даны рекомендации по диете, уходу, профилактическим мероприятиям при подготовке

к интенсивной реабилитации. На этапе реабилитационного лечения были важны организационные мероприятия: совместное пребывание матери и ребенка, рациональное вскармливание и режим дня, реконструкция палат по типу полубоксов, разделение потоков больных, внедрение методик «Школы матерей» по уходу и воспитанию детей с особыми потребностями, при необходимости – дообследование, контроль интенсивности нагрузок, особенно при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, индивидуализация реабилитационных мероприятий в зависимости от сопутствующей патологии, профилактика респираторных и обострений хронических заболеваний. На этапе выписки из реабилитационного центра разрабатывается тактическая программа дальнейшего оздоровления на участке и подготовки к следующему реабилитационному курсу (диетотерапия, медикаментозное лечение, самостоятельные курсы ЛФК и массажа, психолого-педагогические рекомендации).

Результаты. Клинически эффективность проведенных мероприятий выразилась в снижении острой заболеваемости у детей во время реабилитационных курсов в 1,3 раза, отсутствии обострений хронических заболеваний, лучшей переносимости физических нагрузок. Выводы. Своевременное выявление и коррекция сопутствующей соматической патологии позволяет оптимизировать реабилитационный процесс и достичь максимальных результатов.

Дегонская Е.В., Евтушенко С.К.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г.Донецка МЗ ДНР

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЛКИОН-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. Нервно-мышечные заболевания у детей являются актуальной проблемой современной детской неврологии, характеризуются различной степенью прогрессирования мышечного дефицита и осложнений в соматическом статусе, прогностически приводящих к ранней инвалидизации больных.

Цель исследования. Изучение эффективности использования Валкион-терапии на этапе реабилитации детей с прогрессирующими нейро-мышечными заболеваниями.

Материалы и методы. В основе большинства патологических проявлений в организме человека лежат нарушения процессов свободнорадикального окисления. Поэтому особое значение приобретает новый немедикаментозный метод – мембраностабилизирующая синглетно-кислородная «Валкион»-терапия. Преимуществами метода в детской практике являются: неинвазивность метода, отсутствие необходимости работы с открытым кислородом, практическое отсутствие побочных действий и осложнений. Под нашим наблюдением находилось 105 больных в возрасте от 3 до 15 лет с прогрессирующей нервно-мышечной патологией. Кардиомиопатия была диагностирована в 79 случаях- 75,2% (мальчиков 53 чел., девочек – 26 чел.). Из них с ПМД Дюшенна 24 чел., Говерса-Веландер – 4 чел., Давиденкова – 5 чел., Роттауфа-Мортъе-Бейера – 2 чел., Эрба-Ротта – 4 чел., Беккера – 2 чел., Ландузи-Дежерина – 2 чел., Эмери – Дрейфуса – 5 чел., структурной миопатией – 7 чел., невральной амиотрофией Шарко-Мари-Тута – 12 чел., спинальной амиотрофией Кугельберга-Веландер – 3 чел., Верднига – Гоффмана – 9 чел. Среди ЭКГ признаков фиксировалось: снижение вольтажа ЭКГ(37,3%). синусовая тахикардия - в 42,4%, синусовая брадикардия в 15%, укорочение ав-проводимости у 29% больных, экстрасистолия у 12% больных, нарушение реполяризации желудочков – у 18,4%, увеличение электрической активности левого желудочка – у 9,8%, ав- блокада I степени у 3,4%, эктопический ритм у 4,8% , снижение вольтажа и инверсии зубца Т – 6%. ЭХО-КГ изменения у 28,9% выражались в гипокинезии левого желудочка, пролапсе митрального клапана I-II степени, выявлении аномально расположенных хорд, дополнительных трабекул левого желудочка, относительного увеличения полости левого желудочка. У 58 % больных выявлено снижение объема легочной вентиляции по рестриктивному типу (от 15% до 60%) , у 12 % - по смешанному типу. Все дети получали курсы «Валкион «- терапии (аппарат «Valkion» (Швеция) в течение 10-14 дней 1 раз в

день в зависимости от возраста в течение 3-6 минут на процедуру с одновременным употреблением активированной воды в количестве от 50 до 150 мл.

Результаты. У детей с нейромышечными заболеваниями на фоне Валкион-терапии по данным ЭКГ отмечена положительная динамика – уменьшение тахикардии в среднем на 5-10%, увеличение вольтажа, уменьшение признаков перегрузки левого желудочка, у детей с патологией органов дыхания не отмечено случаев респираторных заболеваний, не было обострений бронхитов.

Выводы. Включение методик использования Валкион-терапии в комплекс лечения у больных с прогрессирующей нервно-мышечной патологией замедляет развитие кардио- и пневмопатий и повышает эффективность реабилитации двигательных функций.

Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Махно С. С.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Большинство обращений к врачу-стоматологу по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей связано с вирусными поражениями: острый герпетический стоматит (ОГС), рецидивирующий герпес полости рта и губ, герпангина, энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой. Поэтому вопрос повышения эффективности лечения вирусных поражений СОПР с учетом возрастных особенностей пациентов является актуальным.

Цель исследования. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных клинико-лабораторных наблюдений, посвященных применению различных противовирусных препаратов для лечения вирусных поражений СОПР в детской стоматологии с учетом возрастных особенностей их применения.

Материалы и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных литературных источников и собственных клинико-лабораторных наблюдений, посвященных особенностям применения различных противовирусных препаратов в стоматологии у детей различных возрастных групп.

Результаты и обсуждение. Препаратом, который врачи часто выбирают, для лечения ОГС является ацикловир. Ацикловир (200 мг) в форме таблеток для лечения ОГС детям до 2 лет назначают в дозировке половина таблетки 5 раз в сутки в течение 5 дней. Применение ацикловира детям старше 2 лет рекомендовано в дозировке соответствующей взрослым: 1 таблетка – 5 раз в день. Ацикловир в форме мази применяется для местной терапии герпеса. Некоторые производители указывают на возможность применения мази на основе ацикловира с 3-х месячного возраста. Однако эта мазь, как правило, применяется на коже и красной кайме губ и не используется в полости рта.

Препарат растительного происхождения «Протефлазид» применяется внутрь у детей с рождения для лечения и профилактики различных вирусных инфекций, в разведении применяется также местно на слизистых оболочках, что крайне важно, так как перечень препаратов, разрешенных к применению в полости рта у детей ограничен.

По данным наших клинико-лабораторных наблюдений сочетание «Протефлазида» с гелем на основе лекарственных трав «Пансорал первые зубы» у 30 детей в возрасте 1-3 года с диагнозом ОГС приводило к сокращению сроков лечения (в среднем на 2-3 дня), уменьшению количества применяемых в схеме препаратов (с 4 до 2), к повышению содержания лизоцима и секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости.

Среди препаратов для лечения вирусных инфекций (в том числе герпетической и энтеровирусной) у детей выраженными преимуществами обладает препарат, содержащий интерферон – «Виферон». Ректальные суппозитории в соответствующей дозировке могут быть использованы для лечения герпеса полости рта у детей с рождения. Мазь «Виферон» используется для нанесения на СОПР у детей с года.

В соответствии с исследованиями Хоменко Л.А. применение комплексных гомеопатических антигомотоксичных препаратов фирмы «Heel»: «Энгистол», «Лимфомиозот», «Мукоза композитум» при лечении ОГС у детей позволяло сократить сроки лечения и повысить эффективность терапии. Следует отметить, что препарат «Энгистол» разрешен к применению с рождения.

Наши клинические наблюдения за 25 пациентами в возрасте от 1 до 7 лет с энтеровирусным везикулярным стоматитом с экзантемой позволили сделать вывод о том, что применение «Энгистола» при общем лечении сокращает сроки лечения в среднем на 2-3 дня.

Выводы. Препаратами выбора, учитывающими все особенности применения у детей любого возраста с вирусными поражениями СОПР, являются «Протефлазид» и «Виферон».

Демишева С.Г., Яковлева Э.Б., Бабенко-Сорокопуд И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНОВ ЛГ И ФСГ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Актуальность. Лютеинизирующий гормон (ЛГ) – гормон передней доли гипофиза, основной функцией которого является образование желтого тела. ЛГ стимулирует овуляцию и активирует в клетках яичников синтез эстрогенов и прогестерона.

Уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови женщин зависит от фазы менструального цикла: максимальный подъем концентрации наблюдается в середине цикла.

Определение концентрации ФСГ в плазме крови проводится с целью диагностики нарушений функции генеративных органов.

В доступной литературе мы не нашли данных о состоянии гормонов ЛГ и ФСГ у беременных с дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК) в анамнезе.

Цель. Изучить роль гормонов ЛГ и ФСГ у беременных в первом триместре с ДМК в анамнезе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 35 беременных в возрасте 25–27 лет, в анамнезе которых, были ДМК. Беременности были повторные, но они прерывались на ранней стадии. Определение содержания гормонов в сыворотке крови выполнено методом ИФА на иммуноферментном планшетном анализаторе Stat Fax 303 + США.

Результаты и обсуждения. Во время беременности организм матери приспосабливается к новым условиям, отсутствует менструальный цикл. Проведён анализ анамнеза беременных и выявлены факторы риска ДМК, также изучены гормоны ЛГ и ФСГ. Однако у беременных, в анамнезе которых были ДМК пубертатного периода, вероятно оказывают отрицательную роль на эндометрий. Так, если ЛГ при физиологическом менструальном цикле в фолликулярную фазу был 3,2 мМЕ/мл, ФСГ – 4,7 мМЕ/мл, соответственно, то у обследованных пациенток они составляли: ЛГ – $1,9 \pm 0,1$ мМЕ/мл, ФСГ – $3,9 \pm 0,4$ мМЕ/мл.

Так как низкий уровень ФСГ наблюдается на раннем сроке беременности, трудно представить, что эстрогенные гормоны являются главным фактором, тормозящим продукцию ФСГ, по крайней мере, в первые недели беременности значительного увеличения секреции эстрогенов не происходит.

Выводы. Таким образом, нарушение имплантации, приводит к раннему прерыванию беременности. К нарушению рецепторного аппарата эндометрия, гормональных и метаболических сдвигов, лежит в основе ранней плацентарной недостаточности.

Демкович О.О.¹, Беседина Е.И.¹, Давыдова А.В.², Думчева Т.Ю.², Ковалева Р.В.²

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, г. Донецк

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ГОСПИТАЛЬНЫМИ ШТММАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и рост антибиотикорезистентности их возбудителей являются глобальными проблемами здравоохранения во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в любой отдельно взятый момент времени из каждых 100 госпитализированных пациентов одной или несколькими ИСМП заражаются семь пациентов в странах с высоким уровнем дохода и 10 пациентов в странах с низким и средним уровнем дохода. Ежегодно от ИСМП страдают сотни миллионов пациентов во всем мире, а социально-экономический ущерб в развитых странах составляет миллиарды евро.

Эффективно организованный эпидемиологический надзор за ИСМП, включающий их полную регистрацию и микробиологический мониторинг с определением устойчивости госпитальных штаммов к антибиотикам, необходимы для своевременного проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий и успешной профилактики.

С целью оценки состояния эпидемиологического надзора за ИСМП, изучения антибиотикорезистентности изолированных госпитальных штаммов в Донецкой Народной Республике авторами проведен эпидемиологический анализ распространенности ИСПМ и результатов микробиологического мониторинга в учреждениях здравоохранения за 2019 – 2020 гг. на основании данных государственных и отраслевых статистических отчетных форм санитарно-эпидемиологической службы.

Согласно форме 2 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» в 2019 г. в учреждениях здравоохранения было зарегистрировано 280 случаев ИСМП (показатель на 1000 госпитализированных – 0,35 сл.), в т.ч. 61 случай инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) (показатель на 1000 прооперированных – 0,7 сл.). В 2020 г. – 602 случая ИСМП (0,78 сл. на 1000 госпитализированных), в т.ч. 70 случаев ИОХВ (0,71 сл. на 1000 прооперированных). Более чем двукратный прирост выявленных случаев в 2020 г. обусловлен активной внутрибольничной передачей COVID-19. В то же время уровни регистрации ИСМП и ИОХВ в учреждениях здравоохранения ДНР остаются значительно ниже показателей, регламентированных ВОЗ для стран с развитой системой здравоохранения (не менее 7% от всех госпитализированных и не менее 5% от всех прооперированных).

Данные микробиологического мониторинга, проводимого бактериологическими лабораториями санитарно-эпидемиологической службы и учреждений здравоохранения, свидетельствуют об активной циркуляции в хирургических, урологических, акушерско-гинекологических и др. стационарных отделениях, различных микроорганизмов, в т.ч. полирезистентных, выделяемых как от больных, так и в пробах внешней среды.

Всего в 2019 – 2020 гг. при плановом и внеплановом микробиологическом контроле в учреждениях здравоохранения от больных и в пробах внешней среды изолировано 9001 и 7628 штаммов микроорганизмов соответственно, до 30% из них полирезистентные. Наибольшее количество полирезистентных штаммов (стафилококки, энтерококки, энтеробактерии и др.) изолируется в отделениях хирургического профиля (72% всех положительных находок).

Таким образом, несмотря на некоторое улучшение выявления случаев ИСМП в учреждениях здравоохранения ДНР в 2020 г. на фоне пандемии COVID-19, показатели регистрации «классических» внутрибольничных инфекций остаются ниже регламентированного ВОЗ индикатора. Улучшению существующей в ДНР системы эпидемиологического надзора за ИСМП должно способствовать объективное выявление и полная регистрация всех таких случаев с последующим планированием целенаправленных противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Демкович О.О.¹, Думчева Т.Ю.², Ковалева Р.В.², Петрова И.В.³

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий Национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»), г. Донецк, Донецкая Народная Республика

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк, Донецкая Народная Республика

³Центральная городская клиническая больница № 1 (ЦГКБ № 1), г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И СОСТОЯНИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ И ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была разработана дорожная карта профилактики бактериальных менингитов на период до 2030 г., направленная на противодействие основным причинам (*Neisseria meningitidis* (Nm), *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, стрептококки группы В - *Streptococcus agalactiae* и др) и включающая пять компонентов: профилактика и борьба с эпидемиями, диагностика и лечение, эпидемиологический надзор, оказание помощи пострадавшим от менингита, информационно-просветительская работа и сотрудничество.

С целью оценки эпидемиологической ситуации, качества эпиднадзора, состояния диагностики менингококковой инфекции (МИ) и гнойных бактериальных менингитов (ГБМ) в Донецкой Народной Республике авторами были проанализированы показатели заболеваемости и результаты бактериологических исследований, представленные в государственных и отраслевых отчетных формах санитарно-эпидемиологической службы и учетных формах бактериологических лабораторий учреждений здравоохранения за 2011-2020 гг.

Проведенный анализ многолетней заболеваемости свидетельствует о низкой интенсивности эпидпроцесса МИ на территории Донецкого региона согласно критерию ВОЗ. Всего за последнее десятилетие в регионе зарегистрировано 130 случаев МИ в форме менингита и менингококцемии, в т.ч. 18 случаев с летальным исходом (13,8%). Годовые показатели не превышали 0,79 сл. на 100 тыс. населения. В 2017-2019 гг. наметилась тенденция к росту заболеваемости, но в 2020 г. отмечено ее снижение, вероятно связанное с усиленными противоэпидемическими мерами, проводимыми по сдерживанию распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Наиболее уязвимой группой населения являются дети до 5 лет (63,8% в структуре заболевших).

Лабораторное подтверждение МИ в настоящее время проводится бактериологическими лабораториями учреждений здравоохранения, имеющими в своем составе инфекционные отделения, классическими бактериоскопическим и бактериологическим методами. Эффективные методы экспресс-диагностики (латекс-агглютинация, иммунохроматографический анализ, полимеразная цепная реакция - ПЦР) на сегодняшний день не используются в силу экономических причин.

Всего за указанный период выделен 71 штамм Nm, удельный вес расшифрованных случаев инвазивных форм МИ (менингит и менингококцемия) составил 54,6%. При серологическом группировании выделенных штаммов установлена преимущественная роль в эпидемическом и инфекционном процессе МИ на территории региона Nm серогруппы В (77,5% в структуре выделенных штаммов). Доли Nm серогрупп А и С составили 10% и 12,5% соответственно.

По данным бактериологической лаборатории ЦГКБ № 1 г. Донецка, имеющей в своем составе ведущее инфекционное отделение для госпитализации больных с менингитами, при исследовании инфекционного материала от больных с подозрением на ГБМ за 2016-2020 гг. наряду с Nm серогруппы В изолировались *Streptococcus pneumoniae*, *Cryptococcus neoformans*, *Streptococcus agalactiae* и др. Провести детальный эпидемиологический анализ и выявить особенности эпидемического процесса ГБМ, за исключением МИ, не представляется возможным вследствие ограниченных статистических данных

Таким образом, в настоящее время эпидемиологическая ситуация по менингококковой инфекции в ДНР относительно стабильная. Имеется необходимость совершенствования системы лабораторной диагностики ГБМ и МИ, их статистического учета, повышения эффективности эпидемиологического надзора и принятием решения об иммунизации населения против менингококковой инфекции с учетом возбудителя ведущей для региона серогруппы, расширении охвата населения вакцинацией против пневмококковой инфекции.

Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Боева И.А.

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

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ ФОРМЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Дистанционная форма обучения даёт возможность для приобретения качественного профессионального образования за счёт широкого доступа и информации, используемой в педпроцессе, и быстрой передаче её при взаимодействии обучающегося с преподавателем.

До 2020 года дистанционной формой обучения в Донецком медицинском университете использовался исключительно в виде дополнения к очной форме освоения материала. Вынужденный переход на дистанционное обучение в связи с распространением коронавирусной инфекции позволил выявить ряд недостатков по сравнению с традиционной формой обучения. Достижение хороших результатов при получении знаний в онлайн-формате напрямую зависит от мотивации студентов, которая является побудительным мощным стимулом для изучения предмета. Дисциплина, самоорганизация и целеустремлённость способствуют развитию созидательной деятельности студентов. От этих качеств зависит способность обучающихся концентрировать внимание, систематизировать информацию, выстраивать логические связи, самостоятельно выполнять задание, быть заинтересованными и добиваться прогресса в освоении учебного материала.

При слабой самомотивации студента повысить её можно с помощью вебинаров, когда устанавливается зрительный контакт с преподавателем, позволяющий преодолеть целый ряд индивидуально-психологических проблем. Использование видеосвязи позволяет студентам с «традиционным» складом ума преодолеть психологический фактор ощущения изоляции и быстрее адаптироваться к переходу обучения в онлайн-режиме. Отсутствие заочной формы обучения в медуниверситете связано прежде всего с невозможностью формирования навыков и умений: общение с пациентами, проведение осмотра больных, сбор анамнеза, проведение диагностического исследования, лечебных манипуляций и т.д.

К сожалению, эти недостатки можно отнести и к дистанционному обучению, при котором даже наличие современных тренажёров не позволяет решить проблему качественного овладения практическими навыками.

Таким образом, электронные формы содержат большой потенциал повышения эффективности обучения только в сочетании с традиционными формами.

Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Тищенко А.В., И.А. Боева, Ермаченко Т.П.

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

ПРОФПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

В системе оказания медицинской помощи работающему населению важное место занимает подсистема оказания профпатологической помощи, цель которой — сохранение здоровья и трудоспособности работающего населения на основе принципов профилактической медицины, разработка научно обоснованных профилактических мероприятий.

Следует отметить, что на сегодняшний день выявление больных с подозрением на профессиональную патологию при проведении периодических медицинских медосмотров (ПМО) остаётся низким. Причина тому — низкое качество проведения профосмотров лечебно-профилактическими учреждениями общей практики, что и обуславливает позднюю выявляемость профессиональной и производственно-обусловленной патологии, развитие запущенных форм общесоматических заболеваний, препятствующих выполнению работниками их трудовых обязанностей. Причины данного факта — в учреждениях здравоохранения, проводящих ПМО, где зачастую нет соответствующего медицинского оборудования, позволяющего бы в полном объеме провести лабораторные и функциональные методы исследования, предусмотренные соответствующими приказами МЗ ДНР.

Кроме того, не все врачи — узкие специалисты учреждений общей практики, которые принимают участие в проведении периодических медицинских осмотров, имеют специальную подготовку по профессиональной патологии и могут своевременно диагностировать ранние доклинические проявления (синдромы и симптомы) профессиональных заболеваний. Рекомендации по рациональному трудоустройству и переводу пациента на лёгкий труд в соответствии с медицинскими рекомендациями по результатам медицинских осмотров выполняются только в каждом втором случае.

Сложилась ситуация, когда ранняя диагностика профессиональных заболеваний не выгодна ни работодателю, ни работнику, который боится потерять работу, ни медицинскому учреждению. Боясь остаться без работы или потерять основную профессию, работающие в условиях воздействия вредных производственных факторов во время прохождения медосмотра скрывают имеющиеся у них заболевания, не предъявляют соответствующие жалобы, отказываются от своевременного проведения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Таким образом представляется, что основная причина слабой эффективности предпринимаемых в настоящее время попыток повысить выявляемость профзаболеваний состоит в административно-принудительной направленности на фоне отсутствия мотивации у всех участников процесса: работника, медучреждения, работодателя. Кроме того, низкая выявляемость профессиональной патологии обусловлена спецификой методических подходов к диагностике профессиональных заболеваний и решению экспертных вопросов при установлении связи заболевания с профессиональной деятельностью, заключающейся в многоэтапности, формализме (предпочтение отдается данным, содержащимся в медицинской документации, санитарно-гигиенической характеристике и др., а не состоянию здоровья работника, клинической картине его заболевания).

Механизмом, позволяющим стимулировать заинтересованность работодателей в раннем выявлении профессиональных заболеваний, может быть введение юридической и материальной ответственности предпринимателей за сокрытие профессиональных заболеваний, за несвоевременное проведение профилактических медицинских осмотров. Необходимо совершенствование правовых механизмов взаимоотношений между предприятиями и медицинскими учреждениями, предприятиями и Фондом социального страхования от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Социальный диалог и социальное партнёрство необходимо сегодня как никогда.

Денисов А.В., Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Багдасаров К.М.

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МНОГОУЗЛОВОМ ЭУТИРЕОИДНОМ ЗОБЕ

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в настоящее время в вопросах лечения узловой патологии щитовидной железы, ряд вопросов, касающихся выбора тактики (консервативная/оперативная), объема операции (экстирпация/резекция), остаются дискуссионными. Ряд хирургов при многоузловом зобе (МУЗ) выполняют тиреоидэктомию, некоторые придерживаются тактики органосохраняющих операций, другие считают проблему нехирургической и рекомендуют динамическое наблюдение у эндокринологов.

По нашему мнению щитовидная железа стареет точно так же, как и организм человека. С возрастом тиреоциты постепенно «отмирают». Этот процесс приводит к консолидации «умерших» клеток в узловые образования различной степени выраженности, что часто трактуется при ультразвуковом исследовании как МУЗ или диффузные изменения щитовидной железы.

Целью исследования явилось ретроспективное изучение результатов различных методов лечения пациентов с многоузловым поражением щитовидной железы на фоне эутиреоза.

В основу работы положены наблюдение и анализ статистики обратившихся в Центр эндокринной хирургии ИНВХ с 2014 по 2020гг. Тактически было выделено две группы. В первой группе применялось оперативное лечение в различных объемах, вторая составила пациентов, у которых показания к операции выставлены не были, им было рекомендовано динамическое наблюдение у эндокринолога по месту жительства и осмотр хирурга Центра два раза в год.

При выборе тактики лечения мы использовали «золотой стандарт» диагностики патологии щитовидной железы – ультразвуковое исследование (УЗИ), тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ), иммуноферментный анализ (ИФА).

Всего обследован 1651 пациент с ультразвуковыми данными THIRADS-3 и выше. Всем выполнена ТАПБ. Подозрение на злокачественный процесс при ТАПБ диагностировано у 72 больных (4,4%), подозрений не было у 1579 (95,6%). Всего оперировано 279 пациентов (16,9%), из них первично – 259 (15,7 %). Показаниями к операции, помимо подозрения на рак, у 205 больных явились большие размеры и/или рост узлов с клиническими проявлениями компрессии органов шеи - деформацией шеи, чувством сдавления, удушья, нарушением акта глотания, изменением фонации. Всем больным интраоперационно выполнялось экспресс-гистологическое исследование, результат которого определял объем операции. При подтверждении рака, а также гипертрофической формы аутоиммунного тиреоидита Хашимото (АИТ) выполнялась тиреоидэктомия, при доброкачественном процессе объем операции определялся его распространенностью. Интраоперационно рак диагностирован у 34 больных (2%), аденома щитовидной железы - у 39 (2,4%), гипертрофическая форма АИТ – 29 (1,7%). Тиреоидэктомия выполнена у 77, различные по объему резекционные вмешательства – у 202 пациентов. Среди 1392 больных второй группы в сроки от 1 до 4 лет от момента обращения были оперированы 20 человек (1,2%), у которых показания к операции были выставлены в процессе динамического наблюдения.

Таким образом, отсутствие клинических проявлений и признаков злокачественности при эутиреозе не подразумевает оперативное лечение, которое в случае его выполнения может привести к гипотиреозу разной степени выраженности. МУЗ может быть проявлением естественных физиологических процессов старения щитовидной железы. Больные, которым не выставлены показания к оперативному лечению нуждаются в динамическом наблюдении эндокринолога с осмотру хирурга 2 раза в год.

Денисов В.К.^{1,2}, Варибрус С.А.^{1,2}, Онищенко Е.В.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2}, Голубова Т.С.², Давыдова Т.О.¹

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Цель: определение оптимального метода заместительной почечной терапии на фоне пандемии COVID-19.

Материалы. С марта 2020 г. по октябрь 2021 г. в трансплантационном центре Донецкого клинического территориального медицинского объединения заместительную почечную терапию получали 255 пациентов, из которых 114 были реципиентами почечных трансплантатов, 130 лечились гемодиализом и 11 – перитонеальным диализом. С марта 2020 года Центр перешел на режим работы в условиях пандемии. Соблюдение противоэпидемических мероприятий, маршрутизация пациентов позволила обеспечить стабильную работу Центра. Для лабораторной диагностики инфицирования

коронавирусом использовалось выделение вирусной РНК методом полимеразной цепной реакции в образцах, взятых со слизистых оболочек. Среди наблюдавшихся пациентов инфекция COVID-19 развилась у 39 (27,6%) больных, лечившихся диализом (гемодиализом – 38, перитонеальным диализом – 1) и у 14 (12,3%) реципиентов со сроками менее одного года (3) и более одного года (11) после трансплантации почки.

Результаты. При выявлении COVID-19 лечение диализных пациентов проводилось стационарно по утвержденным протоколам в специализированных учреждениях, трансплантационные реципиенты наблюдались и лечились амбулаторно в условиях самоизоляции. Из 53 больных, получавшего почечную заместительную терапию и заболевших COVID-19, умерли 13 (24,5%) пациентов. Все они лечились диализом (в том числе, гемодиализом – 12, перитонеальным диализом – 1). Летальность среди трансплантационных реципиентов отсутствовала. Специфической особенностью их ведения на этапе виремии была коррекция иммуносупрессии в виде отмены цитостатиков (азатиоприна или препаратов микофеноловой кислоты), уменьшения вдвое от исходной дозы такролимуса или циклоспорина и продолжения приема стероидов на фоне усиления иммуносупрессивного мониторинга и оценки функции почечного трансплантата. Полученные данные показали, что трансплантация почки, в том числе и в условиях пандемии COVID-19, является более эффективным методом лечения в сравнении с диализом. Возможно, это связано с более высоким изначальным уровнем реабилитации после трансплантации почки в сравнении с диализом, а также с участием иммуносупрессии в подавлении «цитокинового шторма», играющего ведущую роль в патогенезе неблагоприятного исхода при COVID-19. Не исключена вероятность прямого противовирусного действия ингибиторов кальцинейрина, к которым относятся такролимус и циклоспорин.

Выводы. Вирусная инфекция COVID-19 в условиях пандемии стала значимой причиной заболеваемости среди пациентов, получающих почечную заместительную терапию. Трансплантация почек, несмотря на пандемию COVID-19, продолжает оставаться более эффективным и целесообразным методом заместительной почечной терапии в сравнении с диализом.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.¹, Онищенко Е.В.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2}, Голубова Т.С.², Варибрус С.А.^{1,2}

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ XX КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ТРАНСПЛАНТОЛОГОВ

Юбилейный 20-й Конгресс Европейского общества трансплантологов (ESOT) состоялся 29.08-1.09.2021г. в Милане (Италия). Впервые за всю историю Конгрессов ESOT, начавшуюся в Цюрихе в 1983 году, был использован гибридный формат работы. Из 2675 участников, представлявших 74 страны, 1475 (55%) присутствовали на Конгрессе в режиме онлайн. Конгресс был разделен на 5 доменов со следующим их долевым участием в программе: новые технологии (16%), точная медицина (11%), практические аспекты и клинические наблюдения (61%), регенеративная медицина (2%), рекомендации на основе доказательной медицины (10%). В последние десятилетия трансплантология как наука прошла огромный путь, отмеченный высокими достижениями, но ключевым остается вопрос о неравенстве при оказании помощи пациентам, нуждающимся в трансплантации. Призыв с целью «Положить конец этому неравенству» стал основным лейтмотивом Конгресса.

В настоящее время к неравенству при трансплантации обусловленному гендерными, расовыми, генетическими и социальными отличиями, добавились проблемы доступа к медицинской помощи, связанные с пандемией COVID-19. Президент ESOT Лучиано Потена в качестве одного из примеров описал, как Миланский Конвеншн Центр незадолго до проведения в нем Конгресса использовался в качестве временного COVID госпиталя: «Это не гламур, нам еще предстоит осознать и осмыслить все, что произошло».

В 2019 г. по представленным на Конгрессе данным в мире было выполнено 153860 трансплантаций органов, в том числе почек - 100094, печени - 35784, сердца - 8722, легких - 6800, поджелудочной железы - 2323, кишечника - 137. В 2020 году трансплантационная активность из-за пандемии COVID-19 снизилась в мире на 16%. Тем не менее, по данным из Великобритании, Италии, Испании, Кувейта, Латвии, США, Турции, Словении, Франции выполнение трансплантаций при отсутствии коронавирусной инфекции у донора и реципиента целесообразно. Показано, что смертность при развитии коронавирусной инфекции у пациентов из листа ожидания выше, чем у реципиентов. При тотальном коронавирусном поражении легких их трансплантация на основании имеющегося опыта рассценивается как метод выбора в лечении. Вакцинирование от COVID-19, несмотря на его меньшую эффективность (54% после двух прививок), рекомендуется на всех этапах реализации трансплантационной программы. Повторные, третьи и четвертые, прививки, использование телемедицины существенно повышают надежность противовирусной защиты.

В материалах Конгресса отражены существенные изменения подходов в отношении других инфекций. Накоплен большой опыт трансплантаций при ВИЧ инфекции, которая уже не считается абсолютным противопоказанием к этому методу лечения. Значительно возросли возможности контроля гепатит С вирусной инфекции у реципиентов за счет использования препарата прямого противовирусного действия – софосбувира.

Оптимизации родственного донорства могут способствовать новые данные о том, что качество жизни у родственных доноров значительно выше, чем у родственников пациентов из листа ожидания. Показаны резервы по сокращению времени подготовки для включения пациентов в лист ожидания на трансплантацию, значительное повышение степени доверия пациента к врачу после успешной трансплантации, а также преимущества ранней выписки из стационара (через 5 дней) после успешной пересадки почки. Использование экстракорпоральной мембранной оксигенации при контролируемой и неконтролируемой асистолии, а также машинная перфузия изъятых органов - одно из активно развивающихся новаторских направлений в решении проблемы посмертного донорства. Тотальный многоуровневый тренинг, разработка программ трансплантации в малообеспеченных странах также может сократить траты на дорогостоящий долгосрочный диализ. Представлено много материалов о возрастающих возможностях роботизации и использования искусственного интеллекта в трансплантологии.

По итогам Конгресса, перспективы решения проблемы малодоступности трансплантаций в ряде стран, более низкой выживаемости трансплантатов у небелых реципиентов и от небелых доноров и других формах неравенства при реализации трансплантационных программ, находятся в развитии высокоточной медицины, в интеграции знаний о социальных, экологических и биологических детерминантах здоровья.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.¹, Онищенко Е.В.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2}, Голубова Т.С.², Варибрус С.А.^{1,2}, Давыдова Т.О.¹, Попова Я.Н.¹

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОНЕЦКОГО ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА В КРИЗИСНЫХ УСЛОВИЯХ

Цель: анализ результатов работы и перспектив развития региональной службы трансплантации органов.

Материалы. Всего с апреля 1986 по сентябрь 2021 года в трансплантационном центре Донецкого клинического территориального медицинского объединения выполнено 740 трансплантаций почек (518 – от посмертных доноров и 222 от родственных доноров). Под нашим диспансерным наблюдением находились также 120 пациентов после трансплантации почек, печени, сердца, кишечника, костного мозга, выполненных в других лечебных учреждениях, в том числе ближнего и дальнего зарубежья. Военный конфликт в Донбассе, начавшийся весной 2014 года, в последующем приобрел

масштабный и затяжной характер. Кадры и материально-техническая база Центра сохранились, но условия и результаты трансплантационной деятельности изменились. С марта 2020 года Центр перешел на режим работы с учетом пандемии COVID-19. Для оценки масштаба и последствий произошедших перемен использованы данные ежеквартальных отчетов и регистра реципиентов.

Результаты. В течение 2014-2021 гг. в Центре выполнено 68 трансплантаций почек (57 – от родственных доноров и 11 – от посмертных доноров). Снижение трансплантационной активности является следствием объективных причин. Под нашим диспансерным наблюдением находились также 11 трансплантационных реципиентов, которым на протяжении указанного периода выполнены пересадки почек (5), печени (5) и костного мозга (1) в лечебных учреждениях за рубежом. Трансплантационная помощь за пределами региона оказалась возможной, но не решающей, особенно, в части трансплантаций органов от посмертных доноров, что вполне объяснимо.

Несмотря на ряд негативных тенденций, в последние годы имел и имеет место ряд положительных изменений в виде материального переоснащения, ремонта, подготовки кадров, отработки вопросов нормативного и правового регулирования, которые позволяют рассчитывать на успешную перспективу развития трансплантационной хирургии в регионе. Все новые технологии и организационные модели вполне доступны для их реализации в Донецком трансплантационном центре в связи с его территориальной, материальной и кадровой сохранностью, а также хорошими результатами трансплантаций и высоким спросом на это лечение. Время дает ответы на мифы и специфические региональные предрассудки в сфере трансплантации органов в виде опасений о несвоевременности поднимаемых вопросов. Кроме того, трансплантация органов, несмотря на пандемию COVID-19, продолжает оставаться наиболее эффективным и целесообразным методом заместительной терапии в сравнении с любым другим методом лечения.

Выводы. Военный конфликт и пандемия COVID-19 существенно усложнили деятельность Донецкого трансплантационного центра. Несмотря на это, имеющийся опыт работы в кризисных условиях позволяет стремиться к самодостаточности региона в оказании данной помощи.

Денисов В.К.^{1,2}, Онищенко Е.В.^{1,2}, Захарова О.В.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Варибрус С.А.^{1,2}, Давыдова Т.О.¹, Попова Я.Н.¹

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького МЗ ДНР

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ОПЫТЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Трансплантация органов относится к великим открытиям, изменившим цивилизацию. Ее высокий потенциал явился основанием для приоритетного развития этого направления и обеспечения доступности трансплантации органов. Удовлетворение этой потребности юридически и технически возможно, но временные рамки решения этих задач будут определяться наличием подготовленных кадров, в связи с чем, в ГОО ВПО Донецком национальном медицинском университете имени М. Горького в 2017 году была открыта профильная кафедра для преподавания трансплантологии.

Нами проанализирован опыт преподавания трансплантологии с целью определения эффективности междисциплинарной интеграции, как инструмента позволяющего осуществлять необходимые виды деятельности при трансплантации органов.

Материалы. Преподавание трансплантологии ведется в рамках специальности «Лечебное дело» в виде 72-х часовых циклов занятий для студентов шестого курса. Программа обучения состоит из семи тем: 1) отбор и подготовка трансплантационных реципиентов; 2) искусственные органы; 3) донорское обеспечение в трансплантологии; 4) технические аспекты трансплантации органов; 5) иммуносупрессия после трансплантации органов; 6) послеоперационное ведение трансплантационных реципиентов; 7) инфекционные заболевания при трансплантации органов.

Результаты. С учетом широкого перечня дисциплин, необходимых для изучения трансплантологии, шестой курс является оптимальным для освоения данного предмета, так как есть возможность

обобщить знания, полученные на предыдущих этапах, показать насколько велика их практическая значимость. Исходный уровень знаний студентов, предполагает использование материала, ранее изученного на теоретических и клинических кафедрах, включая вопросы анатомии, физиологии и заболеваний почек, печени, сердца, легких, поджелудочной железы и мозга. На практике умение студентов оценить функции жизненно важных органов на различных стадиях их заболеваний оставляет желать лучшего. В том числе это касается констатации смерти мозга (фактически некроза головного мозга) как критерия смерти человека и критерия прекращения реанимационных мероприятий при сохранном кровотоке.

Также отмечено, что при рассмотрении тактики лечения пациентов с терминальной стадией недостаточности органов на предыдущих этапах обучения студентов трансплантация как метод выбора практически не рассматривается. Основное внимание уделяется уже неэффективной в этом периоде заболевания консервативной терапии, которая формирует у будущих врачей мнение о бесперспективности данной категории больных. «Качество жизни» как современный критерий выбора метода лечения пациентов с терминальной стадией органной недостаточности не рассматривался в процессе обучения на предыдущих этапах вообще.

Это отчасти объясняет причину возникновения проблем, которые тормозят развитие трансплантологии: позднее обращение пациентов, нуждающихся в трансплантации органов, дефицит донорских органов и несовершенную материально-техническую логистику.

Выводы. Введение преподавания трансплантологии является обоснованным. Междисциплинарная интеграция, как инструмент позволяющий осуществлять необходимые виды деятельности при трансплантации органов, требует оптимизации путем совершенствования причинно-следственных связей между знаниями, приобретаемыми студентами на разных этапах обучения. В перспективе это позволит создать необходимые условия для широкого внедрения трансплантации органов на основе эффективного междисциплинарного взаимодействия в рамках формирования положительного общественного мнения об этом разделе и общественного доверия на основе общих ценностей и представлений.

Денисова Е.М., Игнатенко Т.С., Сергиенко Н.В., Евтушенко И.С.

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

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Сахарный диабет (СД) ввиду своей значительной распространенности остается одним из наиболее значимых неинфекционных заболеваний. При увеличении уровня гликозилированного гемоглобина на 1% риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) возрастает на 10%, риск коронарной болезни сердца при СД II типа возрастает в 2 - 4 раза, а риск острого инфаркта миокарда - в 6 - 10 раз. На момент постановки диагноза СД II типа у 50 % больных выявляют поражение коронарных артерий. Артериальная гипертензия (АГ) обнаруживается у 20–60% больных СД II типа, при этом она встречается в 1,5 раза чаще, чем у лиц без СД. На долю поражений сердечно-сосудистой системы приходится около 65-75% всех случаев смерти пациентов с СД II типа. Это диктует необходимость новых подходов к обследованию и оптимизации медицинской помощи таким пациентам.

Цель – оценить влияние наличия СД II типа у пациентов с сердечно - сосудистой патологией на частоту развития ишемии миокарда и отдельных типов суточной вариабельности артериального давления (АД) по данным суточного мониторинга АД (СМАД) и ЭКГ.

Материалы и методы. Проведен анализ 115 историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильным течением в возрасте от 49 до 76 лет (средний возраст $61,8 \pm 1,9$). В соответствии с целью исследования больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 75 больных с наличием СД II типа, а вторую – 40 пациентов без нарушений углеводного обмена. Группы

были сопоставимы по полу, возрасту и длительности сердечно-сосудистого заболевания. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД и ЭКГ на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3(М)».

Результаты. При анализе суточного мониторирования ЭКГ в I группе эпизоды ишемии зарегистрированы в 74% (55 чел.), в то время как во II – в 53% случаев (21 чел.), что согласно критерия χ^2 Пирсона показывает достоверную статистическую взаимосвязь между наличием СД II типа и частотой ишемии миокарда. При анализе выраженности депрессии сегмента ST в I группе выявлена депрессия ST 1-1,5 мм у 24 пациентов (44%), 1,6-2 мм – у 21 пациента (38%), а у 10 пациентов (18%) – более 2 мм. Во II группе – 11 (52,4%), 8 (38%) и 2 (9,6%) пациента соответственно. У пациентов с СД II типа ишемические изменения более выражены ($p < 0,05$). Также в I группе в 58% случаев регистрировались эпизоды безболевого ишемии миокарда, и лишь в 6% – во II группе.

При анализе показателей СМАД выявлено увеличение максимального систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) днем и ночью, среднего САД и ДАД у 69 (92%) пациентов I группы и у 28 (70%) пациентов II группы. При анализе суточной вариабельности АД в обеих группах пациентов наиболее часто встречался нормальный тип суточной кривой АД – «dipper». Однако, количество пациентов с недостаточным ночным падением АД («non-dipper») преобладало в I группе ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования позволяют рассматривать СД II типа как фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии, такой как ишемия миокарда и артериальная гипертензия и рекомендовать проведение суточного мониторирования ЭКГ и АД на начальных этапах диагностического поиска с целью раннего выявления кардиоваскулярной патологии для своевременной медикаментозной коррекции.

Деньгина Е.Б., Чайковская И.В.

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

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ СЕРОЗНОМ АЛЬВЕОЛИТЕ

Введение: Общеизвестно, что при любом воспалительном процессе, особенно это касается полости рта, всегда этиологическим фактором будет являться микробный и изучение микробной обсеменённости серозного альвеолита, является главной задачей, позволяющей наиболее четко выявить тех представителей микромира, которые вегетируют в лунке удаленного зуба.

Цель исследования: изучить микробную обсеменённость лунки удалённого зуба при серозном альвеолите.

Материал и методы исследования: обследовано 60 пациентов с серозным альвеолитом, из них 37 женщин (61,7%) и 23 мужчины (38,3%). Диагноз альвеолит сухая лунка устанавливался согласно МКБ-10 альвеолит, который относится к классу Другие болезни челюстей (K10); K10.3. Изучение аэробной (факультативно-анаэробной) и анаэробной микрофлоры лунки зуба осуществлялось с помощью стерильных квачей, с дальнейшим культивированием и идентификацией. Для оценки количества аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, использовалась методика стерильных бумажных дисков Н.Ф.Клемпарской и Г.А.Шальной. Статистическая программа – авторская программа для «MedStat».

Результаты и обсуждение: увеличение представителей анаэробного микромира ($69,6 \pm 2,36$) и угнетение аэробных представителей ($30,4 \pm 2,36$) свидетельствует о повышении выраженности воспалительного процесса и развитии дисбиотического состояния в данной микробиоте. Удельный вес аэробных ассоциаций представлен *Corinebacterium*, *Enterococcus*, *Prevotella*, *Streptococcus*, *Stafilococcus* и *Candida*. Среди анаэробного мира значимо выделены *Fusobacterium* (90%), *Peptostreptococcus* (80%), *Actinomyces* (73%), которые не являются типичными для нормобиоценоза. Их можно считать виновниками гнойно-воспалительных процессов в полости рта (пародонтит, кариозный процесс, периодонтит) и излюбленным местом обитания. При снижении сопротивляемости организма (гендерный фактор, возрастной ценз) *Actinomyces* могут вызывать эндогенную инфекцию.

Выводы: анализ состава выделенных микроорганизмов выявил ряд закономерностей. Наличие выделенных представителей микромира может являться фактором риска развития и перехода серозного альвеолита в гнойную форму.

Деньгина Е.Б., Чайковская И.В., Шелякова И.В

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

ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ

Введение: Следи научных изданий, не так много специализированной литературы, раскрывающей значение нормальной микрофлоры в поддержании здоровья и патологии человека. Но даже в авторитетных изданиях, очень мало уделено значению изучения микробиоценоза такого биотопа как полость рта, и особенно его отдельных участков.

Цель: изучить микробную обсеменённость полости рта у практически здоровых пациентов.

Материал и методы исследования: 30 практически здоровых пациентов, из них 7 мужчин (23,3%) и 23 женщины (76,7%). Изучение аэробной (факультативно-анаэробной) и анаэробной микрофлоры полости рта осуществлялось с помощью стерильных квачей, с дальнейшим культивированием и идентификацией. Для оценки количества аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, использовалась методика стерильных бумажных дисков Н.Ф.Клемпарской и Г.А.Шальной. Статистическая программа - авторская программа для «MedStat».

Результаты и обсуждение: выделены как аэробы или факультативные анаэробы, которые в 54,7±2,4% случаев отмечены в десневом налёте на прикреплённой десне и в 45,3±2,4% в десневой борозде сочетались с анаэробными микроорганизмами. Аэробный пейзаж представлен аэрококками, которые присутствуют у 8,7±1,9%, вейлонеллами у 7,4±1,7%, коринебактериями у 22,9±2,8%, псевдомонас у 27,2±3,2%, стрептококками у 5,6±1,5%. Представители анаэробной флоры, представлены актиномицетами 11,0±2,3%, бифидобактериями 20,9±2,9%, клостридиями 18,8±2,8%, пептострептококками 25,7±3,2%, пропионбактериями 15,7±2,6% и эубактериями 7,9±1,9%.

В состав нормальной микрофлоры полости рта входят как бактерии, так и вирусы, грибы и простейшие. Наиболее многочисленными являются бактериальные биоценозы, которые играют основную роль в поддержании постоянства полости рта. Аутохтонную микрофлору полости рта представляют облигатные бактерии (вейлонеллы - 7,4±1,7%, пептострептококки - 25,7±3,2%, актиномицеты - 11,0±2,3%).

Выводы: микробный пейзаж ротовой полости представлен разнообразными представителями аэробной, факультативно анаэробной и облигатно анаэробной флоры, которые постоянно обитают в полости рта и является представителями «динамического равновесия» данного биотопа.

Джоджуа А.Г., Джоджуа Р.А., Ткачева Е.Л., Прокопенко Е.Б., Сайко Д.Ю., Регуш Л.Г.

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

К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ АМНЕЗИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Транзиторная глобальная амнезия (ТГА) относится к временным (преходящим) расстройствам памяти. Как правило, длительность атаки (приступа амнезии) не превышает 24ч. Под нашим наблюдением находилась пациентка Ш., 65 лет, которая первично обратилась в поликлинику на консультацию к кардиологу с жалобами на подъемы АД не купирующиеся медикаментозными препаратами в последние 2 недели. Гипертонической болезнью страдает в течение 12 лет. При расспросе больная дополнительно отметила, что неделю тому назад, дома у нее произошло кратковременное, до 2-х часов

выпадение памяти. Для уточнения диагноза по поводу приступа кратковременной потери памяти, была направлена на консультацию к неврологу. На приеме у невролога предъявляла жалобы на головные боли, головокружение, чувство тревожности, подъемы АД. В течении последних дней перед приступом отметила частые перепады АД, усиление головной боли. Из анамнеза стало известно, что приступ выпадения памяти возник сразу после неприятного для нее утреннего телефонного разговора. Свидетелем данной ситуации оказалась дочь пациентки, которая находилась в это время со своей дочкой в комнате. Она рассказала ей, что она не узнала свою внучку, неоднократно повторяла вопрос кто это?. Выглядела растерянной и испуганной. При этом отметила, что она правильно выполняла привычные действия, правильно ориентировалась в помещении. Сама больная отмечает, что во время приступа осознавала факт своего нездоровья и тревожилось по этому поводу, чувствовала ощущение потерянности, непонимание ситуации, рассеянное внимание. Приступ длился 2 часа. Артериальное давление во время приступа не измерялось, сразу после приступа 180/100 мм. рт. ст. К врачам в связи с приступом больная не обращалась.

Диагностическое заключение о ТГА основывалось на критерии диагностики ТГА по D.Owen 2007. В результате обследования были исключены объемное образование головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, транзиторная эпилептическая амнезия, черепно-мозговая травма. В анамнезе были установлены гипертоническая болезнь, продолжительное психоэмоциональное напряжение, перенесенная короновирусная инфекция COVID – 19. Определяя причину ТГА у нашей больной, мы столкнулись с проблемой с которой сталкиваются многие врачи, когда определить точную причину развития ТГА невозможно. Этиология и патогенез транзиторной глобальной амнезии на сегодняшний день изучены недостаточно, единой теории возникновения данного синдрома нет. В нашем случае можно связать возникновение ТГА с психоэмоциональными переживаниями. Также можно отметить взаимосвязь с гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом, венозной церебральной дисфункцией. Учитывая, что социально-стрессовые расстройства приводят к стрессуязвимости человека — немаловажную роль в развитии транзиторной глобальной амнезии у больной сыграло длительное психоэмоциональное напряжение, обусловленная как продолжающимся военным конфликтом, так и эпидемической обстановкой на территории Донецкой Народной Республики, а также перенесенной ранее короновирусной инфекцией COVID – 19. И здесь причинно-следственная связь развития транзиторной глобальной амнезии вероятнее всего сложилась таким образом, что длительное психоэмоциональное напряжение усугубленная перенесенной короновирусной инфекцией COVID – 19 сформировали стресс - уязвимость больной, приведшего к краткосрочным изменениям в метаболизме головного мозга, развитию приступа транзиторной глобальной амнезии. Таким образом, тщательное выяснение анамнеза, внимательный клинический осмотр, изучение данных лабораторных исследований, оценка влияния внешних факторов, позволили уточнить диагноз, расширить представление о этиопатогенетических механизмах развития ТГА.

Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Джоджуа Р.А., Прокопенко Е.Б., Ткачева Е.Л.,

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

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В настоящее время на основании клинических, патоморфологических, патофизиологических и нейровизуализационных исследований головного мозга сформировалось представление о патогенетической гетерогенности ишемического инсульта (ИИ) и его основных патогенетических подтипах. Насущную потребность совершенствования классификационных систем инсульта в соответствии с современными требованиями к его диагностике и лечению подчёркивает тот факт, что в течение более двух десятков лет с момента создания наиболее популярной этиопатогенетической классификации TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment, 1993 год) появилось уже несколько других подобных классификаций – GENIC (the Etude du profil Genetique de l'Infarctus Cerebral case-control study, 2000), Классификация основных патогенетических подтипов ишемического инсульта ФГБНУ

«Научный центр неврологии», 2000, CCS (Causative Classification of Stroke System, 2007), ASCO (Atherosclerosis, Small vessel disease, Cardiac source, Other cause, 2009), CISS (Chinese Ischemic Stroke Subclassification, 2011), SPARKLE (Subtypes of Ischaemic Stroke Classification System, 2014) В классификациях последних лет, наряду с патогенетическими подтипами инсульта, отмеченными в TOAST, иногда выделяются дополнительные подтипы и их ведущие признаки. Вместе с тем, продолжают оставаться предметом дискуссии некоторые критерии диагностики тех патогенетических вариантов инсульта, которые отмечаются во всех классификационных системах, начиная с TOAST. Практически во всех классификациях выделяют подтипы, которые связаны преимущественно с наиболее распространенной сосудистой патологией – атеросклерозом и АГ: ишемический инсульт, обусловленный атеростенозом, атеротромбозом и артериоартериальной эмболией церебральных артерий, или атеротромботический подтип; кардиогенный эмболический подтип, связанный с заболеваниями сердца, в том числе эмбологенными формами ишемической болезни сердца (ИБС); инсульт, определяемый гипертоническим стенозом и окклюзией интрацеребральной артерии, или лакунарный подтип. Последний объединяется с кардиогенным эмболическим инсультом в подтип «кардио-аортальная эмболия», так как инсульт при аортоартериальной эмболии и инсульт, связанный с эмбологенной патологией сердца, имеют отчетливые клинико-диагностические сходства. В российской классификации подтипов инсульта на основе определенных критериев выделяется гемодинамический подтип, связанный главным образом с множественным (тандемным) атеростенозом церебральных артерий и экстрацеребральными факторами снижения системной и мозговой гемодинамики. В CISS лакунарные инсульты, возникающие при гипертонических изменениях пенетрирующих артерий, объединены с инсультами, обусловленными микроатеромами в проксимальных сегментах этих артерий, в особый патогенетический подтип – «поражение пенетрирующих артерий». Различаются мнения исследователей в отношении степени выраженности атеростеноза мозговой артерии, определяющей возникновение инсульта атеротромботического подтипа. Одни считают патогенетически значимым сужение просвета артерии на 50% и более, другие – не менее 70%, а авторы классификации SPARKLE предлагают новый критерий оценки тяжести церебрального атеросклероза в виде суммы площадей поперечных сечений всех атеросклеротических бляшек, расположенных в артериях между ключицей и углом челюсти. Таким образом дальнейшее совершенствование классификации подтипов инсультов является чрезвычайно важным инструментом для выбора тактики их лечения и вторичной профилактики.

Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Никитенко Д.В. Ткачева Е.Л.

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

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Неожиданный, во многом шокирующий массовый переход на дистанционную форму обучения, связанный с пандемией COVID – 19 в марте 2020 года, стал очередным вызовом для коллектива кафедры неврологии и медицинской генетики.

Медицинское образование на клинической кафедре имеет свой отличительный признак, связанный с практико-ориентированным подходом к подготовке будущих медицинских специалистов. Полный же переход на дистанционное образование во многом менял подходы к образовательному процессу и был связан с различными этическими коллизиями, вносил особенности в ее корпоративную культуру.

Эффективность дистанционного обучения во многом зависит от соблюдения следующих принципов: обеспечения и поддержки обучающихся; организации дизайна электронной дисциплины; особенностях доставки информации студентам; использование обратной связи с преподавателем; соблюдение сетевой этики преподавателями и обучающимися.

Особенностью процесса дистанционного обучения явилась психологическая сторона воспроизведения, передачи, восприятия и усвоения знания. Его участниками одновременно являлись преподаватели – носители знания и студенты – получатели знания. Обучение носило творческий характер и во многом зависело от индивидуальных особенностей участников процесса.

При полном переходе на дистанционное обучение, проблема взаимоотношений (как внутри кафедрального коллектива, так и со студентами) приобрела особое значение.

Вряд ли можно было бы достигнуть на дистанционное обучение качества знаний, без слаженной работы всех сотрудников кафедры. Поэтому большую значимость имела этическая, нравственная и психологическая деятельности преподавателей и обучающихся.

От преподавателей потребовался не только высокий профессионализм, но и высочайшее умение соблюдать нормы этики и деонтологии в процессе сетевого общения со студентами. Успех обучения как это ни парадоксально, зависел не только от качества информационно-образовательной среды и учебных материалов, но и от, что не менее было важно, сетевого этикета общения, умения преподавателя общаться с обучающимся в дистанционном режиме, и наоборот.

К соблюдению этикетных норм относилось строгое соблюдение таких качеств, как вежливость, тактичность, доброжелательность, выдержанность. Выражались эти качества через конкретные речевые действия. С целью более эффективного общения с обучающимися в процессе дистанционного обучения рекомендовалось придерживаться основных принципов делового этикета: делать все вовремя, быть пунктуальным; на все электронные письма отвечать сразу же, по мере их получения; быть любезным, доброжелательным и приветливым; говорить и писать хорошим языком.

Таким образом усилия, направленные коллективом кафедры на решения возникающих в процессе дистанционного обучения этических проблем, а не только организационных, методических явились действенным фактором поддержания качества образовательного процесса.

Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Никитенко Д.В., Ткачева Е.Л., Сайко Д.Ю.

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

ТЕХНОЛОГИЯ CASE-STUDY В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ НЕВРОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ

Переход на профессиональные стандарты Российской Федерации в Донецкой Народной Республике, регламентируют непосредственные трудовые функции, осуществляемые неврологами в конкретных профессиональных ситуациях. Возникает необходимость на этапе обучения в интернатуре компетентностного уровня овладения профессией.

Будущий невролог должен быть подготовлен таким образом, чтобы он мог без особых проблем включаться в трудовые процессы, продуктивно используя квалификацию, опыт и компетенции, полученные в ходе обучения. В образовательном процессе на кафедре неврологии и медицинской генетики применение техники обучения, позволяющей решить поставленную задачу, выступает анализ клинического случая, представленного как технология кейс-стади (case-study).

Анализ клинического случая представляет собой один из методов образовательного процесса, включающий в себя целевой компонент (анализ ситуации, выделение основных клинических синдромов), содержательный компонент (поставленная проблема, условия ее возникновения с учетом особенностей анамнеза), компонент решения (медицинские технологии).

Особенностью метода анализа клинического случая является создание проблемной ситуации на основе фактов из реальной клинической практики, что позволяет всесторонне смоделировать проблему, с которой возможно в дальнейшем придется столкнуться врачу - интерну в своей профессиональной деятельности. Результатом применения метода является не только получение знаний, но и формирование практических умений и навыков. Анализ клинического случая предполагает многоэтапный обучающий процесс. Этапы анализа клинического случая включают: первый этап – знакомство с предложенной клинической ситуацией, ее возрастными особенностями с учетом факторов риска; второй этап – выделение основной проблемы (основных синдромов, их выраженность, тяжесть, степень нарушения функции органов); третий этап – выдвижение гипотез (предварительного диагноза); четвертый этап – предложение одного или нескольких вариантов (последовательности действий, план обследования пациента), указание на возможное возникновение проблем (осложнений), механизмы их предотвращения и решения (протоколы лечения, неотложной помощи). Развивающий потенциал

метода обеспечивается групповым характером использования. Обучение носит преимущественно ситуативный характер, так как именно ситуационное обучение (в том числе и неотложное состояние) позволяет осуществлять поиск и использование максимума знаний и умений в условиях конкретной динамичной неотложной ситуации с пациентом, которая представлена на примере клинического случая. Основной задачей использования анализа клинического случая в технологии case-study является создание условий для закрепления знаний, умений, формирование навыков принятия решений в данной конкретной ситуации. Таким образом, внедрение на кафедре интерактивных форм обучения помогают глубже вникать, понимать и оценивать предложенные ситуации, искать разные пути решения поставленной задачи путем активного вовлечения в учебный процесс обучающихся, повышать степень готовности к будущей самостоятельной профессиональной деятельности, углублять знания по избранной специальности.

Джоджуа Т.В., Джоджуа А.Г., Павлюкова Л.В.

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

ГЕСТАЦИОННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА.

Преэклампсия (ПЭ) и эклампсия (Э) представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему. Фактором риска развития и тяжести ПЭ является наличие экстрагенитальной патологии, включая эндокринопатии, гипертензивные нарушения, инфекцию мочевыводящих путей, заболевания сердечно-сосудистой системы. Особое место занимают заболевания нервной системы (рассеянный склероз, эпилепсия, острое нарушение мозгового кровообращения, сирингомиелия, миастения, синдром задней обратимой лейкоэнцефалопатии и др.). Подобное разнообразие представляет реальные трудности в единых подходах к диагностике ПЭ, интерпретации результатов и определении тактики ведения гестационного периода.

Цель: предупредить развитие эклампсии и снизить материнскую смертность путем уточнения механизмов формирования и оптимизации процесса диагностики неврологических нарушений гестационного периода.

Материал и методы: на протяжении пятнадцати лет (2005-2015 г.г.) в отделении интенсивной терапии ДРЦОМД на лечении находилось 1907 беременных с ПЭ средней и тяжелой степени со сроком гестации 28-40 недель и 4 родильницы с Э. Все случаи Э произошли вне нашего лечебного учреждения. У всех пациенток имела место различная экстрагенитальная патология. Следует отметить, что за период военных действий на территории ДНР количество пациенток с традиционными симптомами ПЭ (протеинурия, гипертензия, генерализованные отеки) уменьшилось, но выросло число беременных с атипичными (моносимптомными) формами ПЭ (24% - 458 случаев). Атипичные формы развития ПЭ с преобладанием мозговой симптоматики представляли наибольшие диагностические трудности и имели место у 100 (22%) пациенток. Применялись различные методы исследования: клинические, генетические, клинико-лабораторные, инструментальные, нейровизуализационные.

Результаты и обсуждение: неврологические нарушения у беременных и родильниц были связаны с обострением существовавшего ранее неврологического заболевания (рассеянный склероз, эпилепсия, острое нарушение мозгового кровообращения и др.), являлись проявлением заболеваний, не связанных с беременностью (например, новообразования головного мозга), а также были проявлением симптоматики ПЭ и Э. У всех пациенток начало неврологической симптоматики было острым и наблюдалось при поступлении или нахождении пациентки в отделении интенсивной терапии (n=72) и в родильном отделении в третьем периоде родов (n=18). Трудности дифференциальной диагностики неврологических расстройств в гестационном периоде были обусловлены тем, что спектр возможных причин был достаточно велик и различные неврологические формы могли развиваться как независимо, так и совместно и не исключать друг друга. Большую роль в диагностике неврологических

расстройств играло наличие в неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики, уровень сознания, наличие судорожного синдрома, степень выраженности головной боли.

Выводы: уточнение и информированность о механизмах формирования неврологических нарушений у беременных и родильниц позволило сократить до минимума процесс их диагностики и приблизить патогенетическое лечение. Все обследованные пациентки остались живы и своевременно были родоразрешены.

Джоджуа Т.В., Кабанько Т.П., Рыкова Я.В.

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

«NEAR MISS»: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Глубокий анализ акушерских случаев, едва не завершившихся летальным исходом - «near miss», является предметом систематического изучения в большинстве развитых и развивающихся стран. Исследования данной проблемы - это предмет глубокого анализа и путь выработки единых критериев для идентификации этих форм.

Цель исследования: улучшить результаты интенсивной терапии (снизить материнскую смертность, сократить время восстановления органных и системных функций, снизить стоимость лечения) больных путем предотвращения «near miss».

Материал и методы. Проведен анализ 156 случаев «near miss» и 1 случая материнской смертности в ОАИТ ДРЦОМД за период с 2018 по 2020 год. Исследование проведено по утвержденным формам первичной медицинской документации: медицинским картам амбулаторного больного ф.№ 0,25/у, индивидуальным картам беременной и родильницы ф.№ 113/у, медицинским картам стационарного больного ф.№ 003/у, историям родов ф.№ 096/у, протоколам вскрытия ф.№ 113/о.

Результаты. Средний возраст пациенток, находившихся в критическом состоянии, составил $26,53 \pm 4,34$ лет и варьировал от 19 до 39 лет. Ведущей причиной «near miss» в ОАИТ ДРЦОМД за период с 2018 по 2020 год явилась тяжёлая преэклампсия – 99 (63%) случаев, из них осложнившаяся HELLP синдромом – 3 случая. В 60% случаев ПЭ сопровождалась развитием синдрома полиорган-ных нарушений (СПОН). Все 3 случая эклампсии произошли вне ДРЦОМД, все пациентки были доставлены выездной бригадой экстренной помощи. Одна родильница умерла в ОАИТ ДРЦОМД. По поводу послеродовых кровотечений госпитализированы 48 родильниц (31%). Среди них преобладали женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Имелись случаи массивных кровотечений, обусловленных полным предлежанием плаценты, полным предлежанием и вращением плаценты, истинным вращением нормально расположенной плаценты, гипотонией матки. Третье ранговое место заняли гнойно-септические заболевания (метроэндометрит, СПОН) – 2 случая (1,3%). Кроме того, в группу «near miss» вошли пациентки с антенатальной гибелью плода – 3 (1,9%) и ТЭЛА – 1 (0,64%). Анестезиологические осложнения не зарегистрированы. Средний койко-день пребывания в реанимации составил $7,71 \pm 3,21$. Важными качественными показателями деятельности службы родовспоможения являются схожесть структуры материнских потерь и «near miss» и соотношение случаев материнской смертности к «near miss». В 2018 – 2020 году в ДРЦОМД зарегистрирован 1 случай материнской смертности. Общее соотношение случаев материнской летальности к «near miss» составило 1:156, при этом наибольший риск был для пациенток с тяжелой преэклампсией/эклампсией.

Выводы. Внутренний контроль качества медицинской помощи, проводимый в родовспомогательных учреждениях, а также решение организационных вопросов (сплошной мониторинг беременных женщин групп риска, реализация алгоритма трехуровневой маршрутизации, привлечение многопрофильных больниц к работе с родильными домами) позволили снизить частоту критических акушерских состояний и уменьшить материнскую смертность.

Джоджуа Т.В., Костенко В.С., Миндзяк Р.М.

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

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ РЕЛАКСАНТОВ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

На сегодняшний день без периферических миорелаксантов не может пройти ни одна операция под общей анестезией. Но именно в работе с беременными пациентками имеются свои уникальные особенности.

На территории Донецкой Народной Республики (ДНР) имеются различные виды периферических миорелаксантов, в зависимости от механизма и длительности их действия. Идеальным миорелаксантом считается препарат способный вызывать миоплегию для интубации в максимально короткое время после введения и обладает быстрым периодом полувыведения или имеет антидот для реверсии нервно-мышечного блока.

Долгое время препаратом выбора при выполнении миоплегии для интубации трахеи в акушерстве был деполяризующий миорелаксант – суксаметония хлорид, но после прекращения его поставок на территорию ДНР заменить его стало невозможно. Для интубации трахеи во время индукции общей анестезии при операции кесарева сечения применяли рокурония бромид в дозировке 0,45-0,6 мг/кг. Интубация при этом могла быть выполнена через 90 сек. С целью ускорения наступления миоплегии для интубации трахеи применяли прайминг – введение 10% от расчетной интубационной дозы до анестетика, а остальной после окончания индукции, что в среднем, сокращало время действия препарата на 15-20 сек. По международным данным доза рокурония бромида для КС может быть увеличена до 1-1,2 мг/кг, что сокращает время наступления миоплегии до 45-60 сек. Стремилась к сокращению времени до интубации трахеи при КС по двум причинам: развитие гипоксемии во время эпизода апноэ, несмотря на адекватную преоксигенацию и наличие «полного желудка», что увеличивает риск регургитации и аспирации желудочным содержимым. Для реверсии нервно-мышечного блока использовали неостигмина метилсульфат (прозерин) в дозе 1,5 мг (3 мл) после предварительного введения атропина сульфата 0,5-0,7 мг. Предполагали теоретическую возможность введения селективного антидота – сугаммадекса в стандартной дозировке 4 мг/кг, медиана времени для восстановления 4,7 мин; в случае средней нервно-мышечной блокады - 2 мг/кг с медианой восстановления 1,4 мин и для немедленной реверсии нервно-мышечного блока индуцированного рокуронием бромидом 1,2 мг/кг необходимо ввести сугаммадекс в дозе 16 мг/кг, медиана времени для восстановления 4,2 мин. При выборе миорелаксанта для интубации основывались на механизме его действия и противопоказаниях, с одновременным соблюдением клинических рекомендаций МЗ ДНР для своевременной диагностики и лечения анафилактического шока.

Для прогнозирования трудной интубации применяли шкалы S.R. Mallampati и «МОСКВА». Интубацию трахеи выполняли в улучшенном положении Джексона. Имели возможность использовать ларингоскоп «Truviev evo-2», «Karl storz-endoskope», бронхофиброскоп.

В случае развития сценария – «не могу интубировать, не могу оксигенировать/вентилировать» прозерин в отличие от сугаммадекса не способен вызвать реверсию глубокого нервно-мышечного блока. Наличие отека в некоторых критических ситуациях ставит под сомнение выбор высоких доз рокурония бромида для быстрой последовательной индукции при экстренной интубации. В свою очередь высокая стоимость препарата на сегодняшний день признана его недостатком. Еще один вопрос, на который нет ответа касается трансплацентарного проникновения сугаммадекса и его влияния на плод после введения беременной.

Джоджуа Т.В., Холодняк Т.И., Спиридонова Я.В., Мироненко Д.М.

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

ПРЕДУПРЕЖДЕН, ЗНАЧИТ ВООРУЖЕН – ОСНОВНОЙ ТЕЗИС В РАБОТЕ СОТРУДНИКОВ ДРЦОМД В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Современная ситуация, связанная с пандемией, вызванной вирусом COVID-19, заставила по-новому взглянуть на различные сферы деятельности в медицине. В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-легочной системе, у беременных женщин повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций. Представляет актуальность разработка и внедрение научно обоснованных мероприятий по профилактике распространения и лечению новой коронавирусной инфекции (НКИ), организация и мотивация персонала на работу в особых условиях при повышенной нагрузке.

В Донецком Республиканском Центре Охраны Материнства и Детства (ДРЦОМД) проведен анализ нормативно-правовой базы, регулирующей организацию деятельности медицинской организации в условиях НКИ COVID-19. Медицинский персонал отделения анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) и персонал родового отделения ознакомлен с мерами санитарно-противоэпидемического режима. С 16 марта 2020 г. в ДРЦОМД введен комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по недопущению развития случаев НКИ COVID-19 в условиях стационара. С целью оптимизации диагностики НКИ разработана и усовершенствована анкета, которую заполняет пациентка или ее представитель при поступлении в стационар. Пациентки, имеющие симптомы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), переводятся в Макеевский перинатальный центр. Пациентки, не входящие в группу риска по контакту или не имеющие симптомов ОРВИ в случае плановых направлений, госпитализируются с готовыми отрицательными результатами ПЦР исследования, в ургентной ситуации забор анализа производится в санпропускнике. С 7 декабря 2020 года по 1 сентября 2021 года обследовано (РНК SARS– COV-2 методом ПЦР) 3039 пациенток. Выявлено наличие НКИ у 119 (3,9%) беременных. До получения результатов исследования родили 11 пациенток. Из них патологические роды наблюдались у шести (54,5%), и у пяти (45,5%) роды завершились путем операции кесарева сечения по показаниям: косое положение плода при многоводии, угроза разрыва матки по рубцу у пациентки с сопутствующим многоводием, поперечное положение плода при многоводии, выпадение петель пуповины при многоводии, отсутствие эффекта от преиндукции родов. При проведении кесарева сечения многокомпонентная анестезия с ИВЛ проведена у 59%, а нейроаксиальные методы у 41% женщин. Кроме того, проведено 34 нейроаксиальные анестезии при обезболивании родов. Это исследование показало превалирование общей анестезии над нейроаксиальными методами, что на сегодняшний день расходится с мировой тенденцией. Среди родивших через естественные родовые пути, патологические роды наблюдались у одной пациентки, у которой в связи с дефектом дольки плаценты в третьем периоде родов, произведена ручная ревизия полости матки. Состояние новорожденных от матерей с подтвержденной НКИ было оценено в 6/7 (27,3%), 7/7 (63,6%) и 7/8 (9,1%) баллов по шкале Апгар. В группе пациенток с выявленной НКИ, доля родоразрешенных путем операции кесарева сечения выше по сравнению с общей группой родильниц, в которой не была выявлена НКИ и составила 45,5% и 37,1% соответственно. У 80 % прооперированных, показанием к родоразрешению явились осложнения, связанные с многоводием. 91% пациенток к моменту родоразрешения имели доношенную беременность. Роды через естественные родовые пути завершились у 55% рожениц, у 16% из них были патологическими.

Комплекс проводимых мероприятий позволил обеспечить безопасность лечения пациенток и работы сотрудников в ДРЦОМД, сохраняя при этом качество оказания медицинской помощи. Только соблюдая вышеперечисленные правила, родильное отделение и отделение анестезиологии и интенсивной терапии не допустило заражение, передачу и распространение новой коронавирусной инфекции.

Довгялло Ю. В., Вельма К. М., Горбачева Е. А., Крюков Э. Л.

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

ВОЗРАСТНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ВЕЛИЧИНЫ ФРАКТАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПОВЕРХНОСТНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУЖНОГО ДИАМЕТРА ЗАДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ

Актуальность. Использование современных методик прижизненной визуализации сосудистого русла для объективной оценки тех или иных нарушений мозгового кровотока затрудняется отсутствием количественных критериев характеристики указанных структур. Одним из таких критериев может стать фрактальный индекс, позволяющий математически оценить пространственную организацию церебрального сосудистого русла. Применение указанного метода на нынешний момент невозможно в связи с отсутствием значений нормы данного показателя. Учитывая все вышесказанное, изучение эталонных значений фрактального индекса в зависимости от возраста обследуемого и характеристик магистральной артерии, которая формирует поверхностное артериальное русло конкретной области, является актуальным для проведения исследования.

Целью работы явилось определение нормальных значений фрактального индекса поверхностного артериального русла верхнелатеральной поверхности больших полушарий (ФИ ПАР) в зависимости от величины наружного диаметра задних мозговых артерий (НД ЗМА) в разных возрастных группах.

Материал и методы. Были определены величина НД ЗМА и ФИ ПАР затылочной доли 48 людей в возрасте 29-69 лет, умерших от причин, не связанных с сосудистой патологией. Обследуемые составили три возрастные группы: первого периода зрелого возраста, второго периода зрелого возраста, пожилого возраста – по 16 человек (8 мужчин и 8 женщин) в каждой.

Для определения исследуемых величин производилась фотосъемка основания и верхнелатеральной поверхности больших полушарий головного мозга при помощи фотоаппарата Nikon 3110 с применением морфометрического маркера. Полученные цифровые изображения обрабатывались при помощи программы Adobe Photoshop, абсолютные величины измерялись пиксельной линейкой SPRuler. Расчет фрактального индекса производился методом box-counting. Статистический анализ результатов проводился при помощи лицензионной программы MedStat.

Результаты. У лиц первого периода зрелого возраста выявлено наличие слабой по силе положительной линейной корреляционной связи между величинами НД ЗМА и ФИ ПАР затылочных долей ($r=0,248$, $p<0,01$, r – коэффициент корреляции Пирсона, p – уровень значимости, здесь и далее по тексту).

У лиц второго периода зрелого возраста между величинами показателей НД ЗМА и ФИ ПАР затылочных долей выявлены средние по силе линейные положительные корреляционные связи ($r=0,507$, $p<0,01$).

В группе лиц пожилого возраста также установлено наличие средней по силе линейной корреляционной связи между величинами НД ЗМА и ФИ ПАР затылочных долей ($r^*=0,453$, $p<0,05$, где r^* – коэффициент корреляции Спирмена).

Выводы. В ходе исследования выяснено, что возрастные перестройки сосудистого русла головного мозга происходят как на уровне магистральной артерии, обеспечивающей кровоснабжение затылочной доли, так и на уровне сосудов, формирующих поверхностное артериальное русло этой же области. При этом указанные изменения связаны между собой: увеличение НД ЗМА с возрастом обуславливает увеличение показателей ФИ ПАР затылочной доли всех исследованных возрастных групп. Таким образом, полученные результаты позволяют расширить представления о возрастной изменчивости сосудов головного мозга и достичь новых успехов в определении нормальных значений ФИ ПАР верхнелатеральной поверхности больших полушарий.

Довгялло Ю.В.

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

МУЛЬТИФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Актуальность. Определение фрактала было дано Бенуа Мандельбротом для обозначения нерегулярных, но самоподобных структур, к которым относится и поверхностное артериальное русло конвексительной поверхности головного мозга. Фракталы можно охарактеризовать не только качественно, но и количественно при помощи целого ряда переменных: лакуарность, корреляционная размерность, параметр упорядоченности и другие. Численная оценка поверхностного артериального русла верхнелатеральной поверхности больших полушарий при помощи параметров мультифрактального анализа позволит еще на доклиническом этапе диагностировать нарушения мозгового кровообращения, которые в будущем могут стать предпосылкой развития инсультов. Отсутствие количественного эталона нормы величин показателей мультифрактального анализа сдерживает развитие этого перспективного направления медицинской науки. Все вышесказанное и определило цель настоящей работы.

Цель. Установить величины показателей фрактальной размерности и лакуарности поверхностного артериального русла (ПАР) конвексительной поверхности больших полушарий головного мозга, которые могут быть использованы в качестве морфометрического эталона нормы.

Материал и методы. В соответствии с целью и задачами работы были определены величины показателей фрактальной размерности и лакуарности конвексительной поверхности больших полушарий 66 человек обоего пола, умерших от причин, не связанных с заболеваниями сосудов или нервной системы, которые составили три возрастные группы: первого периода зрелого возраста – 22 человека, второго периода зрелого возраста – 22 человека, пожилого возраста – 22 человека. Определение величин показателей фрактальной размерности и лакуарности проводилось с помощью метода box counting.

Результаты и обсуждение. В лобной доле медиана значений фрактальной размерности оказалась равна $1,761 \pm 0,011$ в правом полушарии и $1,759 \pm 0,012$ в левом полушарии, лакуарности – $1,453 \pm 0,010$ в правом полушарии и $1,436 \pm 0,012$ в левом полушарии. В теменной доле медиана значений фрактальной размерности составила $1,705 \pm 0,011$ справа и $1,718 \pm 0,011$ слева, лакуарности – $1,514 \pm 0,012$ справа и $1,438 \pm 0,010$ слева. В затылочной доле медиана значений фрактальной размерности оказалась равна $1,804 \pm 0,08$ справа и $1,805 \pm 0,06$ слева, лакуарности – $1,511 \pm 0,013$ справа и $1,512 \pm 0,08$ слева. В височной доле медиана значений фрактальной размерности составила $1,763 \pm 0,009$ справа и $1,759 \pm 0,012$ слева, лакуарности – $1,515 \pm 0,012$ справа и $1,516 \pm 0,010$ слева.

Как в правом, так и в левом полушарии величины показателя фрактальной размерности ПАР оказались достоверно больше в лобной, височной и затылочной долях, чем в теменной, а также достоверно больше в затылочной доле, чем в лобной и височной. Величины показателя лакуарности оказались достоверно больше в теменной доле, чем в лобной и височной. Значения фрактальной размерности и лакуарности достоверно не отличались в правом и левом полушариях.

Выводы. Плотность расположения элементов ПАР увеличивается спереди-назад: от лобной доли к затылочной, как в правом, так и в левом полушарии. Количество свободных пространств – лакун уменьшается от центра полушария (теменной доли) к затылочному и височному полюсам.

Мультифрактальный анализ – перспективный метод оценки пространственной геометрии сосудистой сети, который позволяет не только визуально, но и количественно, а значит объективно оценить распространенность сосудов и наличие лакун между элементами русла.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

SARS-COV-2 (DELTA, B.1.617.1): КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Индийский штамм коронавируса SARS-CoV-2 (B.1.617, или вариант «Delta») стремительно распространяется по всему миру. Эта мутация была впервые обнаружена в Индии в октябре 2020 года. С тех пор исследователи выделили три подтипа, известные как B.1.617.1 («исходный» B.1.617), B.1.617.2 и B.1.617.3, каждый из которых имеет некоторые различия в генетическом составе. 18 июня 2021 года ВОЗ заявила, что «Delta» становится доминирующим вариантом болезни во всем мире. В России наблюдается вспышка нового варианта Covid-19. 90% случаев новых заражений коронавирусной инфекцией в Москве приходится на «Delta». Имеют место следующие особенности вируса: 60 % увеличение трансмиссивности, потенциальное снижение эффективности текущих схем терапии, потенциальное снижение эффективности поствакцинального иммунитета, потенциальное увеличение летальности. Английские эксперты считают, что B.1.617.2 на 50% более заразен. Немецкие вирусологи получили схожие данные — «Delta» быстрее распространяется и более эффективно ускользает от действия антител. У инфицированных Delta в раннем периоде наблюдаются клинические особенности: на фоне интоксикации нет потери обоняния, выражен катаральный синдром в виде болей в горле, насморка, кашля. Выделяют три стадии в течении болезни: ранняя инфекция, стадия легочной инфекции, стадия гипервоспаления. Вирусная нагрузка при Delta исходно в 1,5-2 раза выше и медленно снижается. Продолжительность стадии ранней инфекции с 6-8 дней чаще сокращается, вторая стадия продолжается 12-15 дней, 3-я продолжается от 20-25 до 30-40 дней. В стадию легочной инфекции развивается одышка, гипоксия, SpO₂ < 90 %, характерны типичные изменения на КТ и Rg ОГК, повышение активности АЛТ, АСТ, СРБ, нормальный или сниженный уровень прокальцитонина. На стадии гипервоспаления развивается ТОРС (РДСВ), отмечается значительное повышение СРБ, IL-6, D-димера, ферритина, тропонина. На стадии ранней инфекции противопоказаны глюкокортикостероиды, которые во 2 и 3 стадии заболевания наряду с ингибиторами цитокинов, янускиназы, иммуноглобулина являются обязательным компонентом лечения. Критериями госпитализации для ПЦР (+) пациентов являются: температура тела выше 38 градусов более 3х суток, или выше 37.5 градусов более 5 суток; ЧДД более 22, SpO₂ < 95%; систолическое АД менее 90 мм рт. ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт. ст.; диурез менее 20 мл/час; неврологическая симптоматика: изменение уровня сознания, признаки делирия, длительная высокоинтенсивная головная боль, плохо купирующаяся анальгетиками; боль в грудной клетке, впервые возникшие нарушения ритма; пациент ПЦР (+) из следующих групп риска: беременные любых сроков, пациенты старше 60 лет, пациенты, страдающие аутоиммунными, онкологическими заболеваниями, ВИЧ, ХБП, сахарным диабетом, любыми хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Таким образом, ультравысокая вирусная нагрузка Delta, определяемая на ранних ПЦР циклах, способна быстро подавлять интерфероновый ответ, что предопределяет уменьшение количества асимптомных и легких пациентов, увеличивает нагрузку на стационары и реанимационные отделения. Высокая вирусная нагрузка предопределяет раннее формирование реакции гипервоспаления, сокращая светлый промежуток от появления симптомов до десатурации. Крайне сложным становится определение времени введения иммуносупрессивной терапии, так как раннее введение способно увеличить вирусную репликацию, а позднее не влияет на статус выживаемости. Не ясна чувствительность варианта к стандартной противовирусной терапии.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

КОИНФЕКЦИИ ПРИ COVID-19

Клинические проявления COVID-19 могут быть схожими с симптомами гриппа и наиболее часто проявляются лихорадкой (75,3%), непродуктивным кашлем (62,6%), одышкой (52,7%) и болью

в горле (43,9%). Реже наблюдаются миалгия, головная боль, выделение мокроты (20%) Несколько реже (20–38%) слабость регистрируется рвота, тошнота, диарея, и потеря аппетита. Менее распространенными (<20%) были боли в животе, потеря вкуса или обоняния, головокружение и боль в груди. По данным международных исследований (3834 больных) 7% госпитализированных с COVID-19 имели сопутствующую бактериальную инфекцию. Самыми распространенными микроорганизмами были *Mycoplasma pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Haemophilus influenzae*. Доля сопутствующей вирусной инфекции у 1014 пациентов COVID-19 составила 3%, при этом наиболее часто встречались респираторно-синцитиальный вирус и вирус гриппа А. У 30 % и 9% больных с SARS-CoV-2 определялись *Chlamydia pneumoniae* и *M. pneumoniae* соответственно. В исследовании, проведенном в Китае, из 148221 пациента с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2, 25,8% страдали коинфекциями, из них 29,8% были коинфицированы бактериями. По нашим наблюдениям бактериальные коинфекции у больных COVID-19 регистрировались у 5,4% обследованных больных в соответствии с длительной или рецидивной лихорадкой, соответствующими жалобами, клиническими проявлениями и лабораторными отклонениями. Превалировала мочевиная инфекция с выделением *Coli*-патогенных штаммов, далее регистрировались хронический гайморит и тонзиллит (стафилококк, стрептококк, реже – грамм-отрицательная флора), дисбиоз кишечника, ассоциированный с высокой степенью обсеменения грамм-отрицательными возбудителями (клебсиелла, протей, энтеробактер, *Coli*). Под нашим наблюдением находился больной 18 лет с умеренным катаральным синдромом, длительной фебрильной лихорадкой, лимфаденопатией, желтухой, увеличением печени, илеитом. В мазках из носоротоглотки от 26.09.2020 (№105619) обнаружена РНК SARS-CoV-2. СКТ органов грудной клетки от 25.09 и 08.10.2020 – без патологии. В анализе крови в динамике отмечен умеренный нейтрофилез (п-8 %, н-76 %), СОЭ – 4-14 мм/ч. Билирубин общий – 39,8 мкмоль/л, прямой – 6,9 мкмоль/л, АЛТ – 0,15 ммоль/л, АСТ – 0,26 ммоль/л. Показатели глюкозы, амилазы, креатинина, мочевины, коагулограммы, анализ мочи, ЭКГ – без отклонения от нормы. Бактериологическое исследование носоглоточной слизи, крови, мочи, экспресс-тест и ИФА на ВИЧ отрицательные. Методом генотипирования выявлен синдром Жильбера. В РНИФ обнаружены IgM к *Yer. Enterocolitica* O:4, O:6, O:9. Таким образом, диагностирована редкая микст-инфекция COVID-19 и иерсиниоза, которая сопровождалась длительным лечением иерсиниоза в стационаре и на амбулаторном этапе.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ COVID-19

Эпидемиологические вызовы в сочетании со стремительным развитием технологий создают возможность и необходимость для изменения формата классического обучения. Образовательный процесс в медицинских ВУЗах имеет ряд особенностей, среди которых наиболее принципиальными является необходимость непосредственного взаимодействия обучающегося с препаратами тканей и органов в начале обучения, с пациентами на последних курсах. Существующие в современности образовательные платформы не создают полноценную симуляцию необходимого контакта. Безусловно, информационно-образовательные среды развиваются и становятся все более мультифункциональными, и в рамках обучения студенты имеют возможность изучать текстовые, аудио-, видеоматериалы, решать ситуационные задачи и тестовые задания, взаимодействовать с преподавателем в текстовом формате и посредством видеосвязи в веб-комнатах. Тем самым дистанционное образование формально содержит в себе все необходимые компоненты обучения очного. И все же основополагающим элементом медицинского образования является коммуникативная составляющая, а также отработка практических навыков, знаний, умений - отсутствие же реальной клинической среды обучения является существенным и невосполнимым недостатком дистанционно реализуемого педагогического процесса. Стоит отметить, что с учетом развития онлайн-медицины с консультациями пациентов посредством видеосвязи или мессенджинга, дистанционное образование предоставляет уникальный, но узкоспецифический опыт дистанционного консультирования. Создание и использование методиче-

ских материалов, включая виртуальный обзор клинических случаев, ситуационные задачи, ролевые модели, интерпретации анализов обследования пациентов, онлайн-коммуникации с пациентами, не дают возможности для формирования полноценного специалиста, оставляя дистанционному образованию участь симуляции, участь дублирующего или дополнительного компонента. Стоит отметить и сокращение сроков эксплуатации методических материалов вследствие несовершенства защиты данных, что повышает нагрузку на преподавателей в связи с постоянной необходимостью актуализации заданий, а также влияет на объективность оценивания обучающихся вследствие отсутствия возможности определения достоверности объема приложенных к выполнению заданий усилий. В аспекте оптимизации и эволюции дистанционного образования к общераспространенным методикам можно добавить использование QR-кодов, активное внедрение «облачных» технологий, разграниченное во времени использование симуляционных центров, где будет реализована работа с фантомами, муляжами, манекенами, изготовленными из материалов, легко поддающихся дезинфекционной обработке. С учетом технологического прогресса и целесообразным представляется рассмотрение перспективы внедрения технологий реально-виртуального континуума в обучение дополненной реальности (AR), виртуальной реальности (VR), дополненной виртуальности (AV). Ведущие мировые ВУЗы (Стэнфорд, Кембридж) уже используют AR и VR в процессе изучения психологии, биологии, анатомии, хирургических манипуляций вплоть до симуляции оперативных вмешательств, в том числе лапароскопических, а также развития коммуникативных навыков, прежде всего в системе «врач-пациент».

Домашенко О.Н., Гридасов В.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ICS) являются стандартной терапией воспалительных заболеваний слизистой оболочки дыхательных путей, таких как аллергический ринит (АР), хронический риносинусит (CRS) или бронхиальная астма (А). Планомерной трансформацией этого знания стало изучение эффективности ICS в качестве патогенетического компонента терапии пациентов с COVID-19. Мацуюма С., Кавасае М., НАО Н. и др. показали, что циклесонид блокирует репликацию РНК SARS-CoV-2, воздействуя на комплекс репликации-транскрипции вируса в культивируемых клетках. Ивабучи и др. сообщает о положительном влиянии ингаляционного циклесонида на клиническое состояние пациентов с COVID-19. Финни Л.Дж., Гланвилл Н., Фарн Н. и др. показали подавляющее действие на ACE2 и интерферон I типа будесонида и беклометазона, Исследование Рамакришнан и др. показывает, что раннее введение ингаляционного будесонида снижает вероятность отрицательной динамики и сокращает продолжительность болезни. Klimek L, Buhl R, Deitmer T, et al показали, что будесонид сократил среднее время до выздоровления по самооценке и составил 3 дня, но не достиг основного параметра исхода. В настоящее время ингаляционный будесонид отдельно и в сочетании с формотеролом, левамизолом, исследуются на различных уровнях клинических испытаний (NCT04193878, NCT04331470, NCT04331054, NCT04355637, NCT04416399). Тем не менее, многие ученые призывают с осторожностью относиться к результатам исследований ICS – имеется множество публикаций, опровергающих эффективность ICS или указывающих на методологические ошибки и необходимость проведения повторных работ с большим количеством пациентов и другим дизайном. Например, Husby A, Pottegård A, Hviid A. в своем исследовании не подтверждают влияние ICS на исходы COVID-19. Halpin DMG, Singh D, Hadfield RM приходят к выводу, что рандомизированные контролируемые интервенционные исследования необходимы для оценки назначения ICS в лечении COVID-19 как у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями, так и без них. Таким образом, на данный момент целесообразность исследований, направленных на изучение преимуществ и рисков назначения ингаляционных глюкокортикостероидов на ранних сроках COVID-19, признана международным медицинским сообществом и подтверждается десятками и сотнями исследований, а

циклосонид и будесонид являются перспективными в плане изучения и дальнейшего практического применения препаратами.

Домашенко О.Н., Захарова И.И., Матиско М.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ

За время пандемии у пациентов с COVID-19, помимо симптомов поражения респираторного тракта, были зарегистрированы такие клинические симптомы поражения пищеварительной системы, как диарея (1,25–10,10%), тошнота и рвота (1–10,1%), потеря аппетита (43%). Кроме того, в 16–53% случаев COVID-19 наблюдалось нарушение функции печени, причем в основном были зарегистрированы изолированное повышение уровня трансаминаз – аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы. Среди возможных факторов повреждения печени рассматривается вирус-индуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность и др.

Проанализированы истории болезни 178 пациентов (мужчин – 79, женщин – 99), которые находились на лечении на базе ЦГКБ №1 г. Донецка с диагнозом коронавирусная инфекция COVID-19. Среди госпитализированных преобладали лица пожилого 76 (42,7%) и среднего – 50 (28,1%) возраста. Молодые больные составили 14% (25), старческого возраста – 15,2% (27). Пациенты были разделены на две группы: в основную группу включены больные с гиперферментемией – 71 (40%), в контрольную – с нормальными показателями печеночных ферментов – 107 (60%). Диагноз COVID-19 был подтвержден методом ПЦР и ИФА (экспресс-тест), в 3 случаях выставлен клинико-эпидемиологически. У 74 (41,6%) больных вирус был обнаружен в мазках из носоротоглотки. IgM и IgG к SARS-CoV-2, при выполнении экспресс-теста у 70 (39%), IgM – у 6 (3,4%), IgG – у 24 (13,5%) больных. Срежнетяжелое течение наблюдалось у 134 (75,2%), тяжелое течение – у 29 (16,3%), легкое – у 15 (8,4%) госпитализированных. Пневмония была выявлена у 152 пациентов с COVID-19, среди них в 108 случаях – полисегментарная. Больные предъявляли жалобы на общую слабость (166), одышку (129), кашель (134), в основном непродуктивный (8). Явления аносмии и агевзии беспокоили 15 (84%) госпитализированных, у одного больного отмечено извращение вкусовых ощущений. Длительность лихорадочного периода варьировала от 1 до 60 дней ($12,11 \pm 1,49$). Диспептические явления были обнаружены у 13 пациентов (7,3%): тошнота (8), боль в животе (2), диарея (3). Симптомы поражения ЖКТ возникали на 7-8 сутки болезни, длительность их составляла от 1 до 10 дней ($3,5 \pm 1,74$). Среднее время от начала заболевания до госпитализации составило 10 и 9 дней соответственно в основной и контрольной группах. Пациенты первой группы провели в отделении $17,4 \pm 1,5$ дня, 2-й группы – $19,2 \pm 1,07$ дня. При объективном исследовании гепатомегалия обнаружена у 56% пациентов основной группы и у 37% – контрольной. Амбулаторно антибиотикотерапия проведена 70,4% больным первой группы и 49,5% – второй. Глюкокортикостероиды были назначены 31% и 12,6% больным соответственно по группам, антикоагулянты в профилактической дозе – 12,7% и 5,6%. В стационаре антибактериальные препараты назначены в 91,5–93% обеих групп (цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы, макролиды, пенициллины). Гепатотоксичные препараты, такие как статины, нестероидные противовоспалительные препараты, противогрибковые, принимали 30% пациентов с явлениями гепатита и 31,8% с нормальными показателями печеночных ферментов. Уровень АЛТ в первой группе колебался от 0,8 до 3,5 ммоль/л ($M=1,34 \pm 0,15$). Максимальный уровень ферментемии выявлен в различные сроки болезни – от 7-го до 60-го ($M=19 \pm 1,78$) дня болезни. Большинство пациентов основной группы выписаны из отделения с сохраняющейся ферментемией – 54 (78,9%). У 11 человек нормальный уровень АЛТ выявлен на 15-37-й дни болезни ($M=23,45 \pm 3,7$). Таким образом, выявленный гепатит у пациентов основной группы, вероятнее всего, обусловлен вирус-индуцирующим влиянием COVID-19.

Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней, г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19, В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

В настоящее время доказательных данных об эффективности применения противовирусных препаратов при COVID-19 недостаточно, а выбор средств для лечения основывается на опыте их применения, данных исследований. Препараты лопинавир+ритонавир и гидроксихлорохин исключен из действующего клинического протокола по лечению COVID-19. Несмотря на это, опыт применения данных препаратов в начале пандемии имеется.

Под нашим наблюдением в ЦГКБ№1 г. Донецка находилось 137 пациентов (67 мужчин и 70 женщин), в возрасте 38-72 лет, с лабораторно подтвержденным SARS-CoV-2 методом ПЦР. Из них 41 (29,9%) пациент были в тяжелом состоянии, 96 (70,1%) пациентов – средней тяжести. У всех (100%) больных рентгенологически подтверждена двусторонняя пневмония. Чаще регистрировались жалобы на лихорадку (98,7%), общую слабость (98,1%), кашель (93,8%), одышку (56,4%), аносмию (25,7%). Пациенты с отягощенным коморбидным фоном: сердечно-сосудистая патология встречалась у 90%, метаболический синдром (сахарный диабет 2 типа, ожирение) у 26%, ХОЗЛ у 9%. Регистрируемые изменения в лабораторных показателях при поступлении: лимфопения, ускоренное СОЭ, повышение уровня СРБ, фибриногена, D-димера. Для лечения использовали лопинавир+ритонавир в 96 (98,1%) случаях, в 25 (18,2%) – гидроксихлорохин, в 16 (11,7%) случае пациенты не получали этиотропных препаратов. Всем пациентам назначалась терапия низкомолекулярными гепаринами под контролем коагулограммы. Пациентам с тяжелым течением (29,9%) назначали дексаметазон в дозе 12-16 мг/сутки парентерально. Оксигенотерапия потребовалась 86 пациентам потоком с 5 л/мин до 15л/мин с коррекцией скорости потока до достижения оптимального уровня $SpO_2 \geq 90\%$. Антибактериальная терапия проводилась 126 (91,9%) пациентам (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, макролиды, карбопены). Среди получавших лопинавир+ритонавир средняя длительность лихорадки составила 13,7 дней, нуждались в респираторной поддержке – 45,3% больных, потребовался перевод в отделение реанимации – 19,7% больным. При контрольном рентгенологическом исследовании ОГК пневмония разрешилась у 42,2%, отсутствие динамики – у 7,8%, положительная динамика – у 36,7%, в стадии разрешения – у 11,1% пациентов. У пациентов получавших гидроксихлорохин средняя длительность лихорадки составила 15,3 дня, нуждались в респираторной поддержке – 33,3% больных, потребовался перевод в отделение реанимации – 16,0% больным. При контрольном рентгенологическом исследовании ОГК пневмония разрешилась в 13,3%, отсутствие динамики – у 6,7%, положительная динамика – у 6,7%, в стадии разрешения – у 26,7% пациентов. Группа пациентов, не получавшая этиотропных препаратов, достоверно не отличалась от таковых в двух исследованных группах. При сравнении эффективности противовирусных препаратов можно отметить у больных, получавших лопинавир+ритонавир, меньшую продолжительность лихорадки, более высокую частоту нормальных рентгенологических показателей легких при контрольном обследовании. Частота побочных симптомов была больше при лечении лопинавир+ритонавиrom. При лечении гидроксихлорохином токсические кардиологические признаки не наблюдались.

К настоящему моменту очевидно, что пандемический потенциал COVID-19 не исчерпан. Опыт ведения пациентов с начала пандемии продемонстрировал большое количество побочных эффектов от применяемых препаратов противовирусного и противовоспалительного действий, в связи с чем по-прежнему существует необходимость поиска эффективных и безопасных средств лечения COVID-19.

Домашенко О.Н., Филиппова Т.И., Захарова И.И.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кафедра инфекционных болезней
Республиканский Государственный центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной
санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОНБАССЕ

В мире ежегодно регистрируется около 1,5 млн случаев вирусного гепатита А (ВГА) с различным уровнем заболеваемости, обусловленным социальными условиями жизни населения региона. Смертность от ВГА составляет около 0,5 %. В 2015–2019 г. г. под наблюдением в инфекционном отделении находились 43 больных ВГА (мужчин – 24, женщин – 19 в возрасте 18–65 лет). Преобладали лица молодого возраста – 27 человек (63 %). Пик заболеваемости наблюдался в 2017 г. – 58 % от общего числа заболевших. 37,2 % пациентов были жителями трех районов города Донецка, наиболее пострадавших в военном конфликте, 25,6 % больных проживали в сельской местности. Преобладающим путем заражения ВГА был водный, связанный с употреблением некипяченой фильтрованной воды, купленной на розлив. У 81,4 % зарегистрированы спорадические случаи ВГА, у 18,6 % – семейные (3 очага) с одновременным появлением первых признаков заболевания. У всех госпитализированных наблюдалась желтушная форма ВГА. Преджелтушный период у 93 % протекал по смешанному типу с сочетанием интоксикационных и диспептических симптомов, продолжительность этого периода – $6,7 \pm 0,86$ дня. Желтушный период длился от 2 до 6 недель, в среднем $3,2 \pm 1,02$ недели. Выраженный цитолитический синдром отмечался у 79 % пациентов (повышение уровня АЛТ в 10 раз и более). Снижение протромбинового индекса отмечено в 23 % случаев. У 93 % больных наблюдалась среднетяжелая, у 2,3 % – легкая, у 4,7 % – тяжелая форма ВГА. У 2-х пациентов со средней тяжестью гепатита отмечен выраженный холестатический синдром, который характеризовался слабой интоксикацией, затяжной желтухой, кожным зудом, низкой ферментемией, постепенной реконвалесценцией. Тяжелое течение ВГА развилось у двух больных пожилого возраста с неблагоприятными фоновыми заболеваниями: ИБС, нарушение сердечного ритма и поражение почек, стадия ХПН 1. У данных пациентов наблюдалась лихорадка в желтушном периоде, выраженная интоксикация, геморрагический синдром, снижение протромбинового индекса, гипоальбуминемия. Диагноз ВГА подтвержден у всех больных обнаружением IgM к вирусу А, при исключении маркеров ВГВ, ВГС, у 27,9 % – ВГЕ. Все пациенты получали дезинтоксикационную терапию, ферменты, метаболические препараты, на этапе реконвалесценции – гепатопротекторы, при холестазах – длительно урсодезоксихолевую кислоту. При тяжелом течении проводимая интенсивная базисная терапия ВГА, включая заместительную белковыми препаратами (10 % раствор альбумина, свежзамороженная плазма крови) оказалась неэффективной, в связи с чем были назначены глюкокортикостероиды (медрол 24–16 мг/сутки). У всех наблюдаемых наступило полное выздоровление без развития рецидивов. Таким образом, клиническое течение ВГА у взрослых на территории Донбасса характеризовалось преобладанием среднетяжелых форм болезни. Преимущественно водный фактор инфицирования свидетельствует о снижении социально-экономического уровня жителей региона. Наличие сопутствующей патологии и пожилой возраст способствует тяжелому течению заболевания.

Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А., Куропятник В.В.

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

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ COVID-19

В настоящее время известно, что вирус SARS-CoV-2 повреждает не только дыхательную систему, но и негативно влияет на работу сердца, почек, мышц, нервной системы, а также психологическое здоровье. Это обуславливает достаточно вариабельное клиническое течение болезни, что затрудняет применение единого алгоритма лечения данного заболевания. В связи с этим среди поддерживающих методов лечения все большее внимание уделяется реабилитации пациентов. Медицинская реабили-

тация (МР) охватывает широкий спектр различных направлений. Так, возможно применение легочной, сердечной, психологической, физической, а также нейрореабилитации. Учитывая особенности клинического течения COVID-19, а также развитие постковидных осложнений, таких как фиброз легких, астеновегетативные проявления, тромбозы и т.д., МР должна быть направлена в первую очередь на восстановление функции дыхательной системы не только у госпитализированных, но и у выздоравливающих пациентов. МР для пациентов с COVID-19 рекомендовано проводить в три этапа. Первый этап включает в себя выполнение программ по МР в ОИТ или в инфекционном отделении при стабилизации состояния пациента. На данном этапе необходимо оказывать нутритивную поддержку, постуральную коррекцию, раннюю мобилизацию грудной клетки с помощью динамических и ассистированных дыхательных упражнений, респираторную реабилитацию с целью усиления эвакуации слизи из легочных альвеол, а также для тренировки ослабленных дыхательных мышц. Второй этап проводится в условиях отделения медицинской реабилитации. При этом, помимо вышеперечисленных направлений, пациентам рекомендовано выполнять дренажные дыхательные упражнения с постоянным или прерывистым положительным давлением на выдохе, динамические физические упражнения. На данном этапе возможно рассмотрение вопроса о применении физиотерапии. Важным моментом является добавление методов эргореабилитации. До сих пор нет определенного времени начала легочной реабилитации у завершивших лечение пациентов. В соответствии с временным руководством, разработанным Европейским респираторным обществом, пациенты после COVID-19 нуждаются в реабилитационных вмешательствах через 6–8 недель после выписки из больницы, тогда как в Российской Федерации МР проводится сразу после выписки из стационарного отделения, и выполняется в условиях отделения дневного стационара, либо в амбулаторно-поликлинической организации, что и является третьим этапом МР.

Учитывая отсутствие амбулаторных структур в большей части стран, а также необходимость постоянного респираторного надзора, из-за сложности последствий заболевания, преимущество все же отдается стационарной реабилитации.

Для реализации проведения реабилитационных мероприятий необходим комплексный междисциплинарный подход. Совместная работа инфекционистов, реаниматологов, физиотерапевтов, реабилитологов, а также работа младшего медицинского персонала должна быть направлена на достижение наилучшего эффекта от проводимого лечения, а также быстрого выздоровления пациентов.

Донченко Л.И., Оноприенко В.И., Вакуленко А.В., Вдовиченко М.Д., Павловец Л.С.

Республиканский травматологический центр, ДНР

ЦИТОКИНЫ IL-1 β , IL-6 И IL-8 И ИХ РОЛЬ В ИММУННОМ ОТВЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ

Актуальность данного исследования обусловлена нестандартной ситуацией, сложившейся в мире, вследствие распространения коронавирусной инфекции. При проведении плановых операций, связанных с эндопротезированием тазобедренных суставов, имеют место случаи бессимптомного протекания у пациентов вирусной инфекции в предоперационный период. Оперативное вмешательство наряду с массивным повреждением суставных и околосуставных тканей обуславливает стрессовую иммунную и метаболическую реакцию в организме, на фоне которой резко активизируется вирусная инфекция, в итоге у пациентов развиваются различные осложнения. Известно, что ведущую роль в развитии осложненного течения постоперационного периода играют провоспалительные интерлейкины, которые определяют иммунный ответ на оперативное лечение.

Результаты клинико-лабораторного обследования 17 больных, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, позволило установить, что бессимптомно протекающая вирусная инфекция в предоперационный период обуславливает у пациентов более высокие, чем в группе контроля, показатели IL-1 β и более низкие - IL-8. Выявленные особенности содержания данных интерлейкинов сочетались со сниженной активностью клеточного и гуморального иммунитета, а также бо-

лее низкими, чем у пациентов группы контроля, показателями IgA, IgG и IgM, что в целом свидетельствовало о низкой противoinфекционной защите как бактериального, так и вирусного характера.

В первые сутки после оперативного лечения у пациентов с вирусной инфекцией содержание IL-1 β , IL-6 и IL-8 существенно не изменялось. Но вместе с тем отмечено повышение количества В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров, что свидетельствовало об адекватной реакции иммунной системы на тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Однако выявленное при этом сниженное в сравнении с предоперационным периодом содержание IgA в сыворотке крови больных, указывало на ослабление противовирусной защиты. Клинически инфекция проявлялась на 2-5-сутки после операции острым началом в виде повышения температуры тела до 38,5-39,5 $^{\circ}$ C, резкой слабости, отсутствия аппетита. Гипертермия сохранялась большую часть суток, что нехарактерно для послеоперационной лихорадки. Больные в первые дни болезни жаловались на сухость или першение в горле, затем полностью исчезнувшие. Аносмию отмечали 3 пациента, сухой кашель наблюдался у 5 пациентов. Иными словами, клиническая картина соответствовала типичным проявлениям инфекции, вызванной COVID-19. Пациентам проводилась базовая периоперационная антимикробная профилактика продолжительностью 48-72 часа. При развитии вирусной инфекции помимо противовирусной терапии назначались антибиотики широкого спектра действия. Последнее обусловило к 7 суткам после операции достоверное уменьшение содержания в сыворотке крови пациентов провоспалительного IL-1 β и повышение уровня противовоспалительных IL-6 и IL-8, а также содержания IgA. Корреляционный анализ полученных результатов позволил установить тесные корреляционные взаимосвязи между показателями данных интерлейкинов и иммуноглобулинами классов А, G и М. Корреляционный анализ полученных результатов позволил установить тесные корреляционные взаимосвязи между показателями данных интерлейкинов и иммуноглобулинами классов А, G и М, что свидетельствовало о важной роли интерлейкинов в регуляции активности гуморального звена иммунитета у пациентов, перенесших вирусную инфекцию в раннем послеоперационном периоде после артропластики..

Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Современный образ жизни с его стремительным темпом, высоким нервно – психическим напряжением предъявляет к сердечно – сосудистой системе значительные требования, вызывает большую, нередко чрезмерную нагрузку. Поэтому, несмотря на существенные успехи современной медицины, заболевания сердечно – сосудистой системы встречаются очень часто и являются наиболее серьезными.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течении многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах. Основным клиническим проявлением ИБС является стенокардия. Частота стенокардии значительно увеличивается с возрастом. В многочисленных контролируемых клинических исследованиях продемонстрирована способность целого ряда лекарственных препаратов оказывать эффективное и безопасное терапевтическое действие, продлевая жизнь больных с ССЗ и улучшая качество их жизни.

Целью настоящей работы являлось изучение терапевтической эффективности и переносимости препарата – Мексикор, целесообразности его применения у пациентов со стабильной стенокардией II - III ФК по данным терапевтического ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Курск за период с 2018года по 2019год.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов (18 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 52 года), находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» с диагнозом «ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК».

Все пациенты до включения в исследование подписали добровольное информированное согласие. Включенные в исследование пациенты исходно и через 10 дней терапии проходили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее выяснение жалоб и анамнеза, физикальное обследование, клинический и биохимические анализы крови. В динамике учитывали количество приступов стенокардии за сутки.

Пациенты, включенные в исследование, прошли обследование с учетом данных анамнеза. Учитывались следующие показатели: возраст, пол, вес, рост, наличие факторов риска развития ССЗ, длительность заболевания, предшествующая терапия, сопутствующие заболевания и сопутствующая терапия, уровень артериального давления и частота сердечных сокращений. Из биохимических показателей контролировался уровень калия, креатинина, глюкозы, показатели липидного обмена, а также уровни ферментов аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и билирубин.

Критерии включения: возраст от 40 до 65 лет; пациенты, получающую стандартную терапию; ИБС, документально подтвержденная наличием в анамнезе инфаркта, положительными результатами нагрузочных тестов, электрокардиография, холтеровское мониторирование с оценкой частоты, продолжительности периодов ишемии и суммарного интеграла смещения сегмента ST, систолическую и диастолическую функцию левого желудочка оценивали с помощью импульсно-волновой доплерэхокардиографии.

Критерии невключения: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, стентирование, транзиторная ишемическая атака; стенокардия напряжения IV ФК; фракции выброса левого желудочка <40 %; сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, психотропными, наркотическим веществам.

Результаты исследования: На фоне терапии увеличение толерантности к физической нагрузке при ВЭМ было достигнуто у 60% пациентов; уменьшение или исчезновение депрессии сегмента ST при суточном мониторировании ЭКГ отмечалось 50%; количество приступов стенокардии по окончании терапии уменьшилось на 20%; побочных реакций на однократное и курсовое применение препарата не обнаружено.

Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.

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

О РОЛИ «СЕКСУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КАК АКТУАЛЬНЕЙШЕГО НАПРАВЛЕНИЯ К СОХРАНЕНИЮ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО И НРАВСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Актуальность В настоящее время воспитательная работа с подростками и молодежью является одним из основных направлений деятельности специалистов. Разработаны и разрабатываются различные проекты и программы, направленные на охрану их репродуктивного здоровья. И половое воспитание этого контингента является важнейшей необходимостью сохранения здоровья подростков. Причина – высокая степень реальности и роста их сексуальной активности.

Цель исследования: определить роль «сексуального образования» и воспитания, ведущим звеном в профилактике роста числа болезней, передаваемых половым путем на почве непонимания вопросов необходимости «воздержания» ранних сексуальных взаимоотношений.

Материалы и методы. Изучение и обобщение литературы и интернет-источников в данном направлении. Проведено «анонимное анкетирование с ответом на шесть конкретных вопросов 50-ти лиц возраста 15-17 лет с последующей их статистической обработкой применением метода относительных величин.

Результаты исследования. Основными мотивами для ранних, частых сексуальных взаимоотношений (от 90% до 96%) были: любопытство и интерес, чем раньше и чаще тем больше опыта, интересная тема в общении со сверстниками, отсутствие желания и непонимание термина – «воздержание»; полное непонимание значения для физического и нравственного здоровья. Как результат изложено-

го среди девочек-подростков – воспалительные заболевания влагалища (60%), сальпингиты (30%), оофориты (15%), беременность (25%), аборт (20%).

Выводы. Сексуальная сторона жизни подростков и молодежи, уровень грамотности и зрелости в этом вопросе – это и ответственное отношение к своему здоровью, в частности, репродуктивному, «половой жизни» ее важнейшему элементу – «воздержание», принятие в этом вопросе осознанного решения, уметь сказать, прежде всего себе – нет».

Доценко Т.М., Бутева Л.В., Бугашева Н.В.

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

О РОЛИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА, КАК ВАЖНЕЙШЕГО ЭЛЕМЕНТА ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Актуальность. Студенческая научно-исследовательская работа – один из значимых элементов процесса обучения в медицинском вузе. Эта конкретная помощь студентам в получении более глубоких медицинских знаний, умений и навыков в конкретных сферах деятельности медицины и здравоохранения.

Это и неоспоримая роль в лучшем, более глубоком освоении специальности, это и резерв формирования научных кадров. Студенческий научный кружок в медицинском вузе является формой воспитания, позволяющая в большей степени индивидуально подойти к студенту.

Цель исследования: конкретизация форм работы студенческого научного кружка с реализацией их деятельности, учетом специфики профиля кафедры.

Материалы и методы. Обобщение материала литературы и интернет-источников и опыта работы кафедры.

Результаты исследования. Студенческий научный кружок кафедры организован и работает в течение 6 лет, это самый первый шаг к исследовательской работе. Число студентов от 15 до 20 разных курсов и факультетов. Учет работы кружковцев ведется по журналу со следующими разделами: -список студентов-кружковцев

- календарный план мероприятий
- протоколы заседаний
- участие в научных конференциях (вузовских, республиканских)
- отчеты за год.

Работа с кружковцами проводится во внеучебное время: если студент за счет свободного времени готов заниматься вопросами конкретной дисциплины, то снимается одна из главных проблем педагогического процесса – мотивация обучающегося к занятиям. Одним из важнейших моментов НИРС является выбор студентом темы. Темы вывешиваются на кафедральном стенде в начале учебного года. Они должны быть конкретными и достаточно узкими. Особенностью работы студенческого научного кружка кафедры общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения является связь специальными медицинскими дисциплинами, что особенно привлекает студентов в разработке именно таких тем.

Формы работы могут быть различными, в т.ч. и по специфике предмета «общественное здоровье, здравоохранение, экономика здравоохранения», это: 1 подготовка реферативных докладов; 2 изучение вопроса по данным литературы, интернет источников; 3 выполнение самостоятельно клинических и экспериментальных работ, сведения которых получены согласно данным литературы; 4 выполнение работ клинического и экспериментального характера с оригинальным содержанием; 5 работы с литературой в подготовке к выступлению позволяет освоить материал международного и практического потенциала в различных сферах; 6 это еще и опыт краткого и конкретного выступления (доклада). Именно поисковая исследовательская студента может быть началом научной деятельности будущего врача.

Выводы. Научно-исследовательская работа студентов в медицинском вузе должна ориентироваться на будущих практических врачей и планироваться с учетом их запросов. Студенты активно участвуя в работе, получают более глубокие медицинские знания приобретают прочные практические умения.

Доценко Т.М., Замниус Е.В., Бутева Л.В., Бугашева Н.В.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРСКОГО ЗВЕНА НА БАЗЕ ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М.ГОРЬКОГО В УСЛОВИЯХ ДНР

Введение. Основное направление в подготовке фельдшеров в условиях «колледжа СД» на базе университета – клиническая медицина, специальность – лечебное дело, квалификация «фельдшер». Колледж СД университета не является в этом вопросе конкурирующим звеном медицинским колледжам республики. Подготовка статуса «фельдшер» может иметь место только в вузах, имеющих III-IV степень аккредитации, статус, который и имеет Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького.

Цель. Обозначить и конкретизировать роль «фельдшерского дела» в условиях Донецкой Народной Республики.

Материалы и методы. Обобщены данные литературы и интернет источников по данному вопросу, а так же деятельности колледжа СД Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького о наличии возможностей подготовки для лечебного дела специалиста этой квалификации.

Результаты. Для подготовки фельдшерского звена колледж университета имеет практически все возможности: это и методическое обеспечение практических занятий с первого по четвертый курсы, это и пед процесс, осуществляемый высококвалифицированными специалистами – профессорами и доцентами соответствующих кафедр университета, это и специально разработанные рабочие программы, а так же организация самого педпроцесса.

Фельдшерская деятельность необходима для оказания «первичной медицинской помощи» в условиях самих промышленных предприятиях, в настоящее время набирающих мощност в своей деятельности, – это здравпункты, цель работы которых обеспечить медицинскую помощь в круглосуточном плане работающему контингенту.

Возможно, со временем в колледже и будет возможность подготовки фельдшеров военного направления, учитывая продолжающиеся военные действия в ДНР. Интеграция системы образования в Российскую Федерацию, позволяет решить вопросы трудоустройства фельдшеров в России, в которой растет сеть ФАПов при трудностях их полного укомплектования фельдшерами.

Выводы. Организация работы «колледжа СД» в подготовке фельдшеров на базе Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького позволяет готовить выпускников данной специальности, что крайне необходимо для ДНР с ее возрождающимися промышленными предприятиями для укомплектования здравпунктов этих предприятий для оказания первичной медицинской помощи работающим в круглосуточном режиме.

Дубовая А.В., Дудчак А.П., Сосна В.В.

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

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Согласно материалам Американской кардиологической ассоциации (АСА), артериальная гипертензия (АГ) входит в «семерку маркеров неблагоприятия сердечно-сосудистого здоровья». Наличие повышенного артериального давления (АД) и факторов риска в детском возрасте – предикторы развития АГ и заболеваний сердечно-сосудистой системы в будущем.

Однократное измерение уровня АД методом Короткова не дает представлений о «поведении» уровня АД в течение суток. Суточный мониторинг артериального давления (СМАД) обеспечивает получение важной информации о состоянии регуляции сердечно-сосудистой системы и позволяет выявить начало АГ на доклиническом этапе. По данным многих авторов, примерно у третьей части подростков, с артериальной гипертензией, выявленной при случайном измерении АД, повышенное АД регистрировалось и при проведении СМАД.

Цель исследования – изучение показателей суточного профиля АД у детей с первичной эссенциальной артериальной гипертензией.

Обследованы 80 детей, у 20 детей диагностированы вторичные формы АГ, что явилось критерием исключения. Включено 46 детей, составивших основную группу в возрасте от 13 до 18 лет, из них 31 (67,4%) юношей и 15 (32,6%) девушек, у которых было зарегистрировано повышение уровня АД выше 95% на амбулаторном этапе, соответствующего пола, роста и возраста не менее чем на трех врачебных приемах с интервалом 10–14 дней. Контрольную группу составили 14 практически здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту с группами наблюдения, уровнем АД от 10 до 94%.

Оценивали показатели СМАД: средние значения АД за сутки, день и ночь, максимальные и минимальные значения АД в различные периоды суток, показатели «нагрузки давлением», вариабельность АД, суточный индекс (степень ночного снижения АД).

По результатам СМАД, неоднородности суточного профиля АД дети основной были разделены на 3 группы наблюдения: 1-я группа – дети с феноменом «гипертонии белого халата» (ГБХ) 14 человек (30,4%); 2-я группа – дети с лабильной АГ (ЛАГ) – 20 человек (43,6%); 3-я группа – дети со стабильной АГ (САГ) – 12 человека (26 %).

У детей с ГБХ показатели средних САД и ДАД за сутки, день и ночь не превышали 94% и составляли $118 \pm 2,34$; $122,3 \pm 2,15$; $102 \pm 1,76$; $62,8 \pm 2,16$; $67,6 \pm 2,3$; $55 \pm 2,1$ мм рт.ст. На фоне среднего САД днем ($122,3 \pm 2,15$ мм рт.ст.) и ПАД за сутки, день и ночь ($61,3 \pm 2,15$; $63,6 \pm 3,1$; $48 \pm 2,67$ мм рт.ст.) были достоверно выше, чем у детей контрольной группы. ИВ САД/ДАД не превышал 25%. Вариабельность ДАД днем в пределах от 5 до 10 мм рт. ст.

У детей с ЛАГ ИВ САД/ДАД находился в пределах 25–50%, в сравнении с детьми со САГ был вероятно ниже, с ГБХ был вероятно выше. Средние значения САД и ДАД за сутки, день и ночь не превышали 95%, составляли $127 \pm 2,3$; $132,5 \pm 2,56$; $115 \pm 3,1$; $70,4 \pm 2,13$; $76,6 \pm 1,4$; $59 \pm 2,04$ мм рт.ст. Вариабельность ДАД ночью в пределах от 5 до 10 мм рт. ст.

У пациентов с САГ средние значения САД и ДАД за сутки, день и ночь составляли $133,59 \pm 2,34$; $140,78 \pm 2,76$; $125,20 \pm 1,96$ и $71,31 \pm 1,77$; $74,27 \pm 2,29$; $63,21 \pm 2,27$ мм рт.ст. соответственно, при этом ИВ САД/ДАД был выше 50%. Увеличение вариабельности дневного АД (САД – более 15 мм рт. ст., ДАД – от 10 до 15 мм рт. ст.) и СУП ДАД (более 30 мм рт. ст./ч).

Изменения суточного профиля АД у обследованных детей от ГБХ до САГ – имеют достаточно четкие различия в виде повышения показателей уровня САД, его ИВ и вариабельности, что в свою очередь позволяет дифференцировано подходить к выбору тактики ведения данной группы пациентов.

Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Тонких Н.А., Соколов В.Н., Марченко Е.Н., Усенко Н.А.

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

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №3 ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Известно, что под педагогическими инновациями подразумевают нововведения в педагогической системе, улучшающие течение и результаты учебно-воспитательного процесса. Такой инновацией в системе медицинского образования в период пандемии COVID-19 стало дистанционное обучение. Дистанционное обучение – это обучение, при котором его субъекты разделены в пространстве, реализуется с учётом передачи и восприятия информации в виртуальной среде, обеспечивается специальной системой организации учебного процесса, особой методикой разработки учебных пособий и

стратегией преподавания, а также использованием электронных или иных коммуникационных технологий. Дистанционное обучение отличается от традиционного образования по ряду показателей: повышает посещаемость мероприятий за счёт онлайн-участников и просмотров записей; привлекает тех участников, кто не может присутствовать на занятиях в силу разных причин; предоставляет возможность доступа к электронным материалам и видеозаписям после лекции; привлекает новых слушателей, предоставляя им возможность в любое свободное время присоединиться к онлайн-занятию; обеспечивает доступность и экономичность образования для всех категорий граждан; стимулирует самостоятельную познавательную деятельность.

В нашем университете за время пандемии COVID-19 площадкой для дистанционного обучения стала электронная информационно-образовательная среда. Преподавателями кафедры педиатрии №3 были существенно дополнены курсы для интернов специальностей «Педиатрия», «Общая практика-семейная медицина», а также ординаторов специальностей «Педиатрия», «Детская кардиология».

Изучаемый курс на нашей кафедре включает информационный блок, в котором размещены календарно-тематические планы лекций, практических занятий, электронные адреса преподавателей для осуществления обратной связи с обучающимися, чат и др.

Лекционный раздел представлен лекциями в виде презентаций, а также в текстовом формате с интерактивным блоком. Материалы для подготовки к практическим занятиям включают методические указания с определением актуальности, цели занятия, перечня литературы, в том числе интернет-ресурсов, теоретических вопросов, тестовых заданий для самоконтроля, графов и алгоритмов. Кроме того, в материалах для подготовки к практическим занятиям на дистанционных курсах представлены видеофильмы для отработки практических навыков, учебные пособия, разработанные сотрудниками кафедры.

С целью контроля знаний обучающихся использовались интерактивные занятия и тестовые задания с фиксацией результатов обучения в электронном журнале. Наиболее значимые темы в педиатрии рассматривались на вебинарах. В начале вебинара преподаватель кратко представлял теоретический материал в виде мультимедийной презентации. Затем вместе с врачами-интернами либо ординаторами подробно разбирались ситуационные задачи, которые имитировали конкретные клинические ситуации. В конце каждого цикла преподавателями осуществлялся итоговый тестовый контроль. В 2020-2021 учебном году на кафедре был продолжен опыт проведения государственной итоговой аттестации врачей-интернов с использованием дистанционных образовательных технологий. Сотрудниками кафедры подготовлены для каждого интерна 60 новых тестовых заданий, а также 5 ситуационных задач с оцениванием в режиме он-лайн.

В заключение следует подчеркнуть, что, дистанционное обучение в медицине не может заменить очное. Однако в период современной пандемии COVID-19 использование дистанционных технологий явилось хорошим подспорьем для продолжения образования, а улучшенный контент курсов помог обогатить новыми знаниями обучающихся.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Исследование качества жизни (КЖ) в педиатрии и детской кардиологии открывает принципиально новые возможности как для научных исследований, так и для клинической практики (М. Cohen, 2017). В последние годы большое внимание уделяется оценке качества жизни детей с различной патологией, при этом исследования, посвященные изучению КЖ у детей с артериальной гипертензией (АГ), единичны (Д.И. Садыкова, 2015).

Цель исследования: оценить качество жизни у детей с первичной лабильной артериальной гипертензией согласно собственной апробированной методике.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 225 пациентов с АГ в возрасте от 12 до 17 лет. Основную группу составили 68 пациентов с первичной лабильной АГ, которые были подразделены на группу воздействия (43 пациента: 33 мальчика и 10 девочек) (дополнительно получали колекальциферол) и группу сравнения (25 больных: 20 мальчиков и 5 девочек). Контрольную группу составили 42 здоровых сверстника. Всем детям основной и контрольной групп произведено определение уровня кальцидиола (25(ОН)D) в сыворотке крови. Комплексную оценку КЖ детей с первичной лабильной АГ проводили по собственной методике – «Способ комплексной оценки качества жизни детей с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией». В случае, когда значение данного показателя находилось в пределах 100-70%, КЖ ребенка с первичной лабильной АГ оценивали как «не сниженное» (удовлетворительное), 69-31% – как «умеренно сниженное», 30% и менее – «значительно сниженное».

Результаты исследования: При оценке КЖ детей с первичной лабильной АГ установлено, что у $27,9 \pm 5,4\%$ пациентов показатель КЖ находился в пределах 70-88% (удовлетворительное КЖ), у $45,6 \pm 6,0\%$ детей показатель КЖ составил 31-66% (умеренно сниженное КЖ) и у $26,5 \pm 5,4\%$ пациентов показатель КЖ находился в пределах 25-30% (значительно сниженное КЖ). Ведущими причинами снижения КЖ явились церебральные жалобы, патологические изменения психоэмоционального статуса, диссомния, вегетативная дисфункция. При проведении оценки содержания кальцидиола в сыворотке крови выявлены статистически значимые различия у детей основной и контрольной групп: недостаточность 25(ОН)D ($32,4 \pm 5,7\%$ и $11,9 \pm 5,0\%$, $p < 0,05$), дефицит 25(ОН)D ($38,2 \pm 5,9\%$ и $7,1 \pm 4,0\%$,

$p < 0,001$), выраженный дефицит 25(ОН)D ($10,3 \pm 3,7\%$ и $2,4 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$). Результаты проведенных нами исследований послужили обоснованием для включения колекальциферола в комплекс лечения детей с первичной лабильной АГ. Препарат назначали по 1500 МЕ/сутки в течение 3-х месяцев с последующим определением 25(ОН)D в сыворотке крови. Оценка эффективности проведенной терапии у детей с первичной лабильной АГ показала, что улучшение КЖ наблюдалось у $60,5 \pm 7,5\%$ детей группы воздействия, что было статистически значимо чаще ($p < 0,05$), чем в группе сравнения ($32,0 \pm 9,3\%$ детей). В связи с сохраняющейся недостаточностью и дефицитом 25(ОН)D в сыворотке крови, повышенным АД, дозу колекальциферола увеличили до 2000 МЕ/сутки с продолжением приема препарата еще в течение 3-х месяцев. К концу указанного периода удовлетворительное КЖ констатируется у всех детей основной группы.

Выводы. Проведенное клиническое исследование свидетельствует о том, что при обследовании детей с первичной лабильной АГ важно учитывать параметры психоэмоционального и вегетативного статуса с последующей оценкой КЖ на основании разработанной нами комплексной методики «Качество жизни детей с эссенциальной лабильной АГ». Дополнительное назначение колекальциферола позволило улучшить КЖ у $95,3 \pm 3,2\%$ детей, нормализовать артериальное давление и уровень кальцидиола в сыворотке крови у 100,0% пациентов.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Дефицит витамина D признается как проблема общественного здравоохранения во многих странах мира, особое внимание при этом уделяется беременным женщинам. Снижение обеспеченности витамином D может быть результатом недостаточного поступления с пищей, ингибирования его синтеза в коже и дополнительных факторов, которые влияют на всасывание или метаболизм витамина D. Выраженный дефицит витамина D с уровнями 25(ОН)D менее 10 нг/мл может встречаться до 30% у беременных белых женщин в европейских странах, и до 59 - 84% беременных женщин другой этнической принадлежности (Пигарова Е.А., 2016). При наступлении беременности в разы увели-

чивается концентрация кальцитриола в крови. Новый орган, способный синтезировать кальцитриол – плацента. Помимо увеличения всасывания кальция в кишечнике кальцитриол принимает участие в регулировании: трансформации эндометриальных клеток в децидуальные, локального иммунного ответа, выработки плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, эстрадиола, прогестерона и многих других. За последнее десятилетие проведены исследования, связывающие дефицит витамина D во время беременности с широким спектром неблагоприятных перинатальных, фетальных и неонатальных исходов, которые включают преэклампсию, гестационный диабет, бактериальный вагиноз, синдром задержки роста плода, низкую массу тела при рождении, нарушение эмбрионального скелетного формирования и снижение костной массы. Применение колекальциферола в суточной дозировке 500 МЕ в течение беременности увеличивает концентрацию 25-ОН-D в сыворотке крови в среднем в 1,2 раза, 2000 МЕ – в 2,45 раза, 4000 МЕ – в 2,76 раза (Wagner, C. L., 2016; Kiely, M. E., Zhang, J. Y., 2016). По данным литературы в мире опыт применения доз витамина D от 400 МЕ в день до 600000 МЕ однократно при беременности. Согласно российским рекомендациям, при наступлении беременности дозу необходимо увеличить до 800–1000 МЕ/сутки. Решение о дополнительном назначении витамина D необходимо принимать на основании определения его концентрации в крови — дотация необходима при содержании менее 75 нмоль/л

(30 нг/мл). При выявлении дефицита витамина D, необходима адекватная коррекция уровней с приемом колекальциферола в дозе 1500-4000 МЕ/сут. Женщины, имеющие риск преэклампсии, гестационного сахарного диабета, преждевременных родов, привычного невынашивания, плацентарной недостаточности и внутриутробной инфекции, должны принимать на этапе прегравидарной подготовки и с ранних сроков беременности не менее 4000 МЕ витамина D. Для здоровых женщин с уровнем витамина D 25- 30 нг/мл возможно использование 2000 МЕ, более 30 нг/мл — рекомендуемые в настоящее время — 1000 МЕ (Международная ассоциация специалистов репродуктивной медицины М, 2016).

Препараты, используемые при беременности: масляный раствор (1 капля соответствует 500 МЕ витамина D3), водный раствор (1 капля соответствует 500 МЕ витамина D3), Ультра-Д (Ultra-D) таблетки жевательные мг (1000 МЕ витамина D); комбинированные препараты: поливитаминные комплексы (Кальцемин, Кальцемин Адванс и др.)

Таким образом, витамин D имеет очень широкие перспективы для оптимизации состояния здоровья женщин и детей. Профилактика дефицита витамина D у беременных и достижение адекватного уровня кальция в детстве позволят не только предотвратить рахит, но и уменьшить риск остеопороза, а также других длительно текущих латентных болезненных процессов, которые были связаны с дефицитом витамина D во время беременности.

*Дубовая А.В., Усенко Н.А., Бордюгова Е.В., Конов В.Г.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Актуальность. Благодаря оптимизации методов диагностики и лечения значительно увеличилась выживаемость пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС). В течение последних нескольких десятилетий всё больше исследователей уделяют внимание улучшению качества жизни пациентов с ВПС. Физическая активность – важный аспект здоровья в целом. Переносимость физических нагрузок (ФН) является предиктором здоровья у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель работы: оценить эффективность применения методов физической реабилитации у пациента с корригированным ВПС.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 детей (12 мальчиков и 8 девочек) с корригированными ВПС, которым в программу реабилитации включены физические нагрузки. Эф-

фективность метода оценивалась с помощью анализа данных, полученных при проведении тредмил-теста (ТТ) по модифицированному протоколу Bruce.

Результаты и обсуждение. У всех обследуемых отмечался положительный эффект от применения физических методов реабилитации в виде повышения функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС). В качестве иллюстрации к вышеизложенному представляем клинический пример. Под нашим наблюдением находилась 15-летняя девочка Д., которой в раннем неонатальном периоде установлен диагноз «ВПС: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), стеноз лёгочной артерии (ЛА)», а в возрасте 1 год и 2 месяца проведена хирургическая коррекция порока (шовная пластика ДМЖП, устранение стеноза ЛА в условиях искусственного кровообращения). Исследование функциональных возможностей ССС с применением тредмил-теста впервые проведено в 9 лет. Определены низкая толерантность к физической нагрузке (ТФН), патологическая (гипотоническая) реакция гемодинамики (артериальное давление (АД) на высоте нагрузки составляло 100/40 мм рт.ст.), низкий (0,6) хронотропный индекс (ХИ), снижение хронотропного и инотропного резервов (81 уд/мин и 10 мм рт.ст. соответственно). Выявленные изменения указывают на неспособность адекватной гемодинамической реакции в ответ на повышение нагрузки и, соответственно, снижение функциональных возможностей ССС. Девочка получала курсовое лечение кардиотрофическими препаратами 1-2 раза в год. Через 4 года, в возрасте 13-ти лет, проанализировав данные показателей ТТ, положительная динамика не отмечена. На данном этапе пациенту были включены в реабилитационную программу препарат убидекаренона и оптимизированы физические нагрузки. Девочка занималась плаванием 2 раза в неделю и хореографией 3 раза в неделю. Длительность тренировок составляла 60-90 минут. В настоящее время при проведении ТТ, отмечается выше средней ТФН, нормотонический тип гемодинамической реакции (АД на высоте нагрузки – 130/60 мм рт.ст.), нормальные показатели ХИ (0,8), повышение хронотропного и инотропного резервов (106 уд/мин и 35 мм рт.ст. соответственно) в сравнении с предыдущими данными. Зарегистрировано увеличение объема выполненной работы на 339 кДж, что в 2 раза больше, чем в 13-летнем возрасте. За время наблюдения по данным стандартной электрокардиограммы (ЭКГ), холтеровского мониторирования ЭКГ и АД, эхокардиографии отрицательной динамики не выявлено.

Выводы. Приведенный клинический пример подтверждает эффективность включения физических нагрузок в программу реабилитации детей с корригированными ВПС. Повышение качества жизни и переносимости ФН данной категории пациентов отмечено многими исследованиями (Jacobsen R.M., 2016; Zoller D., 2017; Williams C.A., 2020; Callaghan S., 2021 и др.). В нашей работе продемонстрировано улучшение гемодинамических показателей обследуемой: максимального систолического АД, частоты сердечных сокращений, ХИ, хронотропного и инотропного резервов.

Дюба Д.Ш., Евтушенко С.К.

«Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Введение. Очень важной и актуальной является проблема стратификации и модификации факторов периоперационного риска неврологических осложнений, систематизации схем и методик пред- и интраоперационного мониторинга, на основании которого становится возможным прогнозировать вероятность послеоперационных осложнений и оптимизировать лечебные схемы послеоперационной поддержки в стационаре.

Цель исследования. Выявить основные факторы риска и разработать основные принципы профилактики неврологических осложнений у пациентов хирургических стационаров.

Материалы и методы. Для анализа отобрано 183 пациента, катамнез которых был прослежен в течение одного года после первого осмотра невролога. Всем пациентам были выполнены операции на брюшной полости. Возраст больных составил от 43 до 76 лет, средний – $58 \pm 15,5$. Индекс массы тела

(кг/м²) – 24±3,1, АДД – 132±16 мм. рт. ст, общий холестерин крови – 6,4±1,0 (mm/l), глюкоза крови – 7,0±2,4 (mm/l), инфаркт миокарда в анамнезе – у 16% пациентов, нестабильная стенокардия – у 34% пациентов.

Из исследования были исключены больные с поражением интракраниальных сосудов, а также с тяжелой соматической патологией, считающейся противопоказанием к оперативному лечению. Всем исследуемым больным определялся исходный уровень гомоцистеина крови и показателей гемостаза: АДФ-агрегацию тромбоцитов, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), уровень С-реактивного белка

Результаты исследования. В обследованной группе осложнения в виде инсульта были у 8 пациентов (атеротромботический инсульт был у 5 больных, лакунарный инсульт был у троих). 1 пациент умер. Наличие перенесенного инсульта было подтверждено наличием очага по данным МРТ или КТ.

Уровень С-реактивного белка в обследованной группе больных (N=183) находился в пределах от 4,44 до 16,58 мг/мл (9,13±0,5 мг/мл). Исходные показатели АДФ – агрегации тромбоцитов в группе была 21,89±0,36%, РФМК – 3,54±0,09 мг%. АЧТВ в группе 32,4±0,83 с. Исходный уровень гомоцистеина у обследуемых больных составлял 14,14±0,47 мкмоль/л, что можно расценивать как умеренную гипергомоцистеинемия. Были выделены 2 группы больных с атеротромботическим и лакунарным инсультом. Острый период атеротромботического инсульта характеризовался: усилением гемостатической активации; снижением фибринолиза; повышением прокоагулянтной активности эндотелия.

Острый период лакунарного инсульта характеризовался: усилением гемостатической активации; недостаточностью фибринолиза; повышением прокоагулянтной активности сосудистой стенки.

При различных по патогенезу, но наиболее часто встречающихся атеротромботическом и лакунарном подтипах ишемического инсульта, установлены однонаправленные изменения гемостаза, экспрессии ряда нейроспецифических белков, маркеров системного воспалительного ответа, выраженность которых зависит от объема структурного повреждения мозга.

Выводы. Антиагрегантную терапию у больных следует начинать еще в дооперационном периоде (за сутки до операции) и продолжать её в раннем и позднем послеоперационном периоде. Активация свертывающей системы у больных с перенесенным атеротромботическим инсультом сопряжено с гипергомоцистеинемией, что обуславливает комплексные курсовые приемы антикоагулянтов, препаратов содержащих витамины группы В и фолиевой кислоты.

Евтеев Р.В., Жилицын Е.В., Воробьев К.А., Демьяненко Р.Ю., Джерелей О.Б., Ломанов В.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР

ОРГАНИЗАЦИЯ ТКАНЕВОГО БАНКА НА БАЗЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ ДНР В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Сложности с оказанием медицинской помощи травматологическим, онкологическим, ожоговым больным, нуждающимся в оперативном лечении с использованием аллогенных материалов на данный момент в ДНР обусловлены невозможностью транспортировки данных материалов через линию разграничения со стороны Украины, по сложившимся до войны логистическим схемам, высокой ценой на данные изделия фирм-производителей и распространителей. При этом потребность в аллогенных материалах для реконструктивно-пластических операций с каждым годом растет. В частности, в период с 2016-го по 2021 год только в детском отделении Республиканского травматологического центра было прооперировано 103 ребенка (проживающих в ДНР, ЛНР, РФ и других государствах) по поводу доброкачественных новообразований костей с применением костнозамещающих пластических материалов.

Примером является клинический случай продолженного роста костной опухоли у 14-летнего ребенка. Для проведения операции использовано 75 см³ материала «Тугопласт», рыночная цена которого составляет 350 тыс. российских рублей. Также следует отметить, что большое количество

гражданских и военнослужащих пострадавших, получивших огнестрельные ранения с наличием обширных дефектов опорно-двигательного аппарата, ожоги большой площади и другие повреждения, нуждаются в применении пластических аллогенных материалов.

Сообразуясь с вышеизложенным, на основании 65-летнего опыта работы тканевых банков РФ, при непосредственной помощи руководства и коллективов ФГБУ «НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» МЗ РФ, ФГБУ «РНИИТО им. Вредена» МЗ РФ, при поддержке МЗ ДНР и фонда первого главы ДНР А.В. Захарченко в Республиканском травматологическом центре организовано отделение консервации тканей. С данной целью была проведена реконструкция помещений в двух отдельно стоящих зданиях с должным зонированием помещений согласно нормам санитарно-эпидемиологического режима, разделением потоков производственного процесса, закуплено необходимое оборудование. Медицинская технология по заготовке тканей является аналогом технологии «Консервация аллогенных трансплантатов холодоустойчивой консервирующей средой («КРИО-БИТ»)» ФГБУ «РНИИТО им. Вредена» МЗ РФ (патент на изобретение № 2235462 от 10.09.2004. авт.: Савельев В.И., Губин А.В.) На применение технологии получено официальное разрешение МЗ ДНР № 2020/01 от 14.02.2020 г.

Таким образом, организованная структура окажет существенное положительное влияние на качество медицинской помощи населению ДНР и даст возможность разрабатывать новые биологические методы реконструктивной хирургии для разных областей клинической медицины.

Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Гагара Д.А., Прохорова Л.М.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, кафедра детской и общей неврологии ФИПО,
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

БОЛЕЗНЬ ЛАФОРА У РЕБЕНКА

Болезнь Лафора – редкое аутосомно-рецессивное наследственное заболевание из группы прогрессирующих форм миоклонической эпилепсии с дебютом в детском или подростковом возрасте, характеризующееся фармакорезистентными генерализованными, фокальными и миоклоническими приступами, экстрапирамидными нарушениями, нарастающим расстройством когнитивных функций и быстрым прогрессированием. Болезнь обусловлена мутациями в гене EPM2A (локус 6q24, лафорин-гликогенфосфатаза) или NHLRC1 (локус 6p22.3, убиквитинлигаза малина E3), вследствие чего происходит нарушение углеводного обмена с накоплением нерастворимого гликогена – полигликозана (тельца Лафора) в головном мозге, сердце, печени, мышцах, коже. Лечение болезни симптоматическое и, как правило, ограничивается противоэпилептическими препаратами.

Под нашим наблюдением в течение полугода находится девочка Я., 16 лет. Поступила в клинику с жалобами на частые приступы внезапного подергивания конечностей, головы; приступы в виде ощущения светлого пятна перед глазами с последующей утратой сознания и судорогами; нарушение внимания, снижение памяти. Больна с 12-ти лет, когда появились генерализованные судорожные приступы, затем – миоклонические приступы. В течение 3-х лет частота приступов нарастала. По месту жительства проводился подбор антиконвульсантов: кеппра, петинимид, депакин хроно. Приступы сохранялись. В 16-летнем возрасте развился эпилептический статус. При электроэнцефалографии выявлен электрический эпилептический статус сна (ESES-синдром).

При поступлении в клинику: брадилалия, брадифрения, брадикинезия. Частые миоклонии рук с пропульсией. Миоклонии век при закрытии глаз. Парезов в конечностях и атаксии нет. Сухожильные рефлексы рук и ног высокие.

Магнитно-резонансная томография головного мозга по протоколу эписканирования: в полюсах височных долей мелкие участки кистозных изменений размерами: справа до 4,5 мм, слева до 3,0 мм, с локальным расширением височных рогов на этом уровне. Электроэнцефалография (бодрствование, сон): биоэлектрическая активность головного мозга с незначительными диффузными изменениями и частыми разрядами полипик-волновой активности 3 Гц (паттерн ювенильной миоклонической эпилепсии).

На фоне увеличения дозы депакина хроно + кеппра, введения синактена депо отмечалось учащение миоклонических приступов (статусное течение), стало невозможным самообслуживание, нарушились речь, письмо и память. Отмечался статус генерализованных судорожных приступов. Проведены 4 сеанса плазмафереза с экстракорпоральным насыщением эритроцитов реланиумом, курс привиджена. В терапию включен клоназепам, топирамат. Генерализованные судорожные приступы не повторялись, миоклонические стали реже, но повторялись в течение дня. Самообслуживание полное. Сохранялись брадифрения, затруднение при письме.

Клинический диагноз: Симптоматическая эпилепсия, частые фармакорезистентные миоклонические и генерализованные судорожные приступы, статусное течение с ESES-синдромом на фоне кистозной дисплазии полюсов обеих височных долей.

Проводился дифференциальный диагноз с генетически-детерминированной прогрессирующей миоклонической эпилепсией – MERRF и болезнью Унферрихта-Лундборга. При генетическом обследовании выявлена мутация в гене EPM2A (лафорин). Таким образом, нами впервые идентифицирован окончательный диагноз: болезнь Лафора.

В настоящее время продолжается противосудорожная терапия: кеппра, клоназепам, топирамат. Миоклонии реже, генерализованные судорожные приступы не повторяются. Сохраняется снижение памяти, заторможенность и нарушение координации.

Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, кафедра детской и общей неврологии ФИПО,
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

НЕЙРООПТИКОМИЕЛИТ (БОЛЕЗНЬ ДЕВИКА) У РЕБЕНКА

Нейрооптикомиелит (болезнь Девика) – воспалительное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с селективным поражением зрительного нерва и спинного мозга (поперечный миелит на уровне грудных, реже – шейных сегментов). Ранее болезнь Девика считалась одной из форм рассеянного склероза, однако открытие специфических для этой патологии антител к аквапорины-4 позволило выделить ее в самостоятельную нозологическую единицу. Средний возраст дебюта заболевания – 30-40 лет и клинические проявления могут быть не специфичными. Для подтверждения диагноза в детском возрасте необходимо использовать специальный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования.

Под нашим наблюдением находилась девочка Б., 12 лет. Поступила в клинику с жалобами на расстройство движений рук с нарушением почерка, невозможностью самообслуживания, эпизоды «спазмов» левой руки. Заболела 4 месяца назад. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм при взгляде влево, тетрапарез, больше выраженный в дистальном отделе правой руки (MACS IV уровень, GMFCS II уровень). Рефлексы с рук снижены. Брюшные рефлексы не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Симптом Бабинского положительный, четче справа. Элементы атаксии. Легкая гиперестезия по сегментарному типу в левой руке. Нарушений температурной чувствительности и мышечно-суставного чувства нет. Вибрационная чувствительность в конечностях снижена (3-5 секунд). Функции тазовых органов не нарушены. Острота зрения OS снижена до 0,3. Оптическая когерентная томография: признаки двустороннего демиелинизирующего процесса с потерей толщины нервных волокон. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга: мелкие очаги повышенного МР-сигнала в Т2 ВИ и FLAIR в белом веществе левой лобной области, не накапливающие контраст. На шейном уровне визуализируется (с уровня начальных отделов до C7) зона поражения с признаками контрастного усиления.

Проводился дифференциальный диагноз между воспалительным и демиелинизирующим процессом (Рассеянный склероз? Болезнь Девика? Болезнь Anti-MOG?).

При анализе спинномозговой жидкости выявлено повышение белка до 0,83 г/л. Олигоклональный иммуноглобулин G (тест на PC), ликвор/сыворотка – тип синтеза I (норма). Антитела к аквапорины-4 – титр 1:160 (норма до 1:10). Установлен диагноз: Нейрооптикомиелит (болезнь Девика). Проведена

пульс-терапия солу-медролом (по 1000 мг внутривенно капельно № 5), курс привиджена (по 150 мл внутривенно капельно № 5) с положительным эффектом.

В связи с ухудшения состояния через 6 месяцев в виде учащения мышечных спазмов, усиления атаксии, нарастания гемипареза с отрицательной динамикой на МРТ (увеличение зоны патологического МР-сигнала с распространением на продолговатый мозг и участками накопления контрастного вещества) девочка повторно получила пульс-терапию и привиджен. Дважды проведен курс ацеллбии (по 600 мг внутривенно капельно 1 раз в 7 дней № 4) с последующим переходом на азатиоприн. На фоне постоянного приема азатиоприна в дозе 2,5 мг/кг в сутки состояние ребенка в течение 6 месяцев стабильное: сохраняется легкий тетрапарез, самообслуживание в пределах квартиры не нарушено, мышечные спазмы редкие.

Таким образом, впервые мы идентифицировали у девочки 12 лет нейрооптикомиелит Девика с поражением шейного отдела спинного и продолговатого мозга с тетрапарезом, атаксией, частичной атрофией зрительных нервов, снижением остроты зрения левого глаза и вибрационной чувствительности, мышечными спазмами конечностей.

Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Джеломанова С.А.

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

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) — один из медленно развивающихся хронических воспалительных дерматозов с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек, наиболее часто поражающих вульву, приводящих к ее деформации функциональным нарушениям. Частота данного заболевания составляет от 0,29 до 5,2 случая на 1000 осмотренных женщин. Согласно определению ВОЗ, САЛВ — это хроническое воспалительное заболевание вульвы неизвестной этиологии с периодами обострений и ремиссий. Выделяют два пика заболеваемости САЛВ: девочки до периода полового созревания и женщины в постменопаузальном периоде. Средний возраст дебюта заболевания у девочек — 5,4 года, а у женщин — 55,1 года. Ведущим симптомом является спорадически проявляющийся (чаще в ночное время суток) упорный, длительный зуд вульвы. Длительное течение заболевания может приводить к истощению нервной системы, тяжелым нервно-психическим расстройствам, потере трудоспособности, диспареунии. Большинство женщин отмечают вульводиноию — болезненность, жжение, чувство сухости, напряжения и стягивания кожно-слизистых покровов вульвы.

Актуальность проблемы поиска эффективных методов лечения дистрофии вульвы обусловлена неудовлетворительными результатами лечения, мучительным характером клинических симптомов, приводящих к социальной дезадаптации и снижению качества жизни; длительным, рецидивирующим течением болезни.

Целью исследования была оценка эффективности радиоволнового метода в лечении склероатрофического лихена вульвы.

Материалы и методы: было выполнено радиоволновое иссечение очагов дистрофии вульвы аппаратом «Сургитрон» (частота 3.8–4.0 МГц) 38 пациенткам в возрасте от 45 до 78 лет. Все пациентки получали предшествующую консервативную терапию без эффекта и имели длительное рецидивирующее течение заболевания. Морфологическое подтверждение диагноза проводилось у всех пациенток данной группы.

Результаты и обсуждение. Длительность заболевания среди всех обследованных женщин составила в среднем 3 года 10 месяцев. Все пациентки жаловались на мучительный зуд, усиливающийся в ночное время. Из них у 29 женщин (76,3%) имели место нарушения дефекации и мочеиспускания, диспареунии. Еще 10 пациенток (26,3%) отмечали головные боли, раздражительность, нарушение сна.

В анамнезе пациенткам на начальных этапах заболевания проводилась консервативная терапия в виде местных мазевых аппликаций кортикостероидов, 2 (5,3%) была проведена новокаиновая блокада. Длительность ремиссии не превышала двух месяцев.

Радиоволновое лечение проводилось амбулаторно, использовалась инфильтрационная анестезия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во всех исследуемых случаях отмечен хороший косметический эффект. Длительность реабилитационного периода варьировала от 9 до 20 дней, в среднем срок эпителизации составил 12 дней. Рецидив заболевания в течение 1 года наблюдения отмечен у 5 пациенток (13,2% случаев), что почти в 2 раза ниже по сравнению с результатами получаемыми при лазеродеструкции.

Выводы. Применение радиоволны в терапии склероатрофического лишена показало хорошие результаты. Метод обладает рядом преимуществ: быстрая эпителизация, сокращение реабилитационного периода, хороший косметический эффект и низкая частота рецидивирования.

Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Джеломанова С.А., Былым Г.В.

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

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА В РОДАХ

В настоящее время проблема интранатальной гипоксии плода остается крайне актуальной, так как данная патология занимает ведущее место в структуре перинатальной и неонатальной смертности и заболеваемости обуславливая в 23 % причину мертворождения и смерти детей в раннем неонатальном периоде.

Современные технологии в медицине предоставили акушерам новые возможности прямого исследования плода и его функций, которые определили изменение акушерских приоритетов и стали основными в диагностике состояний плода. Это ультразвуковая визуализация и фетометрия, кардиотокография, ультразвуковая доплерометрия скорости кровотока в сосудах маточно-плодово-плацентарного комплекса. Поиск факторов риска и прогностических маркеров интранатальной гипоксии плода, изучение связи между результатами применения различных диагностических методик, состоянием ребенка при рождении представляет научный интерес, что определило цель и задачи проведенного исследования.

В литературе имеются разноречивые данные об информативности критериев визуальной оценки кардиотокографии (КТГ) в родах: в одних доказывается большее диагностическое значение децелераций и его отсутствие для акцелераций и амплитуды вариабельности базального ритма, в других приводятся свидетельства большей информативности вариабельности базального ритма и акцелераций.

Целью данного исследования явилось определить информативность критериев кардиотокографии в оценке состояния плода в интранатальный период в сроке гестации более 34 недель.

Методика исследований.

Исследования проводились на базе акушерского стационара центральной городской клинической больницы № 6 г. Донецка. Для выполнения поставленной цели было проанализировано 292 записей КТГ, зарегистрированных в интранатальный период при сроке гестации более 34 недель с различным исходом родов для плода. Из них 128 КТГ составили контрольную группу (I), то есть были зарегистрированы в родах с хорошим перинатальным исходом (дети родились в удовлетворительном состоянии, неонатальный период протекал без особенностей). Основную группу (II) составили 64 КТГ: 14 КТГ, зарегистрированы в родах, которые закончились интранатальной гибелью плода, 50 КТГ — в родах, в результате которых дети родились в состоянии асфиксии. Средняя длительность записи составила 20 минут. Визуальная оценка КТГ проводилась согласно критериям и рекомендациям изложенным в приказе МОЗ ДНР 23.01.2019 № 82 «Дистресс плода при беременности и во время родов».

Результаты оценивались степенью достоверности различий показателей с вычислением параметрических критериев Стьюдента и Фишера.

Результаты исследований. В результате анализа частоты изменения уровня базального ритма в основной и контрольной группах получены следующие результаты: из 128 КТГ контрольной группы в 117 (91,4%) КТГ базальный ритм колебался в пределах 110-170 уд/мин, в основной группе в 34 (53,1%) КТГ ($p < 0,05$).

Амплитуда variability базального ритма от 7 до 10 уд/мин наблюдалась в 57 (44,5%) КТГ в контрольной и в 24 (37,5%) КТГ в основной. С такой же частотой в контрольной и основной группах встречалась variability базального ритма от 3 до 6 уд/мин: в 63 (49,3%) КТГ и в 24 (37,5%) КТГ, соответственно. Различия в частоте встречаемости также статистически были не значимы. Variability базального ритма менее 3 уд/мин наблюдалась в 1 (0,7%) КТГ контрольной группы и в 11 (17,2%) КТГ основной.

Амплитуда variability базального ритма 10 уд/мин и более в контрольной группе встретились в 5 (7,8%) КТГ, в основной группе — в 7 (5,4%) КТГ. То есть по результатам наших исследований в интранатальном периоде амплитуда осцилляций более 10 уд/мин отмечалась одинаково редко и в основной и контрольной группе.

Выводы. Полученные результаты показали, что децелерации являются наиболее устойчивым признаком неблагополучия плода в интранатальный период. При этом высоко специфичным, но низко чувствительным признаком явилось снижение variability менее 3 уд/мин. Кроме того не найдено доказательств информативности учета акцелераций на КТГ для оценки состояния плода во время родов. Высоко специфичным, но низко чувствительным признаком явилось снижение variability менее 3 уд/мин.

Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Минович Е.Д., Былым Г.В.

ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

РЕСПИРАТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ НАХОДИЛИСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

В условиях современного общества имеет место суммарное увеличение психоэмоциональных нагрузок на организм беременной, что приводит к дезадаптивным нарушениям в системе мать-плацента-плод и обуславливает многочисленные изменения в организме ребенка, приводящие к нарушениям физического и умственного развития, а также повышенной соматической заболеваемости новорожденных и детей на 1-м году жизни.

Известно, что I триместре энергично происходит нейрогенез и формируются синаптические связи в мозге. Стрессы у беременной сопровождаются гиперактивацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и высоким уровнем кортизола и приводят к нарушениям нейрональной пролиферации и миграции у плода в течение I триместра. Возникают эпигенетические изменения, являющиеся критическими механизмами регуляции экспрессии генов. В последние годы научно подтверждена связь между хроническим стрессом у матери, биомаркерами иммунитета и расстройством адаптации у детей, проявляющимся в гиперактивности и повышенном беспокойстве, дыхательными расстройствами в неонатальном периоде.

Целью данного исследования явилось изучение в течение раннего неонатального периода проявлений дыхательных расстройств у новорожденных от матерей, которые находились во время беременности под воздействием хронического психоэмоционального напряжения (ПЭН) различной степени.

Под наблюдением находились 34 новорожденных, матери которых при беременности были психоэмоционально стабильными (группа контроля), и 96 новорожденных, родившихся от матерей с различными степенями ПЭН (основная группа). Проявления дыхательных расстройств оценивались по шкале Downes, производилась оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минуте после рождения, а также проводилась оценка неврологических нарушений.

Матерям новорожденных в сроке гестации 38-40 недель проводилось клинико-психологическое скрининговое обследование по разработанной системе автоматизированного анализа с определением степени ПЭН. Оценочный балл состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и 5-й минутах, был следующий: у новорожденных основной группы - $6,6 \pm 0,4$ и $7,1 \pm 0,2$ у новорожденных контрольной группы - $8,2 \pm 0,2$ и $8,8 \pm 0,3$ ($p_1-p_2 < 0,05$).

Патологические синдромы, развившиеся в результате декомпенсации процессов ранней неонатальной адаптации, были представлены при рождении, синдромом дыхательных расстройств (СДР), внутриутробной гипотрофией, неврологическими нарушениями. У 6,3% детей основной группы отмечался синдром дыхательных расстройств, по сравнению с 2,9% в контрольной группе. При этом СДР проявлялся в виде ателектазов, болезни гиалиновых мембран, пневмопатий, что свидетельствует о незрелости легких, приводящей к дефициту сурфактанта.

Клиническая динамика состояния новорожденных в период ранней неонатальной адаптации в основной группе имела специфические особенности – более высокая частота тяжелых и среднетяжелых состояний новорожденных в первые сутки жизни и более низкие темпы стабилизации состояния у детей основной группы. Тяжелое состояние на 7-е сутки жизни отмечалось только у новорожденных от матерей с хроническим ПЭН тяжелой степени.

Установлена более высокая частота неврологической патологии у новорожденных основной группы: синдром гипервозбудимости ЦНС у 33% по сравнению с 11% у новорожденных контрольной группы матерей; синдром угнетения ЦНС – у 47% и 20% соответственно.

Выводы. Таким образом, у доношенных новорожденных от матерей с хроническим ПЭН частота проявлений дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде выше, чем у новорожденных от психоэмоционально стабильных матерей. Самая высокая частота выявления патологических состояний неонатального периода отмечалась у новорожденных от матерей с ПЭН тяжелой степени. Следовательно, особое внимание при ведении беременности нужно уделить определению психоэмоционального статуса женщин и его коррекции, что позволит снизить частоту дыхательных расстройств и облегчит раннюю неонатальную адаптацию этих новорожденных.

Ежелева М.И., Брюханова С.Т., Павлович Л.В.

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

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА

Выполнен анализ распространенности болезней органов дыхания у взрослого (с учетом вклада мужчин, женщин) и лиц пенсионного возраста, детского и подросткового населения по районам г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: I – довоенного (2010-2013 гг.), II – переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и III – стабильного военного (2017-2019 гг.). На основании проведенного ранее сравнительного исследования загрязнения окружающей среды (в т.ч. почвы – тяжелыми металлами и металлоидами) были выделены «грязный» (Б.) и «чистый» (контрольный) (В.) районы, не пострадавшие от боевых действий и районы П. и К. – загрязненные окраинные районы, находившиеся в зоне локального военного конфликта. Межрайонные отличия определяли методом множественных сравнений Шеффе

В течение всего анализируемого периода у взрослого населения и лиц пенсионного возраста) наблюдалась общая тенденция к снижению показателей распространенности заболеваний органов дыхания в переходный военный период и к дальнейшему их уменьшению в военный стабильный период за исключением «чистого» района у взрослого работающего населения, что, очевидно, обусловлено уменьшением уровней загрязнения атмосферного воздуха. Закономерности динамики показателей распространенности болезней органов дыхания у детского и подросткового населения были противоположными – падение уровня от довоенного к военному переходному периоду с последующим значительным ростом в военный стабильный период.

В течение исследуемого восьмилетнего периода ведущими возрастными группами по уровням распространенности болезней органов дыхания являлись дети и подростки. Наименьшие показатели характерны для взрослого населения и пенсионеров. В довоенный период уровни распространенности у взрослого населения в районах, в дальнейшем оказавшихся в зоне боевых действий, были значительно выше ($p < 0,05$), чем в не пострадавших районах и в целом по городу. В военный переходный и военный стабильный периоды данная тенденция сохранилась. В отличие от взрослого населения у детей во всех исследуемых районах и по г. Донецку (кроме района Б.) показатели распространенности в военный стабильный период были достоверно выше ($p < 0,01$, $p < 0,05$) военного переходного. У подростков в целом наблюдалась сходная тенденция, однако достоверные отличия были выявлены только в районе Б. Показатели детского населения во все исследуемые периоды и по всем районам были значительно выше ($p < 0,01$, $p < 0,05$) показателей взрослого населения и пенсионеров (в районе К. в военном переходном периоде – только пенсионеров). У подростков в загрязненных окраинных районах и в среднем по городу – также достоверно выше, чем у взрослого населения и пенсионеров (в районе К. в довоенном периоде – только пенсионеров, в переходном военном – достоверных отличий нет). Таким образом, установлена основная временная закономерность распространенности болезней органов дыхания у взрослого населения, заключающаяся в их прогрессивном снижении от I к III периоду, а у детей и подростков – падение во II периоде с последующим значительным ростом в III. Основными группами с наибольшими уровнями распространенности болезней органов дыхания являлись дети (0-14 лет) и подростки (15-17 лет). Наименьшие показатели характерны для взрослого населения и пенсионеров. Главной гендерной закономерностью распространенности болезней органов дыхания у взрослого населения являлось значительное превышение уровней данной патологии у лиц мужского пола над показателями женского населения. У взрослого населения во все исследуемые периоды максимальные уровни распространенности определялись в загрязненных окраинных районах, находящихся в зоне локального военного конфликта (П. и К.), а минимальные – в районах, не пострадавших от боевых действий, и в среднем по городу, что свидетельствует о значимости последствий стресс-индуцированных состояний в развитии данной патологии.

Ежова Е.А.

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

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРЫС ПРИ СТЕРОИДНОМ ДИАБЕТЕ

Цель работы: определить влияние метформина на уровень глюкозы крыс при стероидном диабете.

Материал и методы исследования. Исследования выполнены на 30 крысах-самцах, начальной средней массой $205 \pm 2,39$ г и возрастом 6 месяцев, содержащиеся на стандартном рационе и доступе к воде в условиях вивария Центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Доза метформина составляла 30 мг / кг / сутки (максимальная нетоксичная доза согласно инструкции к препарату по Vidal , доза преднизолон – 0,1 мг / кг / сутки (минимальная поддерживающая кушинговская доза согласно инструкции к препарату по Vidal . Уровень глюкозы определяли натошак в хвостовой вене с помощью портативного глюкометра Accu-Chek. Крысы были распределены на четыре группы: интактные, пять животных (без введения препаратов); группа контроля, пять крыс (перорально метформин); группа сравнения, 10 животных (перорально преднизолон) и опытная группа, 10 крыс (перорально преднизолон и метформин). Расчёт минимального количества выборки проводился с помощью лицензионной программы MedStat v. 5.2 (Copyright © 2003-2019).

Результаты исследования. Введение метформина вызывает статистически значимую умеренную гипогликемию у контрольных животных (на 7-12 %, $p < 0,01$) и статистически значимо снижает уровень глюкозы (на 207 %, $p < 0,001$) по сравнению с группой сравнения. Это может быть рекомендовано для назначения метформина контингенту пациентов со стероидным диабетом.

Выводы. Метформин, безусловно, не является «антагонистом» или «антидотом» глюкокортикоидов и не может быть использован как препарат первой линии для коррекции последствий стероидного диабета. Животные обеих «преднизолоновых» групп, в конечном итоге, погибали от развившихся метаболических и электролитных нарушений, остеопороза и иммуносупрессии. В то же время, как показывают наши исследования и согласно литературным данным метформин, реализуя свою функцию через АМПК-зависимые и независимые механизмы снижает проявления гипергликемии.

Елизарова О.В.

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

ВЛИЯНИЕ УПАКОВКИ БУТИЛИРОВАННОЙ ВОДЫ НА ЕЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Вода является одним из ключевых факторов здоровья человека. Практически все ее источники подвергаются антропогенному и техногенному воздействию разной интенсивности. Проблема качества питьевой воды актуальна как в глобальном масштабе, так и в рамках отдельно взятого региона или населенного пункта. В настоящее время питьевая вода — это проблема социальная, политическая, медицинская, географическая, экологическая, а также инженерная и экономическая. Питьевая вода — вода, отвечающая по своему качеству в естественном состоянии или после обработки установленным нормативным требованиям и предназначенная для питьевых и бытовых нужд человека либо для производства пищевой продукции. Речь идет о требованиях к совокупности свойств и состава воды, при которых она не оказывает неблагоприятного влияния на здоровье человека. Качественная питьевая вода — это вода, не содержащая примесей, вредных для здоровья человека. Низкое качество воды, поставляемой населению через централизованные системы водоснабжения, и вследствие этого ухудшение показателей здоровья населения, что доказано многими исследованиями, послужили мотивацией использования питьевых вод с дополнительными методами обработки, расфасованных в тару. Обеспечение населения доброкачественной питьевой водой относится к числу важнейших профилактических мероприятий по охране здоровья населения и поддержанию качества жизни.

Розлив питьевой воды производится в бутылки в основном из полипропилена РР (ПП) 5 и полиэтилентерефталата РЕТ (ПЭТ) 1 объемом 0,5; 1,0 и 5 дм³. Разный объем заполняемых бутылок предопределяет и разное отношение объема бутылок к их поверхности, контактирующей с водой. Так как вода, залитая в бутылку, представляет единую с поверхностью бутылки физико-химическую систему, то на поверхности контакта воды с тарой могут проходить различные поверхностные физико-химические процессы, зависящие и от отношения объема к площади бутылки, что может привести к изменению функциональных свойств воды. При разном отношении объема бутылок к их поверхности будут разными и равновесная сорбционная емкость поверхностей этих бутылок, и равновесная концентрация компонентов воды.

В результате широко проводимых международных исследований (Аспекты влияния упаковки для напитков на здоровье Исследование по поручению Рабочей палаты г. Вены, Вена, 2011г.) некоторые вещества, для которых была обнаружена миграция из упаковки для напитков, являются веществами, потенциально оказывающими эндокринное (бисфенол А, соединения трехвалентной сурьмы), или канцерогенное действие (соединения трехвалентной сурьмы). При соблюдении предельных значений, действующих в настоящее время, следует учитывать, что не существует нижнего порога канцерогенного воздействия. Потребление потенциально канцерогенных веществ должно быть как можно меньшим. Многочисленные исследования дают ясное указание, что уже при очень малых концентрациях могут обнаруживаться негативные воздействия, прежде всего, для восприимчивых групп населения, например, детей младшего возраста. Эти эффекты малых доз, по мнению многочисленных авторов, недостаточно учитываются в современной практике токсикологической оценки.

Кроме аспектов, важных для здоровья, выбор упаковки оказывает также решающее влияние на качество продукта. Барьерные свойства упаковки являются решающими для срока годности продукта; такие ценные ингредиенты, как витамины или антиоксиданты быстрее разрушаются при плохих

барьерных свойствах. Ацетальдегид, который мигрирует из ПЭТ-бутылок в воду, представляет проблему для качества напитка из-за своих ароматичных свойств, прежде всего, при розливе напитков с невыраженным собственным вкусом (воды). Вкус ацетальдегида ощущается при очень малых концентрациях.

Ельский И.К., Васильев А.А., Смирнов Н.Л.

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

НЕЙРОСЕТЕВОЙ АНАЛИЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Острый панкреатит (ОП) в структуре экстренной абдоминальной хирургии занимает лидирующие позиции. Для успешного лечения ОП требуется своевременная оценка тяжести состояния больного и прогнозирование исхода.

Шкалы и системы с балльным оцениванием пациентов с ОП требуют значительного времени и ресурсов для исполнения и не все из них обладают достаточной специфичностью. Практического хирурга интересует быстрая и доступная в применении система определения тяжести и прогноза ОП.

Цель исследования: на основе клинико-лабораторных критериев построить математическую модель для прогнозирования клинического течения ОП.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента в возрасте от 25 до 90 лет с диагнозом «острый панкреатит». Использовали следующие диагностические параметры: а) лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), б) ультразвуковые (сонография гепатобилиарной зоны), в) эндоскопические (фиброскопия). Оценку выраженности системных расстройств определяли по клиническим (ЧСС, ЧД, критерии шкалы Глазго) и лабораторным показателям. Оценку тяжести интоксикации определяли с помощью расчета индексов интоксикации (ИИ): Кальф-Калифа в модификации Хомича и Костюченко, Рейса, Гаркави, Островского, Даштаянц, иммунореактивности, индексы соотношения лимфоцитов и моноцитов, соотношения лимфоцитов и эозинофилов, соотношения эозинофилов и лимфоцитов, соотношения лейкоцитов и СОЭ, соотношения агранулоцитов и СОЭ и общий показатель интоксикации (ОПИ).

На первом этапе исследования был проведен корреляционный анализ значений, полученных данных (ранговая корреляция Кендалла (τ), Спирмена (ρ). В результате для значений всех исследуемых показателей был выделен набор 18 взаимно-некоррелированных признаков. Таким образом, при проведении кластеризации выделенных параметров в многомерном пространстве признаков была создана нейронная сеть Кохонена с 18 нейронами во входном слое и 3 нейронами в выходном.

Результаты и обсуждение. Все анализируемые объекты эффективно разделились в многомерном пространстве признаков на 3 различных группы – кластеры. К первому кластеру было отнесено 30 случаев, ко второму – 20 случаев, к третьему – 32 случая.

Наибольшее количество летальных исходов было зафиксировано у пациентов, отнесенных к первому кластеру. У пациентов 1 и 2 кластеров, которые характеризовались более тяжелым течением заболевания и длительным пребыванием в хирургическом отделении, а также большей частотой оперативных вмешательств, выявлено повышение индекса интоксикации Кальф-Калифа в модификации Хомича и Костюченко свыше 1,9. В то время как у пациентов с более легким течением заболевания, которые относились к 3 кластеру, данный показатель находился в пределах 1,05 – 1,82. Степень тяжести пациентов при поступлении высоко прямо коррелировала с уровнем индекса интоксикации Рейса и ОПИ; и обратно коррелировала с лейкоцитарным индексом, индексом Гаркави и соотношением лейкоцитов к СОЭ. Именно эти индексы интоксикации являются наиболее прогностически значимыми для пациентов с ОП.

Выводы.

На основании построенной математической модели прогностически неблагоприятными параметрами у пациентов с ОП следует считать:

1. Повышение индекса интоксикации Кальф-Калифа в модификации Хомича и Костюченко выше 1,9;
2. Повышение общего показателя интоксикации выше 0,71;
3. Повышение уровня ферментов АЛТ, АСТ выше пороговых значений (>45 ЕД и >31 ЕД соответственно);
4. Увеличение концентрации амилазы крови более 100 ЕД/л;
5. Увеличение концентрации диастазы мочи более 124 ЕД/л;
6. Увеличение диаметра холедоха более 8 мм;
7. Увеличение размеров головки поджелудочной железы больше 30,0 мм;
8. Увеличение диаметра селезеночной вены больше 7,0 мм;
9. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Если у пациента выявлено 5 и более указанных признаков, достоверно прогнозируется тяжелое течение ОП.

Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С., Ветров С.Ф.

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

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ИЗДЕЛИЙ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ

С каждым годом увеличивается производство полимерных изделий, предназначенных для контакта с пищевыми продуктами. Посуда, различные емкости и упаковочные материалы – вот тот небольшой перечень изделий, с которым нам постоянно приходится сталкиваться, проводя санитарно-эпидемиологическую экспертизу.

Особенное значение это приобретает при экспертизе импортируемой посуды и другой продукции, когда нет данных о химическом составе изделия, технологии производства, используемом сырье. Сегодня поступает много рекламаций на посуду из меламин китайского производства.

Как известно меламин (мелалит) относится к группе аминопластов и представляет собой прессованный материал на основе поликонденсированных меламиноформальдегидных смол с различными наполнителями и красителями. Лимитирующим гигиеническим показателем при оценке изделий из меламин является выделение мономера формальдегида.

Формальдегид (синонимы: метаналь, муравьиный альдегид, оксметан; CAS № 50-00-0) – вещество, относящееся по ГОСТ 12.1.007-76 «ССБТ. Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности» ко 2 классу опасности, обладает токсичностью, аллергенным, мутагенным, канцерогенным действием, в связи с чем подлежит строгому гигиеническому нормированию.

В силу особенностей состава и строения меламин столовая и чайная посуда, изготовленная из него, в целом ряде случаев не выдерживает условий эксперимента. При имитации реальной эксплуатации (горячие пища, напитки): миграция формальдегида в модельные среды в несколько раз превышает допустимые количества миграции (ДКМ), установленные СанПиН 42-123-4240-86 «Допустимые количества миграции химических веществ из полимерных и других материалов, контактирующих с пищевыми продуктами и методы их определения». ДКМ для формальдегида – 0,1 мг/дм³.

Известно также, что посуда из меламин по своей природе не устойчива к влиянию многократно повторяемых режимов мойки и дезинфекции, поэтому ее не следует рекомендовать для системы общественного питания.

В связи с этим использование меламин для изготовления изделий детского ассортимента, включая столовую посуду и приборы, в Российской Федерации не допускается (в разделе Общее положение ГН 2.3.3.972-00 «Предельно допустимые количества химических веществ, выделяющихся из материалов, контактирующих с пищевыми продуктами»). Столовая посуда и приборы из меламин для детей не могут быть рекомендованы к реализации даже в том случае, когда количество формальдегида в исследуемом образце находится на уровне чувствительности метода. В Украине таких запретов нет, действующий сегодня у нас СанПиН 42-123-4240-86 давно устарел и требует замены.

В 2008-2010гг. в лабораториях санитарно-эпидемиологической службы Донецкой и Луганской областей проводились плановые исследования детской посуды из меламина. В представленных образцах было выявлено превышение ДКМ формальдегида в укусно-солевой вытяжке в 7-20 раз. Данная детская посуда была изъята из торговых точек.

Пересмотр существующей нормативной документации для полимерной продукции и особенно предназначенной для контакта с пищевыми продуктами с внесением соответствующих поправок, даст возможность улучшить государственный санитарный надзор и снизить риск отравлений среди населения.

Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С.

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

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКОТОКСИНОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

На микотоксины стали обращать внимание после того, как в 1960-х годах в Великобритании из-за использования для кормежки индеек заплесневшей муки из арахиса произошла их массовая гибель.

В настоящее время на постсоветском пространстве изучено более 120 опасных для человека и животных микотоксинов. Из них наиболее токсичными считаются 30-40 микотоксинов.

Афлотоксины являются одними из самых опасных токсинов плесневых грибов. Их продуцентами являются почвенные сапрофиты *Aspergillus flavus* и *Aspergillus parasiticus*, которые развиваются на содержащих крахмал или жиры продуктах – арахисе, лесных орехах, миндале, фисташке, плодах кокосовой пальмы, сое, кукурузе и зерне. Благоприятствующими факторами являются тепло и влажность (оптимальные температуры 20–35 С). Неудовлетворительные условия производства и хранения часто способствуют бурному развитию этих плесеней, а т.к. их споры встречаются почти всюду, возможно накопление афлотоксинов в продуктах при их хранении в торговых помещениях или дома.

Микотоксины могут находиться в воздухе, почве, воде и попадать в организм человека. Современные строительные материалы также могут быть источниками микотоксинов. Таким материалом является гипсокартон. В связи с нарушением строительных технологий на гипсокартоне может появиться плесень. Поэтому использовать гипсокартон в местах с повышенной влажностью запрещено.

Наиболее важным моментом в системе контроля за загрязнением пищевых продуктов микотоксинами является анализ проб, т.е. собственно процесс обнаружения, идентификации и количественного определения отдельных микотоксинов.

В санитарно-гигиенической лаборатории проводится исследование отобранного материала высокочувствительными методами с применением жидкостной хроматографии высокого разрешения, газовой хроматографии и масс-спектрометрии.

Недостаток первого в том, что это полуколичественный метод, второго — высокая стоимость оборудования и реактивов. В обоих случаях требуются сотрудники специальной квалификации. Иногда все это становится непреодолимым препятствием при организации контроля показателей безопасности на предприятии. Однако последние разработки в области контроля микотоксинов позволяют решить проблему. Альтернативой хроматографическим методам определения микотоксинов стали иммунохимические методы.

Многолетние исследования ряда лабораторий санитарно-эпидемиологической службы показали, что благоприятным субстратом для образования афлотоксина является арахис. (в 5 из исследованных 135 образцов был обнаружен высокий уровень содержания афлотоксина В1).

Специалисты лаборатории отделения гигиены питания подтвердили надежность использованного метода контроля, что позволило провести количественную оценку содержания микотоксинов в различных пищевых продуктах растительного и животного происхождения.

Полученные данные, указывают на необходимость систематического контроля за загрязнением пищевых продуктов микотоксинами с целью выяснения истинного уровня их содержания.

Еромянц И.С., Пармас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С.

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

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО К ВАКЦИНАЦИИ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сейчас мы живем в условиях пандемии и ректор нашего вуза принимает все меры против распространения Covid-19. Одним из важнейших направлений противостояния эпидемии является вакцинация. Деканатом лечебного факультета № 1 было проведено анонимное онлайн анкетирование, целью которого было изучить отношение студентов факультета к вакцинации.

Анкета включала 19 вопросов, наиболее значимыми были следующие позиции: «Как в целом Вы относитесь к вакцинации против различных заболеваний?», «Как вы относитесь к вакцинации против коронавируса?», «Будете ли Вы прививаться вакциной от коронавируса?», «Будете ли Вы рекомендовать привиться своим близким и друзьям?», «Мое мнение о коронавирусной инфекции и вакцинации». Математическая обработка данных была проведена с помощью диаграмм в Google Form.

Респондентами были 600 студентов шести курсов лечебного факультета № 1, из них 195(32,5%) юношей, 405 (67,5%) девушек в возрасте от 17 до 22 лет. Согласно анкетирования 47,7% опрошенных считают, что не болели Covid-19, 28,1 % болели легко, 10,1% средней тяжести. О заболевании родственников получены следующие данные: болели в легкой форме 42,4%, болели тяжело- 13,3%, умерли в связи с коронавирусом 4,9%.

Выявлено отношение к вакцинации против различных заболеваний: 41,5% респондентов прививаются по рекомендации специалистов, однако 14,5% стараются избегать вакцинации. А непосредственно 68,5% студентов считают вакцинацию против новой коронавирусной инфекции полезной, а только 10,2% сомневаются в ее эффективности. Студенты отвечали на вопрос о доверии к различным вакцинам. Выявлено, что доверяют и российским, и зарубежным вакцинам 30,2%, только российской 25,9%, зарубежной -9,3% студентов. Из общего количества опрошенных студентов 161(26,8%) привит, имеют противопоказания 8,2% студентов, планируют прививаться 31,3% респондентов.

Важным этапом подготовки к вакцинации студенты считают сдачу теста на антитела(38,5%), 31,7% полагают, что это необходимо делать по назначению врача. В настоящее время ректором университета запущена программа предварительного ПЦР-тестирования перед проведением вакцинации. Это позволяет выявить группу студентов, которые, не имея клинических проявлений, являются носителями инфекции и для которых проведение вакцинации противопоказано. Данное мероприятие повышает уровень безопасности вакцинации.

Согласно полученных данных у студентов нет опасений по поводу нехватки вакцины (77,8%). 64,5% студентов будут рекомендовать прививаться своим близким.

Мнение о коронавирусной инфекции для наших студентов определяется, прежде всего, сообщениями ученых, а затем мнением членов семьи, средствами массовой информации, социальными сетями, мнением известных людей.

Анкетирование показало, что в целом отношение к вакцинации от коронавирусной инфекции положительное, но искаженная информация в социальных сетях, средствах массовой информации способствует формированию небольшой группы студентов, которые сомневаются в эффективности такой вакцинации или планируют посмотреть на более отдаленные результаты вакцинации. Однако, большинство студентов знают о необходимости прививаться от Covid-19 и осознанно подходят к этому вопросу, ведь информированность студентов о важности и эффективности вакцин является наиважнейшей составляющей повышения приверженности студентов и членов их семей к иммунопрофилактике.

Ерохина Т.А.

ГБОУВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет имени Февзи Якубова», г. Симферополь;
Лаборатория прикладного языкознания и медицинской лексикографии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ РЕЧЕВОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА

Речевая культура является одним из важнейших компонентов общей культуры человека, его личностной характеристикой, требующей постоянного совершенствования. Грамотная устная и письменная речь входит в число основных показателей уровня образованности. В деятельности врачей, которая напрямую связана с речевым общением (в зависимости от сферы деятельности речевое общение может занимать до 90 % рабочего времени специалиста [1]), культура речи выделяется как одна из определяющих характеристик профессиональной компетенции. Неуверенное владение родным языком, неспособность врача ясно и точно излагать мысли затрудняют установление контакта с пациентом. Речевые ошибки даже авторитетного в своей области специалиста-медика непременно снижают в сознании пациента уровень достоверности получаемой им информации, негативно сказываются на результатах лечения.

Е. В. Орлова исследовала качество владения русским языком и представила результаты контроля уровня сформированности лингвистической компетентности работников (врачей, медсестёр, фельдшеров) медицинских учреждений г. Иванова, Ивановской области, г. Москвы, г. Новый Уренгой. Исследования показали, что орфоэпические ошибки делают 33,5% респондентов; грамматические – 73,7% (из них – на согласование подлежащего и сказуемого – 13,4%; на согласование определений – 6,7%; на использование деепричастных оборотов – 46,9%; на склонение собственных имён – 66,7%); практически каждый четвертый медицинский работник (26,8%) не справляется с заданиями на использование средств речевого этикета; особые трудности вызывают задания в области делового этикета, например, написать заявление о приёме на работу и т. д. [2]. Приведённые данные свидетельствуют о низком уровне речевой культуры медицинских работников. В такой ситуации вопрос о необходимости совершенствования лингвистической компетентности стоит ещё более остро.

Одно из решений проблемы мы видим в разработке специальной литературы (справочников, учебных пособий, словарей), а также спецкурсов по культуре устной и письменной речи, которые будут ориентированы уже не на студентов, а на специалистов в области медицины и могут преподаваться на постдипломном этапе повышения квалификации. Их созданию непременно должны предшествовать исследования методами опроса, анкетирования, тестирования и т. п., которые позволят сделать конкретные выводы о той ситуации, которая сложилась в настоящее время в области речевой культуры работников медицинских учреждений ДНР, как, впрочем, и Российской Федерации в целом. Отдельное внимание лингвистам необходимо уделить коммуникации «врач – пациент» в ситуации свободного общения. Эта тема до сих пор не получила должного научного осмысления и практического описания.

Литература:

1. Белый В. В. Культура речи молодого врача : учеб.-метод. пособие / В. В. Белый, Г. Н. Аксенова. – Минск : БГМУ, 2011 – 100 с.
2. Орлова Е. В. Нужен ли врачу русский язык? / Е. В. Орлова // Мир русского слова. – № 1. – 2012. – С. 31–35.

Жадан Е.С., Колесникова А.Г., Максимова М.А.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Самой большой проблемой в XXI веке, с которой сталкивается медицина и здравоохранение, является увеличение до масштабов пандемии числа хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). По данным ВОЗ в 2020 году ХНЗ в структуре смертности составили 48%, а по прогнозам через 10 лет (в 2030 году) ожидается увеличение их частоты до 56%. В первую очередь, это за счет увеличения кардиометаболических нарушений и онкологических заболеваний. В последние годы отслеживаются вспышки новых инфекций, в первую очередь вирусной этиологии, особенно таких, как птичий и свиной грипп. По данным ряда исследований COVID-19, объявленный ВОЗ в виде пандемии, наглядно демонстрирует, что основной мишенью вирусных инфекций являются лица, имеющие ХНЗ и их коморбидность. Коронавирусная болезнь (COVID-19) быстро повлияла на смертность людей с ХНЗ во всем мире.

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смерти в Европе. По данным Национального центра здравоохранения приблизительно 1 из каждых 5 женщин (22%) и 1 из каждых 5 мужчин (21%) умирают от ишемической болезни сердца. Инсульт является второй наиболее распространенной причиной смерти в Европе – 1,24 миллиона смертей. По имеющимся данным частота факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных, госпитализированных с COVID-19, достаточно высока и наиболее частым сопутствующим ССЗ является артериальная гипертензия. Сахарный диабет (СД) - хроническое неинфекционное заболевание, которое охватывает 3-10% населения в разных странах и его частота прогрессивно увеличивается. Недавнее ретроспективное исследование в Ухане, включающее 174 пациента с COVID-19, показало, что 21,2% пациентов имели в анамнезе СД, и определило его как предиктор тяжелого течения COVID-19 (16,2%), уступая только артериальной гипертензии (23,7%). Ожирение также является одним из важных факторов, способствующих развитию осложнений коронавирусной инфекции. Анализ 2212 случаев смерти показал, что относительный риск среди лиц с ожирением составил 1,37 (ДИ 1,16–1,63).

Злокачественные новообразования охватывают более 700 нозологических единиц, которые представляют собой серьезную социальную проблему. За последние 40 лет число новых случаев рака в мире увеличилось в 2 раза. Из первых 1590 случаев коронавируса в Китае — 18 (1%) пациентов имели злокачественные новообразования. Рак легкого был наиболее часто встречаемой опухолью в структуре новообразований (28%). У онкологических больных, находящихся в отделении интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких, отмечалась более высокая частота тяжелых событий - 7 (39%) из 18 пациентов, которые и привели к смерти, по сравнению с пациентами без рака-1248 (8%) из 1572 пациентов. В последние годы возросло число заболевших с психосоматическими расстройствами. Впервые данные изменения отчетливо проявились среди граждан Китая, когда многие люди одновременно обратились за помощью с эмоциональными проблемами в виде беспомощности, выраженного страха, постоянно тревоги и подавленности, а также, чувством вины. Статистика показывает, что медицинские работники наиболее подвержены значительному риску развития психических заболеваний, причинами которых являются - длительный рабочий день, высокий риск заражения, постоянно нарастающая усталость и длительная разлука с семьей.

Таким образом, можно сделать вывод, что основной мишенью при COVID-19 являются больные с ХНЗ, при этом возникает необходимость изучить симптоматику и тяжесть течения данных заболеваний на фоне COVID-19 с различными эпидемиологическими и клиническими факторами риска; разработать различные клинические и методические рекомендации, протоколы по ведению пациентов с различными ХНЗ.

Жижек А.П., Зятьева А.П., Гладких А.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

ИММУНОТРОМБОЗ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 – ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Актуальность. Считается, что легочная внутрисосудистая коагулопатия, или легочная иммуноваскулярная коагулопатия, является одной из причин плохой выживаемости пациентов с COVID-19. Допустимо предположить, что особо актуальным является исследование возможности таргетной терапии при COVID-19 с целью улучшения прогноза заболевания и качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению этиопатогенеза и лечения COVID-19.

Результаты. Значительный интерес представляет роль применения антикоагулянтов в лечении легочной внутрисосудистой коагулопатии COVID-19. Уже опубликованы рекомендации экспертов по применению антикоагулянтов. Однако данные проспективных когортных исследований свидетельствуют об обратном. В результате исследований было выявлено, что применение низкомолекулярного гепарина в профилактических дозах не дает особых преимуществ в выживаемости. Улучшения отмечались только в группах пациентов с высокими показателями коагулопатии, обусловленной сепсисом, и у пациентов с шестикратным повышением уровня D-димера. Роль и сроки антикоагулянтной терапии при обширном имунотромбозе требуют тщательного рассмотрения. Также особо актуальным является вопрос целесообразности антицитокиновой терапии с целью коррекции диффузного имунотромбоза у пациентов с тяжелым течением COVID-19. Со снижением риска сердечно-сосудистой смертности было ассоциировано применение блокатора IL-1 β канакинумаба. Также описаны общие пути взаимодействия свертывающей и иммунной системы (было описано взаимодействие IL-1 α с макрофагами и тромбоцитами). На сегодняшний день проводятся клинические исследования использования блокатора IL-1 α и IL-1 β – анакинры (канакинумаб избирательно блокирует только IL-1 β). Наиболее важный вопрос для реализации оптимальных терапевтических стратегий заключается в следующем: является ли возникающая ранняя активация коагулопатии и фибринолиза у пациентов с пневмонией COVID-19 исключительно следствием иммунного ответа на внедрение вируса или существует степень чрезмерного воспаления, которое может быть направлено на предотвращение прогрессирования легочной внутрисосудистой коагулопатии. Потенциальное преимущество препаратов, впервые разработанных для лечения воспалительных и гипервоспалительных состояний необходимо рассматривать с точки зрения тяжелого диффузного имунотромбоза легких.

Также, важно отметить, что особую роль в развитии имунотромбоза играет осуществление вентиляции легких с положительным давлением. Вентиляция под положительным давлением, используемая у тяжелобольных пациентов с COVID-19, может привести к проникновению вирусной РНК в системные артериальные и венозные сосуды, что приведет к имунотромбозу. Следует отметить, что у пациентов, находящихся на вентиляции, чаще встречаются вирусная РНК-анемия, системный венозный тромбоз и сердечная патология. Таким образом, вентиляция под положительным давлением является фактором, способствующим высвобождению вирусных нуклеиновых кислот и белков через поврежденные барьеры альвеолярных эндотелиальных клеток.

Выводы. Во избежание нежелательных исходов, при COVID-19 особо актуальным является осуществление своевременного лечения гиперкоагуляции и васкулопатии. Согласно анализу литературных данных, с целью уменьшения воспалительных явлений, обусловленных так называемым «цитокиновым штормом», возможно применение описанных выше препаратов - канакинумаба и анакинры. Также с целью предупреждения развития имунотромбоза при осуществлении респираторной поддержки необходимо учитывать возможные нежелательные эффекты вентиляции под положительным давлением при COVID-19.

Жижек А.П., Зятева А.П., Гладких А.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19, ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЙ

Актуальность. В настоящее время особо остро стоит вопрос осуществления своевременной дифференциальной диагностики повреждений легких вирусной этиологии и вторичной бактериальной пневмонии. Важно, что вирус-ассоциированная пневмония может усугубляться развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), однако осуществление антибиотикотерапии в данном случае не требуется. В свою очередь, присоединение вторичной пневмонии бактериальной этиологии требует незамедлительной антибиотикотерапии.

Материалы и методы. Анализ данных современных отечественных и зарубежных источников литературы.

Результаты. Зачастую пациентам с COVID-19 требуется осуществление длительной инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Важно отметить, что у пациентов с коронавирусной инфекцией отмечаются признаки длительной иммуносупрессии. В данном состоянии имеется высокий риск развития вторичных внутрибольничных инфекций, в первую очередь пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией легких – вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП). Диагностика ВАП является актуальным вопросом, однако интерпретация имеющихся данных затруднена, так как до проведения ИВЛ уже отмечались патологические изменения со стороны легочной ткани. При диагностике ВАП учитываются клинические признаки инфекции, данные микробиологических исследований, результаты рентгенографии и компьютерной томографии грудной клетки. Практически невозможно отличить ковид-ассоциированный ОРДС с бессимптомной бактериальной колонизацией от истинного ВАП, основываясь на оценке традиционных диагностических критериев. На данный момент затруднена достоверная идентификация пациентов с COVID-19, нуждающихся в лечении антибиотиками широкого спектра действия, вследствие чего отмечается бесконтрольное использование антибиотиков широкого спектра без подтверждения наличия бактериальной инфекции, что способствует развитию значимой антибиотикорезистентности. Таким образом, большинству пациентов, находящихся под ИВЛ, с COVID-19 и ОРДС осуществляется профилактическая антибиотикотерапия для предотвращения развития недокументированного ВАП. Данная стратегия сопряжена с высоким риском развития множественной лекарственной устойчивости, риском развития грибковой инфекции у пациентов, которые, как ожидается, будут находиться под ИВЛ в течение длительного периода времени. Масштабы пандемии и тяжесть клинической симптоматики не могут оправдать «слепую» антибиотикотерапию. Во избежание описанного пагубного подхода необходима разработка специальных рекомендаций по осуществлению антибиотикотерапии при COVID-19.

Выводы. В связи с отсутствием специальных рекомендаций об осуществлении антибиотикотерапии при COVID-19 целесообразным является своевременное проведение комплексного оценивания результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований. В результате анализа данных современных исследований, посвященных изучению этиопатогенеза и возможностям лечения коронавирусной инфекции, были отмечены признаки, наиболее характерные для присоединения бактериальной инфекции, согласно которым при присоединении бактериальной инфекции в клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз и нейтрофилез. Также о присоединении бактериальной инфекции свидетельствует повышение уровня прокальцитонина (при вирусной характерны нормальные значения уровня прокальцитонина). Также рекомендован учет данных рентгенографии и компьютерной томографии органов грудной клетки – при резком увеличении инфильтрации легочной ткани (более 50% за 48 часов от госпитализации) рекомендовано проведение антибиотикотерапии.

Жилицын Е.В., Кравченко А.И., Евтеев Р.В., Ломанов В.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОИМПЛАНТОВ «ТУТОПЛАСТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РТЦ

Введение. В своей практике врач травматолог-ортопед часто сталкивается с проблемой замещения дефектов кости, возникшей в результате заболевания, травмы или вынужденной резекции. Количество пациентов и объемы поражения костной ткани постоянно растут. Наиболее выгодным подходом в ситуации, особенно применимо к детям, является замещение послеоперационного дефекта с использованием биоимплантатов.

Материала и методы. В детском отделении Республиканского травматологического центра Донецкой Народной Республики (РТЦ ДНР) в период с 2016-го по 2021 г. было проведено лечение 103 пациента в возрасте от 2 до 18 лет с применением аллогенного костнозамещающего материала «Туттопласт». Из них мальчиков – 56, девочек – 47, с диагнозами: костная киста – 39, фиброзная дисплазия – 49, хондробластома – 8, остеохондрома – 6, врожденный ложный сустав ключицы – 1. Локализация патологического очага в основном это проксимальный отдел бедра, область верхней трети плеча, кости голени, пяточные и пястные кости. У двоих пациентов поражение было в различных сегментах конечностей (костная киста большеберцовой кости и остеохондрома бедренной кости). Диагноз во всех случаях был подтвержден гистологическим исследованием. Необходимое количество материала «Туттопласт» рассчитывалось по рентгенограммам в двух проекциях либо по данным КТ.

Результаты. Всем больным было выполнено оперативное лечение в виде пристеночной резекции пораженного сегмента кости в пределах здоровых тканей с последующим заполнением полости кортикально-губчатым гранулятом в объеме от 15 до 120 см³ либо структурными губчатыми блоками, либо диафизарными вставками биоматериала «Туттопласт». Послеоперационный период в данной группе пациентов протекал без осложнений, не было отмечено случаев нагноения либо отторжения биоимплантатов. По данным контрольных рентгенограмм, даже при обширных дефектах кости после резекции пораженного участка степень перестройки биоматериала уже через 1,5-2 месяца позволяла снять средство иммобилизации и дать дозированную нагрузку на поврежденный сегмент. Полная перестройка трансплантата происходила за 8–12 месяцев. Рецидивы заболевания наблюдались в 10,6% случаев, и чаще всего в 1/3 плечевой и бедренной кости, видимо, по причине неполной резекции из-за труднодоступности к месту поражения, а также наличия «кровового поля» по причине невозможности наложения жгута.

Выводы. Таким образом, применение аллогенных биоимплантатов «Туттопласт» с гарантированными производителем биосовместимостью, стерильностью материала при соблюдении рекомендаций по применению позволяет решить довольно трудные задачи ортопедии, особенно в тех случаях, когда иные способы замещения костных дефектов являются малоэффективными или неприемлемыми.

Жилицын Е.В., Лобко А.Я., Кравченко А.И., Евтеев Р.В., Демьяненко Р.Ю., Джерелей О.Б., Ломанов В.А., Завертайло А.С.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РТЦ

Введение. Частота переломов ключицы у детей достигает по данным разных авторов от 11% до 14% переломов различной локализации. В целом, на их долю приходится до 5 % всех переломов во всех возрастных группах. Наиболее часто встречаются диафизарные переломы ключицы в средней трети.

Для переломов поддающихся консервативному лечению мы применяем восьмиобразную повязку у детей до 5 лет, и кольца Дельбе у детей старшего возраста. При наличии углового смещения производится одномоментная закрытая репозиция перелома с последующей иммобилизацией вышеуказанными способами. При консервативном лечении высоки риски не сращения или неправильно сросшегося перелома. Среди оперативных методик наиболее распространенным является интрамедуллярный остеосинтез. Возможен вариант лечения переломов ключицы при помощи накостного остеосинтеза пластинами. Однако вышеуказанные методики не лишены недостатков.

Общеизвестно, что при переломах ключицы у взрослых применяется методика чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации, последняя защищена патентом U7A61B17/56 от 16.05.2005. При данной методике, в каждый из основных фрагментов ключицы вводят 2 стержня. Мануально воздействуя на стержни, выполняют одномоментную репозицию отломков. В достигнутом положении винт - стержни крепят на единой плоской планке с помощью консольных приставок и фиксаторов, совместимых с аппаратами Илизарова и «Остеомеханик».

Материалы и методы. На базе детского отделения РТЦ в период с 11.10.2016 по 02.09.2021 нами прооперировано 48 детей (37 мальчиков и 11 девочек) с применением закрытого чрескостного остеосинтеза. Возраст детей составлял от 7 до 17 лет. Все переломы носили закрытый характер, и соответствовали типу 15.2A по классификации AO/ASIF. Срок от момента получения травмы до оперативного вмешательства составил не более 10 суток.

Результаты. Сроки от момента операции до консолидации перелома и демонтажа АФВ составляли от 1,5 до 2 мес. Комплексная балльная оценка в соответствии с рейтинговой шкалой состояния плечевого сустава показала, что уже к исходу 4-х суток после операции функциональный результат по данной шкале в отношении объема движений и качества жизни пациента составил $75,9 \pm 2,0$ баллов, что соответствует показателю «хорошо». Окончательный результат по завершению лечения (срок от двух месяцев после операции) составил $96,7 \pm 0,3$ баллов, что соответствует показателю «отлично». Осложнения в исследуемой группе не наблюдались.

Выводы. По результатам наших наблюдений, применение методики чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации при лечении переломов ключицы у детей, является малоинвазивным, функциональным способом оперативного лечения. Дети могут вести активный образ жизни уже на четвертые сутки после оперативного вмешательства, в отличие от консервативных методик лечения, интрамедуллярного и накостного остеосинтеза, при которых функциональные возможности ограничены болью, неудобством повязки, возможным возникновением вторичного смещения отломков, послеоперационным ограничением функции верхней конечности, обусловленным высокой инвазивностью операции.

Исходя из вышеперечисленных данных, мы считаем методику чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации приемлемой при лечении переломов ключиц у детей в возрасте от 7 до 17 лет.

Жилицын Е.В., Штутин А.А., Чуйко А.В.

Республиканский травматологический центр МЗ Донецкой Народной Республики, г. Донецк

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Переломы тел позвонков у детей в большинстве случаев являются результатом низкоэнергетической травмы. Их лечение связано с длительным пребыванием в стационаре и многомесячным последующим восстановительным периодом. Одним из существенных факторов риска данной категории повреждений является снижение плотности костной ткани у детей в периоде роста, что должно учитываться при определении тактики лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: изучить показатели минеральной плотности костной ткани у детей с компрессионными переломами тел позвонков.

Материал и методы. Проведен анализ материалов обследования 74 детей в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст – $13,5 \pm 1,4$) с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков. Мальчиков было 41 (55,4%), девочек – 33 (44,6%). Изолированные переломы имели место у 18 (24,3%) больных, множественные – 56 (75,7%). У 61 (82,4%) пациента переломы локализовались в грудном отделе позвоночника. Диагноз верифицировался на основании стандартных клинко-рентгенологических исследований и спиральной компьютерной томографии (СКТ). Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника производили по стандартной методике двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic Discovery QDR (США) в срок 10-14 суток от момента травмы. Изучали соматометрические показатели (рост, вес, индекс массы тела - ИМТ). Обезжиренную массу, жировую массу и ее удельный показатель, площадь исследуемой области, МПКТ определяли с помощью программного обеспечения денситометра. Оценку данных производили на основании таблицы референтных значений по Z-критерию согласно с международными рекомендациями. Полученные результаты обрабатывали методами биостатистики с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что антропометрические показатели, а именно масса тела и рост, значительно различались у детей в зависимости от пола и возраста. В то же время ИМТ существенно не зависел от возраста. Показатели МПКТ зависели от пола и возраста и значимо возрастали пубертатном периоде – 13-14 лет у девочек и 15-17 лет у мальчиков в сравнении с детьми в возрасте 10-12 лет. Остеопения ($-2,5 \text{ SD} < Z < -1,0 \text{ SD}$) установлена у 39 (52,7%) пациентов, в том числе у 31 (55,4%) больного с множественными и 8 (44,4%) больных с изолированными компрессионными переломами тел позвонков. Корреляционный анализ показал сильную связь между наличием остеопении и компрессионными переломами тел позвонков ($r = 0,712$, $p = 0,008$). Остеопороз ($Z < -2,5 \text{ SD}$) выявлен у 3 (4,05%) больных – все с наличием множественных переломов. Наличие в анамнезе переломов других костей скелета установлено у 21 (28,4%) пациентов, в том числе у 17 с выявленной остеопенией.

Вывод. Показатель МПКТ существенно меняется в процессе роста детей и зависит от пола, возраста и антропометрических показателей. Выявленная сильная корреляционная связь между наличием остеопении и компрессионных переломов тел позвонков позволяет рассматривать МПКТ в качестве важного предиктора переломов костей скелета и требует соответствующей коррекции как для профилактики указанных повреждений, так и в процессе восстановительного лечения.

Жилыев Р. А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В работе проведен анализ историй болезни (форма первичной учётной документации 003 / у и 027 / у) 211 больных с повреждениями костей таза, находившихся на лечении в травматологических отделениях Республиканского травматологического центра и Центральной городской больницы № 17 г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики с 2016 года по 2021 год и 40 пациентов контрольной группы.

Дизайн исследования: ретроспективное когортное исследование: случай – контроль. Критерий включения – тяжёлая сочетанная травма, тяжёлая полиорганная патология, преждевременная выписка из стационара по настоянию пациента. Все обследуемые были распределены на 10 групп в зависимости от наличия осколков и их смещения при повреждении таза, наличия или отсутствия шока и наличия или отсутствия признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Группа сравнения: лица мужского и женского пола с признаками ДСТ без признаков повреждения таза. Группа контрольная: лица мужского и женского пола, не имеющих признаков повреждения таза и признаков ДСТ.

На первом этапе нами были проанализированы показатели возраста, проведенных в стационаре койко-дней, обстоятельства травмы и были выделены некоторые подгруппы сравнения. Из всех травмированных пациентов было 125 мужчин ($59,2 \% \pm 3,38 \%$) и 86 женщин ($40,8 \% \pm 3,38 \%$). Таким образом, травмированных мужчин статистически различимо было больше на $18,4 \%$, $p < 0,001$. В связи с этим, в дальнейшем сравнение групп мужчин и женщин было проведено отдельно. Медиана возраста составила 43 года $\pm 1,63$ года [95 % ДИ: 39;44]. Минимум – 18 лет, максимум – 90 лет. Медиана возраста мужчин составила 43 года $\pm 1,46$ года [95 % ДИ: 39;47]. Минимум – 23 года, максимум – 72 года. Медиана возраста женщин составила 40 лет $\pm 3,35$ года [95 % ДИ: 30;68]. Минимум – 18 лет, максимум – 90 лет. Различие по возрасту между мужчинами и женщинами не является статистически значимым, $p = 0,736$. По количеству проведенных в стационаре койко-дней пациенты распределились следующим образом. Медиана койко-дней составила 27 дней $\pm 1,24$ дня [95 % ДИ: 25;30]. Минимум – 10 дней, максимум – 61 день. Медиана койко-дней мужчин составила 27 дней $\pm 1,59$ дня [95 % ДИ: 23;30]. Минимум – 12 дней, максимум – 61 день. Медиана койко-дней женщин составила 28 дней $\pm 1,97$ дня [95 % ДИ: 26;31]. Минимум – 10 дней, максимум – 59 дней. Различие по количеству проведенных в стационаре койко-дней между мужчинами и женщинами не является статистически значимым, $p = 0,719$. Из всех пострадавших 150 пациентов получили травму в быту, 61 пострадавший – в результате ДТП. Были выявлены корреляционные связи средней силы (от $R = 0,457$ до $R = 0,766$, $p < 0,05$) между наличием ДСТ, наличием осколков и их смещением, наличием шокового состояния и продолжительностью лечения (койко-днями). Были выявлены статистически значимые различия, $p < 0,01$ по удельному весу пациентов между группой с наличием шока, осколков и их смещения и ДСТ и удельному весу пациентов с наличием шока, осколков и их смещения, но без ДСТ. В дальнейшем планируется выявить патогенетические предикторы развития осложнений травмы таза у лиц с ДСТ и разработать математическую прогностическую модель.

Жилев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ МЕТАЭПИФИЗУ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Вопрос лечения переломов плато большеберцовой кости многогранна и далека от своего окончательного решения. Данные травмы составляют от 2 до 5% от переломов костей конечностей всех локализаций, до 30% – от переломов нижней конечности и до 60% – от внутрисуставных переломов в области крупных суставов. Для успешного лечения необходима анатомичная репозиция отломков и восстановление опороспособности сустава, проведенные в кратчайшие сроки. При выборе метода лечения необходимо ориентироваться на наименее травматичный способ операции, который, в то же время, позволяет адекватно выполнить репозицию и фиксацию костных отломков, включающих суставные поверхности. Решение этих двух задач напрямую зависит от правильного выбора хирургического доступа к зоне перелома.

В работе рассмотрены 12 случаев переломов латеральной части плато большеберцовой кости (8 мужчин, 67%, 4 женщины, 33%), возрастом от 43 до 67 лет, средний возраст $52 \pm 5,4$ года, повреждения моностеральные: типы 41B1.1, 41B2.1, 41B3.1 согласно классификации АО Foundation, либо типы I-III по клинической классификации Schatzker. Сопоставление отломков выполнялось с помощью пластин с угловой стабильностью (LCP). Результаты оперативного лечения оценены на момент выписки больных из стационара. В дальнейшем планируется оценка функциональных показателей прооперированных пациентов. Данные статистически обработаны в программе MedCalc, результаты достоверны при уровне значимости $p > 0,05$.

В зависимости от позиции отломков применялись 3 варианта доступов к месту перелома: 6 случаев (50%) переднелатеральный ПЛ, 5 случаев (42%) переднелатеральный трансфибулярный ПЛТФ (с остеотомией головки малоберцовой кости) и в 1 случае (8%) потребовалось дополнить традици-

онный переднелатеральный доступ задним (ПЛЗЛ) из за наличия крупного смещенного отломка в проекции заднелатеральной колонны плато большеберцовой кости.

Время операции при ПЛ доступе составило в среднем 86 ± 4.6 мин (сам доступ от момента разреза кожи до начала открытой репозиции отломков осуществлялся в среднем за 13 ± 2.4 мин), при ПЛТФ время операции 101 ± 12.0 мин (20 ± 5.3 мин на доступ), ПЛЗЛ осуществлен за 25 мин, время операции составило 135 минут.

Послеоперационные раны во всех случаях зажили первичным натяжением, без осложнений, время прошедшее от момента операции до снятия швов составило в целом для выборки 15 ± 1.2 суток, при ПЛ 14 ± 1.0 суток, при ПЛТФ 15 ± 1.2 суток, при ПЛЗЛ – 15 суток.

Во всех случаях в проекции доступа к наружному мыщелку в ране приходилось выделять общий малоберцовый нерв (ОМН), при разъединении окружающих его мягких тканей и при репозиции отломков использовалась щадящая методика, нерв аккуратно отводился на турникете либо пластинчатыми крючками. В результате, в раннем и позднем операционных периодах клиника повреждений ОМН отсутствовала.

Основываясь на вышеуказанных клинических и топографо-анатомических результатах, можно заключить, что использование традиционных оперативных доступов к области перелома наружного мыщелка большеберцовой кости дает клинически оправданный результат и минимум осложнений. При необходимости оправдывает себя использование комбинированных доступов с минимальной потерей времени и низким интраоперационным риском.

Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В.

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

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

Дисплазия соединительных тканей в настоящее время является широко распространенной патологией и выявляется у 26-80% населения. Основное внимание исследователей направлено на изучение патоморфологии сосудов головного мозга и конечностей у пациентов с патологией соединительных тканей (СТ). Недостаточно раскрыты вопросы взаимосвязи структурных изменений стенки кровеносных сосудов малого таза с посттравматическими гемодинамическими нарушениями.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей вен малого таза при травмах тазового кольца, ассоциированных с синдромом недифференцированной дисплазии СТ.

Материалом для исследования служили полученные интраоперационно биоптаты вен (наружной и внутренней подвздошной) от 108 больных с переломами костей таза типа В (типа В - ротационно-нестабильные, возникшие вследствие воздействия на таз боковых компрессионных или ротационных сил), находившихся на лечении в травматологическом отделении РТЦ (основная группа) и 25 пациентов группы сравнения (сходные по классификации переломы таза при условии отсутствия признаков дисплазии соединительной ткани). Оценку степени выраженности дисплазии СТ производили по интегральному методу Т.Ю. Смольновой (2009). На срезах вен, окрашенных гематоксилином-эозином и по методу Ван Гизона, с помощью окулярной стереометрической сетки по Г.Г. Автандилову измеряли удельную площадь (УП) интимы, меди (пучков гладких мышечных клеток и прослоек рыхлой соединительной ткани), коллагеновых волокон, *vasa vasorum* и адвентиции. Гистохимическим методом (реакция с Шифф-йодной кислотой) оценивали содержание гликозаминогликанов в стенке вен. Степень кровопотери оценивали по концентрационному показателю крови (уровень гемоглобина, г/л) (В.Н.Бордаков, 2012). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2007, Medstat. У пациентов основной группы с легкой степенью кровопотери (20% ОЦК) выявили уменьшение УП коллагеновых волокон в средней и наружной оболочке внутренней подвздошной вены соответственно на $27,33 \pm 0,51\%$ и $18,74 \pm 0,46\%$, что сопровождалось равнозначным снижением содержания гликозаминогликанов и толщины оболочек сосуда. При этом в группе сравнения степень кровопотери была в 1,7 раза меньше, чем в данной подгруппе. Очевидно,

снижение прочности соединительнотканного каркаса вены у пациентов с дисплазией соединительной ткани явилось фактором риска увеличения кровопотери при травме. В стенке наружной подвздошной вены у пациентов данной подгруппы не выявили статистически достоверных изменений морфометрических показателей. Для пациентов с кровопотерей средней тяжести и тяжелой (более 30% ОЦК) было характерно значимое уменьшение как УП коллагеновых волокон, а также увеличение содержания и неравномерное накопление гликозаминогликанов в адвентиции внутренней подвздошной вены, утолщение данной оболочки, что можно расценивать как компенсаторную реакцию соединительной ткани на дефицит коллагенового каркаса, направленную на поддержание прочностных свойств стенки сосуда. Однако, взаимосвязь вены с костями и мышцами таза в таких условиях служила причиной более выраженной кровопотери (в 2,3 и 2,6 раза соответственно по сравнению с группой сравнения). Таким образом, топографические особенности и выявленные морфологические изменения стенки вены при дисплазии соединительной ткани являются предикторами массивной кровопотери при переломах костей таза типа В.

Заец Е.В., Петров А.Г., Павлушенко С.Д.

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

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 ПНЕВМОНИЕЙ

Актуальность. Острые вирусные инфекции являются наиболее распространенными заболеваниями человека и одной из основных причин госпитализаций. Важность понимания роли респираторных вирусных инфекций для исходов беременности у матери и плода становится все более актуальной по мере того, как современный мир сталкивается с растущим риском эпидемий и пандемий. 11 марта 2020г. Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая продолжается по настоящее время. По мере течения эпидемического процесса накапливается и систематизируются сведения о заболеваемости, подводятся первые итоги и выводятся клинко- патогенетические и эпидемические закономерности.

Цель. Изучить особенности ведения беременных с COVID-19 ассоциированной пневмонией.

Материалы и методы. Дизайн- популяционное эпидемиологическое проспективное исследование. Проведен анализ информации о заболеваемости и особенности течения у беременных, находящихся на стационарном лечении в Донецком Республиканском Центре Охраны Материнства и детства. При подтверждении COVID-19 методом полимеразной цепной реакции в назофарингеальном мазке, беременные переводились в Перинатальный центр г. Макеевки. В проведенном нами исследовании 20 беременных находились в первом триместре (9-13 недель), 37 беременных во втором триместре (14-27 недель) и 27 беременных в третьем триместре (14-27 недель).

Результаты исследования. При анализе выявлено, что 90% беременных имели анемию различной степени тяжести, получали антианемическое лечение. Из них 57,4% (31 беременная) на момент карантина нуждались в контроле проводимого лечения. Среди беременных, находившихся во втором и третьем триместре, у 14,58% (7) было острое респираторное заболевание без повышения температуры тела, жалобами были першение в горле и кашель, им проведено лечение на дому. По результатам нашего исследования у 2 беременных, находившихся в третьем триместре, что составило 22,2%, была пневмония. В соответствии с чем, были госпитализированы в Перинатальный центр г. Макеевки для дальнейшего лечения.

Выводы. Полученные нами эпидемиологические сведения о заболеваемости COVID-19 у беременных, убедительно доказывают, что беременные женщины являются группой повышенного риска инфицирования SARS-CoV-2. Согласно результатам проведенного нами исследования ранняя диагностика COVID-19 ассоциированной пневмонии во время беременности способствует минимизации осложнений и снижению материнской смертности в 2 раза. В связи с этим ведение беременных следует индивидуализировать на основе учета акушерских показаний и состоянии здоровья матери и плода.

Захаревич В.М., Колоскова Н.Н., Попцов В.Н., Шевченко А.О., Халилулин Т.А., Закирьянов А.Р., Гольц А.М., Иванов Д.С., Сухачев А.А., Кирьяков К.С., Поздняков О.А., Готье С.В.

ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова»

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА. ОПЫТ МИРОВОГО ЛИДЕРА. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Несмотря на успехи современной кардиотрансплантологии, вопрос лечения терминальной стадии хронической сердечной недостаточности остается открытым в мировой и отечественной практике. В нашей стране отмечается существенный рост количества трансплантаций за счет разработки нового подхода в отборе доноров и реципиентов, совершенствования методик ведения пациентов, активного внедрения методов механической поддержки кровообращения. Ежегодное количество трансплантаций сердца, выполняемых в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» приблизилось к 200 операциям в год. Достигнутые показатели по объему трансплантаций сердца, выполняемых в одной клинике на сегодняшний день являются рекордными в мировой практике. Накопленный опыт позволяет выделить основные аспекты современной трансплантации сердца. Увеличение числа больных с рефрактерной ХСН, тяжесть их исходного состояния и дефицит донорских органов создают условия для активного применения различных систем вспомогательного кровообращения. Одними из наиболее часто используемых методов механической поддержки кровообращения (МПК) являются вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация (ВА ЭКМО) и системы обхода левого желудочка (LVAD). В ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» ВА ЭКМО используется приблизительно в 25% случаев в качестве предтрансплантационной МПК. Эффективность данного метода составляет более 90% у потенциальных реципиентов сердца, нуждающихся в неотложной ТС. Наш опыт имплантации систем для поддержки насосной функции сердца и оптимизация хирургической тактики имплантации продемонстрировали возможность и безопасность их активного применения у пациентов с терминальной сердечной недостаточностью. Так же немаловажным аспектом современной кардиотрансплантологии является акцентирование внимания на таких проблемах как болезнь коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС). Статистически более 10% летальных исходов у реципиентов спустя год после операции связаны с БКАПС, а спустя 10 лет после операции данная патология выявляется более чем в 50% случаев. На основании многолетнего опыта применяется стратегия своевременной диагностики и хирургического лечения данной патологии. В лечении терминальной стадии дисфункции сердечного трансплантата ключевую роль играет ретрансплантация сердца. Этот метод не уступает результатам первичной трансплантации в отношении отдаленной выживаемости реципиентов. Заключение: Представленный опыт акцентирует внимание на актуальных аспектах кардиотрансплантологии, таких как: механическая поддержка кровообращения, использование доноров с расширенными критериями, болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, хроническое отторжение, ретрансплантация.

Захарова Л.А., Бобровицкая А.И., Безкаравайный Б.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ

На современном этапе серьезной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой по-прежнему остаются вирусные гепатиты. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что более 2 млрд. человек имеют признаки текущей или завершившейся инфекции, обусловленной вирусом гепатита В и более 350 млн. составляют носители вируса (HBV); ежегодно умирает около 2 млн. человек. Приблизительно 500 млн. страдает хронической HCV – инфекцией; увеличилось количество больных ВГС с циррозом печени и смертность от осложнений портальной гипертензии.

Особенностями клинического проявления вирусного гепатита В у детей является наличие бессимптомного и хронического течения болезни; при гепатите С - клинические признаки болезни неярко выражены: в 25% случаев наблюдается желтуха, менее выражены нарушения ведущих функций печени. Однако, в большинстве случаев (85%) формируется хроническое течение болезни.

Мало изученными являются вопросы глубинных механизмов патогенеза, своевременной диагностики, оценки тяжести патологического процесса и эффективности проводимой профилактики ХВГС и ХВГВ у детей. Информация о репликации вируса гепатита С в большинстве случаев имеет противоречивый характер, что объясняется в отдельных случаях низкой концентрацией вируса в организме носителей, а также отсутствием вируса.

В основе патогенетического механизма вирусоносительства (HBV, HCV) лежит размножение вируса или синтез отдельных вирусных компонентов в тканях инфицированного организма. При этом персистирующий вирус не разрушает клетки органов: зрелый вирус попадает в кровь, секреты организма. Возможна интеграция генома вируса в клеточный геном с постоянной продукцией вирусоспецифических белков, а иногда, и целых вирионов. Вирусная персистенция – сохранение вируса в функционально активном состоянии в клетках организма (инфекции обусловленные фенотипом вирусной персистенции). Так «называемые» персистентные инфекции протекают при менее выраженных клинических проявлениях либо при их отсутствии по сравнению с острой инфекцией.

В последние годы XX столетия особое внимание уделяется вертикальной передаче возбудителя вирусного гепатита В как естественному, поддерживающей эпидемический процесс инфекции. Термин «вертикальная передача» включает инфицирование матерью плода и новорожденных пре-, интра- и постнатально. Наиболее diskutabelным является возможность пренатального (внутриутробного) инфицирования.

Частота заражения детей от инфицированных матерей колеблется от 0 % до 70 %. У детей матери, которые перенесли вирусный гепатит в острой форме в первом триместре беременности, вирусный гепатит не развивался; у 25 % новорожденных матери, которых переболели во втором триместре и у 70% - в третьем триместре развился вирусный гепатит В. Женщины, инфицированные во втором триместре (6 %) и в третьем (67 %), имели 90 % в раннем послеродовом периоде детей (HBsAg +) - вирусоносителей.

Общепризнано мнение об отрицательном влиянии вирусного гепатита на течение беременности и плода: недонашивание и гибель плода. Внутриутробное заражение чаще встречается при бессимптомных или малосимптомных формах вирусного гепатита у матери во время беременности.

Особый интерес представляет проблема целесообразности естественного вскармливания ребенка при заболевании матери вирусным гепатитом. В литературе имеются сообщения о безопасности больной матери, кормящей грудью, для ребенка и о выделении из грудного молока HBs- антигена. Однако наличие HBs-антигена в грудном молоке не означает его инфицированности. В тоже время данная проблема имеет другую сторону – неблагоприятное влияние лактации на течение болезни у матери. Прекращение грудного вскармливания в ранние сроки может служить одним из лечебных мероприятий по предупреждению развития тяжелых и затяжных форм вирусного гепатита у кормящих женщин.

Землянский И.Л., Демиденко В.В.

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

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Неуклонный рост числа больных острым панкреатитом, высокая частота осложнений тяжёлых форм заболевания с неблагоприятными исходами определяет актуальность рассматриваемой проблемы. Несмотря на то, что в 70-80% наблюдений заболевание характеризуется относительно благоприятной клинической картиной, в 20-30% случаев отмечается его тяжёлое течение.

Малодоступными для большинства медицинских учреждений, оказывающих неотложную хирургическую помощь, остаются высокотехнологичные методы диагностики (КТ, МРТ), поэтому ультра-

звуковая визуализация является самым востребованным, скрининговым методом исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Важную роль в комплексном лечении острого панкреатита имеет применение антибактериальных препаратов. Однако до настоящего времени мнения специалистов о целесообразности антибактериальной терапии при отёчном панкреатите и стерильном панкреонекрозе неоднозначны.

Цель исследования: оценка информативности ультрасонографии в диагностике острого панкреатита и определении оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. С 2016 года по 2018 год на стационарном лечении в хирургическом отделении ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР находились 127 пациентов с различными клиническими формами острого панкреатита.

Согласно современным представлениям об остром панкреатите, при лёгкой форме заболевания общее состояние страдает вследствие абдоминального болевого синдрома, показатели гемодинамики не нарушены. Тяжёлая форма характеризуется наличием синдрома системной воспалительной реакции с полиорганной недостаточностью и местными осложнениями – некрозом поджелудочной железы (стерильным или инфицированным), перитонитом, инфильтратом, абсцессом, псевдокистой, механической желтухой, эрозивным кровотечением, свищами желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы.

Больным, поступившим в хирургическое отделение с клиникой острого панкреатита, проводились общий клинический осмотр, ультразвуковое и лабораторное исследование. Оценка клинических данных, биохимических показателей и ультразвуковых признаков позволяла уже на раннем этапе ориентироваться в форме течения заболевания.

Так, оценка выявляемых эхографических признаков проводилась в трёх группах пациентов в сроки до 12 часов с момента поступления, в первые сутки, и на вторые-третьи сутки.

Первую группу составили больные с быстрым улучшением клинической картины на фоне проводимой базисной инфузионной и антиферментной терапии. У 14 таких пациентов мониторинг не проводился в связи регрессом заболевания. При положительной динамике (25,8%) терапию продолжали в прежнем объёме.

Во вторую группу вошли пациенты, у которых при первичном исследовании отсутствовали данные за деструктивный панкреатит, но в процессе мониторинга выявлено ухудшение эхографической картины и далее выявлены симптомы системной воспалительной реакции. В этой группе больных активная инфузионная терапия была дополнена антибактериальными препаратами.

Третью группу составили больные, поступившие с сонографической картиной инфильтративно-некротического панкреатита и его осложнений с наличием более двух симптомов системной воспалительной реакции.

Выбор антибактериального препарата основывался на спектре действия и способности к селективному проникновению в паренхиму поджелудочной железы через гематопанкреатический барьер. Как правило, при деструктивных формах применяются антибиотики, концентрация которых превышает минимальную подавляющую концентрацию для многих возбудителей. Предпочтение было отдано высокоактивному антибиотику – меропенему обладающему мощным бактерицидным действием. Антибактериальный спектр меропенема включает в себя практически все клинически значимые грамположительные и грамотрицательные аэробные и анаэробные микроорганизмы.

Препарат назначался в виде внутривенной болюсной инъекции в течение не менее 5 минут, либо в виде внутривенной инфузии в течение 15-30 минут в дозировке 1 г каждые 8 часов. Длительность антибактериальной терапии определялась сроком полного регресса симптомов системного воспаления, в среднем 7 дней.

Дорогостоящая терапия препаратами из ряда карбапенемов, а также риск распространения резистентности и развития оппортунистических грибковых инфекций определяли показания к субституции антибиотика. После терапии меропенемом назначался антибактериальный препарат широкого спектра действия аминогликозид III поколения – амикацин, обладающий значительной бактерицидной активностью в отношении аэробных грамотрицательных микроорганизмов.

Результаты исследования. Несоответствие между выраженным болевым синдромом и практически отсутствующими системными расстройствами может служить дифференциально-диагностическим

признаком лёгкой и тяжёлой формы острого панкреатита. Не менее существенной особенностью является обязательное улучшение состояния больных лёгкой формой после проведения им комплексной терапии в течение 12-24 часов. Таким пациентам применение антибактериальных препаратов с лечебной и профилактической целью не показано.

При динамическом УЗИ на фоне комплексной медикаментозной терапии положительная динамика отмечалась у 54 больных, отрицательная в 15% случаев. Без динамики наблюдали 29 пациентов.

В зависимости от срока давности заболевания нарастала частота ведущих признаков деструктивного процесса и чаще они визуализировались у больных, поступивших свыше суток и более.

У 22 больных второй и третьей групп невозможно было визуализировать как сам орган, так и наличие деструктивного процесса, что связано с присоединением периода эхонегативного «окна» из-за развивающегося пареза кишечника.

Выводы. Важным социальным фактором является большое количество пациентов молодого и среднего трудоспособного возраста с диагнозом «острый панкреатит».

Всем пациентам со средней и тяжёлой степенью заболевания необходим обязательный ежедневный ультразвуковой мониторинг, который даёт возможность контроля эффективности медикаментозной терапии, что позволяет составить оптимальный план лечения.

При наличии признаков деструкции паренхимы железы наиболее эффективной является терапия карбапенемами, купирующими токсическое действие ферментов. Эффективность фармакологического действия меропенема заметна как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими противомикробными агентами.

После терапии меропенемом целесообразно ввести в план лечения амикацин. Препарат хорошо распределяется во внеклеточной жидкости, в органах с хорошим кровоснабжением (лёгкие, печень, миокард, селезёнка, и особенно почки), тем самым упреждая фазу септического панкреонекроза.

Зерний О.П., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н., Кривенко С.Н., Романчук С.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЗАМЕДЛЕННО СРАСТАЮЩИХСЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Цель исследования: обоснование общих закономерностей нарушения метаболизма костной ткани у больных с замедленной консолидацией открытых диафизарных переломов костей голени в послеоперационном периоде при лечении аппаратами внешней фиксации и усовершенствовать методы прогнозирования, профилактики и консервативного лечения.

Материал и методы исследования.

В исследование включены пациенты с открытыми диафизарными переломами голени без смещения, поступившие в сроки до 2 суток с момента получения травмы (n=100). После стабилизации жизненно важных показателей выполнены операции – наложение аппаратов внешней фиксации по Илизарову. На первом этапе ретроспективно изучены биохимические показатели у пациентов с открытыми переломами костей голени (n=70) и здоровых доноров крови (n=15).

Результаты исследования. В периоде 4-10-х суток послеоперационного периода показатели остеогенеза и остеодеструкции восстанавливались только в подгруппе пациентов, у которых имелось неосложненное течение переломов. Это означало, что у пациентов с переломами костей голени, леченных методом чрескостного остеосинтеза, на основании значений исследованных показателей можно было прогнозировать развитие нормального или осложненного типа консолидации переломов. В частности, при неизменённых значениях величины ОК и увеличенных относительно референтной нормы показателей ЩФ >135 МЕ/л и β -CrossLaps >1,0 нг/мл, можно прогнозировать замедленную консолидацию переломов.

Для разработки прогностического метода применен корреляционно-регрессионный анализ. В качестве объекта прогноза выбраны состояния: 1 – уровень состояния здоровья; 2 – уровень нормального заживления переломов (сращение переломов наступало в течение 4-х мес.); 3 – замедленная консолидация переломов; 4 – патологическая консолидация переломов, при которой возникали гнойно-воспалительные осложнения. Разработанные нами прогностические уравнения, примененные на независимой выборке 30 историй болезни на четвертый, седьмой и десятый день после операций остеосинтеза открытых переломов костей голени, показали соответственно 83,3%-ю, 80,0%-ю и 86,7%-ю точность прогноза. Такая точность позволяла использовать метод прогноза для оценки тяжести состояния больных и совершенствования способов их лечения и профилактики осложнений.

Выводы. 1. Биохимические показатели, характеризующие остеогенез – активность щелочной фосфатазы, концентрация остеокальцина и остеодеструкции – и β -CrossLaps в периоде до 4-х суток после операции чрескостного остеосинтеза по Илизарову, выполненной в связи с открытыми переломами костей голени, характеризуют состояние нарушенного костного метаболизма, обусловленного переломом и самой операцией, восстанавливающей костную целостность. 2. На 4-е сутки после операции изученные биохимические показатели восстанавливаются только в подгруппе пациентов, у которых происходит нормальная консолидация переломов. У пациентов, у которых консолидация переломов нарушается с возникновением нестабильности и гнойно-воспалительных осложнений, восстановление биохимических показателей не происходит. В случае, если у пациентов в периоде 4-10-х суток после операции активность ЩФ >135 МЕ/л, β -CrossLaps $> 1,0$ нг/мл, а величина ОК лежит в границах референтной нормы, то у них в будущем развивается замедленная консолидация переломов ($p<0,05$). 4. Факт наличия различий в подгруппах пациентов с нормальным и патологическим типом консолидации переломов позволял провести разработку метода прогнозирования характера консолидации переломов. Точность разработанного метода, установленная на независимой выборке 30 историй болезни на четвертый, седьмой и десятый день после операций остеосинтеза открытых переломов костей голени, показала соответственно 83,3%, 80,0% и 86,7%. Такая точность позволяет использовать метод прогноза для оценки тяжести состояния больных и совершенствования способов лечения и профилактики осложнений

Змарада С.А., Леонтьева И. В.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР, г. Донецк

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Актуальность. Остеопороз – одна из наиболее частых причин переломов позвонков, шейки бедра у женщин в постменопаузальном периоде, что ведет к инвалидизации населения и ранней смертности людей пожилого возраста. Факторы, способствующие развитию остеопороза разнообразны: недостаточное потребление солей кальция с или нарушение всасывания микроэлементов и витаминов; малоподвижный образ жизни; гормональный дисбаланс (при нарушении равновесия гормонов паращитовидной и щитовидной желез, половых, гипофиза); неблагоприятный преморбидный фон (лейкозы, ревматизм, ХБП, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, кофе, курение. Учитывая разнообразность причин и распространенность остеопороза у людей разного пола и возраста, изучение вопросов лечения остеопороза является актуальным.

Цель. Изучение принципов лечения остеопороза разными группами препаратов.

Материалы и методы. В исследование были включены материалы клинических рекомендаций по лечению остеопороза, научные статьи, 58 пациентов эндокринологического отделения ДОКТМО больных остеопорозом за 2018-2020 года. Из них 26 (20 женщин и 6 мужчин) с давностью заболевания 2.3 ± 1.2 год в возрасте 44-78 лет, средний возраст пациентов составил 68.7 ± 1.63 года были включены в 1-ю группу и получали препараты, препятствующие рассасыванию костной ткани: бисфосфонаты, препараты кальцитонина, избирательные модуляторы эстрогеновых рецепторов, деносумаб. 2-ю группу составили 13 пациентов с остеопорозом (7 женщин и 6 мужчин), с давностью 1.1 ± 1.2 год

в возрасте 43-76 лет, получавшие препараты стимуляторы прироста костной ткани: фторсодержащие средства, препарат паратиреоидного гормона. 3-ю группу составили 19 пациентов с остеопорозом (10 женщин и 9 мужчин), с давностью 2.0 ± 1.6 год в возрасте 43-76 лет получавшие средства разностороннего действия: активные метаболиты витамина Д, остеогенон, бивалос. Всем пациентам диагностировали наличие остеопороза с помощью компьютерной томографии (однако недостаток данного метода заключается в том, что одновременно исследуется один отдел скелета, а полное представление о распространенности и стадии процесса можно получить при исследовании нескольких отделов), с помощью денситометрии (рентгеновские денсиметры позволяют сразу на нескольких участках тела с высокой степенью точности определять минеральную плотность костей). Женщины всех групп пациентов получали гормональную заместительную терапию (кеоксифен, дролоксифен, ралоксифен, эвиста). Иногда в период менопаузы женщинам назначаются эстрогенные препараты (клиогест, фемостон и др.) совместно с препаратами кальция. Однако лечение прочими эстрогенами (заместительной гормонотерапии) при остеопорозе увеличивают риск онкологии женских внутренних половых органов. Поэтому лечение эстрогенами проводится 5-6 лет под перманентным контролем уровня гормонов в крови, а отмена необходимо ступенчатая с медленным снижением доз. Все пациенты получали препараты кальция: монопрепараты (хлорид кальция, лактат кальция, глицерофосфат кальция), комбинированные (витрум кальций + витамин Д3, Кальций Д3 никомед, натекаль, цитрат кальция + магний), поливитамины (Элевит, Нутримакс, Комплевит, Кальцинова). Все пациенты принимали терапию под контролем следующих показателей: дезоксипиридинолин в моче, С-концевые телопептиды в крови, остеокальцин в крови, паратгормон в крови, кальций в крови.

Результаты. В результате исследования было показано, что в процессе лечения 3-х групп пациентов разными группами препаратов наиболее быстрая и положительная динамика лечения остеопороза прослеживалась в 1-й группе больных, которые принимали препараты препятствующие рассасыванию костной ткани. Однако, во 2-й и 3-й группе больных также видна положительная динамика лечения остеопороза.

Выводы. Все три основных принципа лечения остеопороза являются популярными и действенными в наше время. Следует отдавать предпочтения группам препаратов, учитывая генез остеопороза, пол и возраст пациента. Некие препараты создают риск развития сопутствующей патологии, однако это не исключает их из списка рекомендуемых для лечения. На сегодня перспективным направлением становится клиническое исследование препаратов Биосозумаб и Ромосозумаб, с помощью которых достигается нейтрализация вырабатываемого костными клетками белка (склеротина), тормозящего образование кости.

Золото Е.В., Айкашев С.А., Федосеев А.Б., Богданова И.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

СУБПОПУЛЯЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ВОЗМОЖНОСТИ НСТ-ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Как известно, реакция восстановления нейтрофилами и другими фагоцитами нитросинего тетразолия (НСТ-тест) широко используется для диагностики уровня неспецифической иммунной резистентности. Тем не менее, в отношении, по крайней мере, нейтрофилов диагностические возможности НСТ-теста далеко не исчерпаны. Это связано с показанной нами функциональной неоднородностью нейтрофилов.

Помимо учета соотношения между субпопуляциями нейтрофилов, еще один аспект расширения диагностических возможностей НСТ-теста заключается в исследовании кинетики процесса восстановления нейтрофилами НСТ. В процессе проведения реакции из реакционной смеси с определенной периодичностью отбираются пробы, в которых, как обычно, подсчитывается доля клеток с разной степенью отложений диформаза. Зависимости ДАН, или Нс, или Нка от времени (t) об-

рабатываются по одному из уравнений, аналогичных кинетическим уравнениям реакций разных порядков и находят соответствующие параметры, значения которых у разных лиц могут существенно различаться при одинаковой доле (проценте) активированных нейтрофилов (ДАН). Подобные характеристики функционирования нейтрофилов легко получить как для всей их совокупности, так и для каждой из субпопуляций в отдельности. В связи с этим, новые возможности применения НСТ-теста исследованы в плане расширения возможностей дифференциальной диагностики некоторых состояний и заболеваний новорожденных (Клименко и др., 2009; Линчевский и др., 2008; Татарченко и др., 2008).

Скорость спонтанной реакции восстановления НСТ нейтрофилами новорожденных существенно выше по сравнению с таковой у взрослых. Стимулирование же нейтрофилов новорожденных приводит к нормальным значениям ДАН порядка 90 % и более, что позволяет использовать этот вариант НСТ-теста в диагностике лишь грубых патологий, когда активность нейтрофильного звена иммунитета сильно угнетена. Однако в такой ситуации для новорожденных спонтанный НСТ-тест вряд ли окажется менее информативным, чем стимулированный. По таким причинам, проведение стимулированного НСТ-теста применительно к новорожденным в диагностике чего бы то ни было, скорее всего, не целесообразно. Условия проведения спонтанного НСТ-теста в случае исследования крови новорожденных, при которых ДАН не очень велико и активируются все Нс, приведены (Татарченко и др., 2007, 2008). Как оказалось, при этом результаты (например, ДАН) зависят, по меньшей мере, еще от двух факторов: массы тела и возраста новорожденных, причем имеют место важные различия между значениями показателей у доношенных и недоношенных детей. У доношенных новорожденных ДАН увеличивается в первые 7 сут жизни, а затем постепенно снижается, что согласуется с результатами других авторов (Anderson et al., 1974). При этом имеется корреляция, но не между ДАН и возрастом, как можно было ожидать, а между массой тела и ДАН ($0,72, p < 0,01$), и на аналогичную связь указывают также авторы недавних работ (Arinola et al., 2003; Metha, Petrova et al., 2006; Wu et al., 2005).

У недоношенных новорожденных зависимость ДАН от времени их жизни аналогична, однако значения показателя всегда меньше, чем у доношенных детей, что согласуется с литературными данными (Drossou et al., 1997), и корреляция между ДАН и массой тела мала ($r = 0,2, p > 0,5$). С учетом сказанного, для повышения диагностической значимости, НСТ тест целесообразно проводить, строго соблюдая привязку к возрасту новорожденного, например, сразу после рождения (1-й день жизни) и/или в конце перинатального периода (7-й день жизни). Для показателей Нк и/или Нка различия с уровнем значимости $p < 0,05$ наблюдаются между новорожденными с бактериальной инфекцией, как доношенными, так и недоношенными, с пневмонией и без нее, а также в случае новорожденных с НЭК, с одной стороны, и детьми с БИН в целом или с БИН без пневмонии. При этом различия в величинах ДАН имеют место по сравнению с контролем и, исключая детей с БИН без пневмонии, между доношенными и недоношенными новорожденными. Следовательно, анализ субпопуляций нейтрофилов и среди них доли активных нейтрофилов-киллеров (Нка), наряду с определением ДАН, существенно повышает диагностические возможности НСТ-теста применительно к новорожденным.

Увеличение ДАН по сравнению с контролем, как правило, обеспечивается ростом среди нейтрофилов доли нейтрофилов-кейджеров (Нс) и, соответственно, снижением доли нейтрофилов-киллеров (Нк). Следовательно, в ситуациях, требующих усиления неспецифической иммунной защиты, нейтрофилы, осуществляющие ликвидацию патогенного начала in situ (Нк), оказываются малоэффективны, и они замещаются нейтрофилами, доставляющими патогенных возбудителей в компетентные органы (Нс). Во-вторых, при изменении доли нейтрофилов-киллеров (Нк) доля активных клеток (Нка) среди них изменяется закономерно: с ростом числа Нк, количество Нка может как увеличиваться, так и уменьшаться, и наоборот. Такие результаты, очевидно, обусловлены спецификой того или иного заболевания, и выяснение причин направленности изменений показателей требуют предметных исследований в каждом конкретном случае.

Проведение НСТ-теста в условиях, специально подобранных для новорожденных, и последующий анализ кинетики ДАН по указанному уравнению приводит к значениям $ДАН_{\infty}$ и ДАН, измеренной на 60 мин реакции, которые не различаются между собой ($p > 0,5$) (Татарченко и др., 2007). С одной стороны, такой результат указывает на адекватность примененного уравнения кинетике описываемого

процесса, и, с другой стороны, – на то, что в данных условиях проведения НСТ-теста реакция восстановления нитросинего тетразолия завершается через 60 мин практически полностью.

Различия данного показателя, в общем, дублирует таковые, найденные для Нка (исключение – дети с бактериальной инфекцией без пневмонии). При этом обращает внимание противонаправленность изменения показателей: увеличению значения Нка соответствует уменьшение k_1 и, наоборот, снижение величины Нка сопровождается увеличением k_1 . Такая, обратная, взаимосвязь объясняется (Герасимов, Айкашев, 2011) тем, что уменьшение скорости продукции активных форм кислорода всеми нейтрофилами компенсируется ростом числа активных нейтрофилов-киллеров (Нка). Наоборот, снижение доли активных нейтрофилов субпопуляции Нк компенсируется ростом скорости продукции активных форм кислорода всеми нейтрофилами.

В связи с выявленной закономерностью, возникает вопрос о необходимости исследования кинетики восстановления НСТ нейтрофилами. Ответ на этот вопрос – безусловно положительный: учитывая низкие значения Нка (единичные клетки на 100 нейтрофилов), константа скорости k_1 оказывается более надежной характеристикой состояния одного из звеньев неспецифического иммунитета новорожденных.

В первом случае относительная погрешность может достигать 50 % и более, тогда как во втором – она, как правило, составляет около 10 %. Кроме того, при наличии других патологий также может возникнуть такая ситуация, когда исследование кинетики процесса восстановления нейтрофилами нитросинего тетразолия окажется необходимым для постановки дифференциального диагноза.

Таким образом, количественное определение содержания среди нейтрофилов клеток двух функционально неоднородных субпопуляций – нейтрофилов-кейджеров и нейтрофилов-киллеров, – числа среди последних активных нейтрофилов, а также скорости процесса восстановления НСТ существенно повышает и расширяет диагностические возможности НСТ-теста.

Золото Е.В., Железная А.А., Яковлева Э.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г.Донецк

ОЦЕНКА БИОТОПА ВЛАГАЛИЩА ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Актуальность. Микроэкология влагалища – это сложная многокомпонентная, гормонально-зависимая система, состояние которой взаимосвязано с иммунными особенностями организма и определяется функциональным состоянием яичников, концентрацией лактофлоры, pH влагалищного содержимого, состоянием местного иммунитета. Исследований, которые бы оценивали микробиологическую картину влагалищного биотопа у девочек, подверженных частыми острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), в литературе мы не встречали, поэтому нам было интересно изучить особенности микробного пейзажа влагалища у этой группы детей.

Цель. Изучить показатели микрофлоры влагалища у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла (НМЦ) на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), подверженных частыми ОРВИ.

Материалы и методы. Был изучен видовой состав микрофлоры влагалища с использованием тест-систем количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) «Фемофлор-16» у 216-ти девочек-подростков 11-16 лет, из которых основную группу составили 92 девочки-подростка с НМЦ на фоне НДСТ, группу сравнения – 84 девочки-подростка с НМЦ на фоне НДСТ и 40 условно здоровых девочек-подростков того же возраста.

Результаты. Выявлено, что у обследованных девочек-подростков флора влагалища не идентична по своему составу. Микрофлора влагалища во всех группах представлена как типичными бактериями-эубиотами, так и условно-патогенными микроорганизмами. Средняя интенсивность колонизации со-

ставила для основной группы – $4,7 \pm 1,1$ IgKOE/г, в группе сравнения – $5,4 \pm 0$ IgKOE/г, в контрольной группе – $4,1 \pm 0,4$ IgKOE/г. Установлено, что основу биотипа влагалища девочек-подростков в основной группе и группе сравнения составляли лактобациллы. Интенсивность колонизации лактобацилл во влагалище у обследованных основной группы и группы сравнения практически не различалась, составляя, в среднем, 6–8 IgKOE/г. У пациенток как основной группы, так и группы сравнения выявлены во влагалище грибы рода *Candida*, пептострептококки и энтерококки также на высоком уровне, частота колебалась от 15,0% до 20,0%, при интенсивности колонизации 4–5 IgKOE/г. В основной группе и группе сравнения выявлены клебсиеллы, кишечная палочка, «золотистый» и эпидермальный стафилококк, частота которых колебалась во влагалище от 5 до 18% (4–5 IgKOE/г). Частота выявления клебсиелл во влагалище обследованных основной группы и группы сравнения была выше и составляла 6,0–6,5% соответственно. При интенсивности колонизации 4,0–4,7 IgKOE/г соответственно.

Выводы. Микроценоз влагалища в основной группе и группе сравнения характеризовался большой вариабельностью количественных и качественных показателей микроорганизмов. В основной группе и группе сравнения отмечены более выраженные дисбиотические нарушения, которые проявлялись в снижении частоты выявляемости одного из представителей индигенной флоры – бифидобактерий. В основной группе и группе сравнения был выявлен более широкий спектр условно-патогенных микроорганизмов, чем в контрольной группе. Анализ индивидуальных данных показал, что в 72,0% случаев наблюдалось формирование 3–5 компонентных ассоциаций условно-патогенных микроорганизмов. Наличие высокой ассоциации условно-патогенной микрофлоры и повышение интенсивности колонизации влагалища на фоне снижения индигенной флоры способствуют снижению резистентности влагалища и могут быть причиной возникновения воспалительных процессов.

Золото Е.В., Иванова И.П., Воробьева В.Г., Могилевская К.Э.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У ЛЮДЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Цель: проанализировать возможности новых инновационных лазерных технологий в лечении поражений кожи у людей репродуктивного возраста.

Материал и методы: было изучено 68 отечественных и 123 зарубежных доступных источников информации.

Лазер (laser) – аббревиатура от английского (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) – в переводе это означает усиление света в результате вынужденного излучения. Если в обычном веществе свет поглощается с преобразованием энергии в тепло, переизлучается или рассеивается, то в рабочем теле лазера свет усиливается за счет поступления энергии извне, при этом вынужденное излучение фотонов света инициируется самими же фотонами, в результате этого происходит усиление света. Особенностью лазерного излучения является то, что все фотоны в нем имеют одинаковую частоту (монохроматичность). При поглощении большого количества света происходит нагревание поглотившего вещества, т.е. используя лазеры мы можем нагревать определенные слои кожи или структуры человеческого организма, не нагревая окружающие участки. Вещество, поглотившее свет, называют хромофором. В роли хромофора может выступать любой компонент человеческого тела: гемоглобин, оксигемоглобин крови, меланин, жир, вода в клетках, волосные луковицы, стенки сосудов, пигментные и татуировочные вкрапления. Спектр поглощения для большинства компонентов кожи известен, что позволяет выбрать доступные длины волн лазера, которая будет максимально поглощаться целевым объектом, максимально нагревая его и как можно меньше затрагивая соседние ткани.

Общепринято разделять лазерные технологии на 2 вида: абляционные и неабляционные. Под лазерной абляцией понимают ликвидацию участка живой ткани под непосредственным воздействием

лазерного излучения. Абляционные лазерные воздействия полным лучом лазера – это классические методики. При их реализации применяются методы шлифовки кожи, шлифовки рубцовой ткани и стрий, удаление всех мягкотканых (доброкачественных) образований. Эрбиевый лазер широко используют в лечении различных заболеваний кожи и слизистых оболочек, удалении доброкачественных мягкотканых образований (обыкновенные бородавки, сириномы, аденомы сальных желез, ринофима, себорейные кератомы, себорейный кератоз, хлоазмы, ксантелазмы, милиумы, старческие кератомы), устранение эстетических дефектов, лечении различных видов рубцов и растяжек. Перед удалением обязательно проведение дерматоскопии.

Неодимовый лазер используется для лечения всех видов сосудистых патологий кожи.

Q-switch лазер с модулирующей добротностью используется для удаления татуировок и гиперпигментных пятен.

Nd YAG лазер с длиной волны 1064 нм широко используется в лечении онихомикозов, благодаря сверхдлинным импульсам оказывает коагуляционное воздействие на белковую строу гриба, в результате чего и происходит гибель последнего. Лазерное лечение не имеет побочных эффектов, присущих системной противогрибковой терапии, может использоваться в случаях, когда стандартное лечение противопоказано (беременность, детский возраст, нарушение функций печени). Несомненным достоинством лазерного лечения по сравнению со стандартными методиками следует считать значительное сокращение времени лечения (всего 4 сеанса в течение одного месяца против 3-12-ти месячной терапии системными антимикотиками).

Выводы. Таким образом, новейшие лазерные технологии можно считать одним из самых важных открытий в медицине. В последние годы они широко применяются в дерматологии.

Золото Е.В., Айкашев С. А., Федосеев А. Б., Богданова И.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПУТЁМ СОЗДАНИЯ «ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ И ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА» НА БАЗЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

В программе предусмотрены действенные мероприятия по выходу Донбасса из глубокого демографического кризиса. Значительное внимание уделено обеспечению устойчивого развития общества за счет улучшения здоровья населения репродуктивного возраста, уменьшения риска хронических заболеваний. Значительная часть населения ДНР и ЛНР заняты на работах с тяжелыми и вредными условиями труда на предприятиях угольной и металлургической отраслей. Существующие мероприятия безопасных условий труда и контроля над состоянием здоровья работающих являются малоэффективными в виду отсутствия комплексного подхода к состоянию здоровья работающих. В отрасли, где есть работы с тяжелыми и вредными условиями труда действующая система медицинских осмотров работающих не отвечает современным требованиям, а система диспансеризации в полном объеме не работает или отсутствует совсем. Как следствие это большой уровень профессиональных заболеваний и большой риск травматизма в виду нестабильного состояния работоспособности.

Цель программы по созданию центра реабилитации репродуктивного здоровья работников с тяжелыми и вредными условиями труда – улучшение репродуктивного здоровья работников с тяжелыми и вредными условиями труда как важной составляющей общего здоровья, которое значительно влияет на работоспособность рабочих репродуктивного возраста, и демографическую ситуацию промышленных регионов.

Анализ причин возникновения проблемы. Если за цель поставить увеличение уровня работоспособности, измены рисков хронических заболеваний и травматизма в отдельно взятом предприятии

необходимо начать с анализа состояния здоровья работающих. Репродуктивное здоровье является показателем общего здоровья человека и наоборот. Уровень тестостерона в организме является показателем как репродуктивного здоровья, так и уровня работоспособности. Уменьшение тестостерона в организме повышает усталость, уменьшает внимание, физические возможности, что на работах с высокой физической и интеллектуальной интенсивностью является повышением опасности травматизма и хронических заболеваний. Такие ведущие профессии угольной промышленности как проходчик, рабочий очистительного забоя, машинист горновыемочных машин; металлургической промышленности как вальцовщик, металлург и другие, нуждаются в значительном внимании, больших физических затратах. Подход к медицинским осмотрам отдельных категорий работающих и их диспансеризация нуждаются в нестандартных подходах. Смертность мужчин работоспособного возраста в 3,6 раз превышает смертность женщин. Кроме приведенного, имеет место высокий уровень материнской и младенческой смертности, связанный с недостаточной информированностью населения о ведении здорового образа жизни, соответствующего полового поведения, планирования семьи, а для работающих на тяжелых работах – системы отдыха, современных стандартов профилактики, диагностики и лечения болезней репродуктивной системы.

Выводы: 1. Усовершенствование системы репродуктивного здоровья семьи. 2. Сохранение репродуктивного здоровья населения промышленных регионов. 3. Уменьшение вредного влияния на репродуктивное здоровье работ с тяжелыми и вредными условиями труда. 4. Выявление факторов и механизмов влияния на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья. 5. Внедрение новейших методов лечения и профилактического обследования больных с заболеваниями репродуктивной системы.

Золото Е.В., Томачинская Л.П.

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

Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Нами разработана программа реабилитационных мероприятий для данной патологии, включающая методы физиотерапевтического воздействия и лечебной физической культуры (ЛФК). При выборе методов и методик лечебных физических факторов (ЛФФ) мы исходили из того, что недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) – системное заболевание, при котором необходимо воздействовать на организм в целом и прежде всего – на центральные регуляторные механизмы. Эту задачу позволяют решить методики общего воздействия гальванизации и электрофореза: эндоназальная, гальванизация шейно-воротниковой зоны по Щербаку, общая гальванизация по Вермелю. Все эти методики применяются по различным схемам, суть которых состоит в постепенном увеличении силы тока и экспозиции. Гальванический ток можно применять с одновременным введением препаратов через неповрежденную кожу (электрофорез лекарственных веществ). Преимущества электрофореза перед другими способами введения лекарств обусловлены тем, что главную роль в этом тандеме играет ток: он подготавливает клетки к воздействию фармакологических препаратов, повышая проницаемость их мембран и приводя к возникновению потенциала действия. Кроме того, при электрофорезе в коже образуется депо лекарственных веществ, что обеспечивает пролонгированное действие препаратов (до 20-30 дней).

В комплексе реабилитационных мероприятий всем пациентам с НДСТ назначалась дарсонвализация, которую проводили, воздействуя на шейно-воротниковую зону (седативный, вегетокоррирующий, трофический эффекты) или в зонах варикозных изменений или петехий (венотонический, трофический эффекты). Использовалась контактная лабильная методика. Эту процедуру чередовали с ультразвуком. Он оказывает активизирующее-нормализующее действие на гипофизарно-надпочечниковую, симпато-адреналовую системы, на функцию щитовидной железы и половых же-

лез, нормализует обмен катехоламинов. Ультразвук ускоряет репаративные процессы в нервах, костях, мышцах, способствует рассасыванию спаек. Процедура назначалась по контактной лабильной методике в проекции проблемных суставов и паравертебрально (на сегментарно-рефлекторные зоны) или опосредованной (через воду) для мелких суставов кисти и стопы. Для укрепления мышечно-связочного аппарата профилактики и борьбы с птозом органов использовались импульсные токи низкой частоты (амплипульс-терапию). Процедуру назначали паравертебрально на уровне различных отделов позвоночника, а также поперечно в проекции органов малого таза и проблемных суставов. Кроме преформированных факторов, всем пациенткам назначалась гидротерапия: скипидарные ванны и контрастный душ.

Таким образом, комплексная физиотерапия состояла из трех ежедневных процедур: гальванизация (электрофорез) + дарсонвализация + скипидарные ванны – по нечетным дням недели и амплипульс-терапию + ультразвук + контрастный душ – по четным дням. Курс – 1-1,5 месяца. Такая тактика позволяет потенцировать действие каждого ЛФФ и избежать привыкания.

Ежедневно пациентки занимались лечебной физкультурой. При этом использовались все формы ЛФК: утренняя гигиеническая гимнастика, урок лечебной гимнастики индивидуальные занятия для самостоятельного выполнения. Из дополнительных средств ЛФК назначали сегментарный массаж и дозированную ходьбу. В комплекс были включены общеразвивающие упражнения для различных мышечных групп в сочетании с дыхательными и специальными упражнениями на укрепление мышц спины, брюшного пресса и тазового дна, на увеличение подвижности суставов, а также на расслабление.

Учитывая специфические особенности женского организма, важно выделить принципиальный подход к применению лечебно-профилактических гимнастических упражнений. Нельзя назначать женщинам интенсивных физических нагрузок, особенно направленных на рост мышечной ткани. Темп упражнений не должен быть слишком высоким, а количество повторений большим. Значительное место при составлении комплексов должны занимать статические и дыхательные упражнения. В период менструации динамические нагрузки следует уменьшить.

Такой комплекс реабилитационных мероприятий позволяет укрепить здоровье девушек-подростков с НДСТ, улучшить их психоэмоциональное состояние, нормализовать деятельность центральных регуляторных систем, предотвратить возможные осложнения и создать условия для нормального функционирования репродуктивной системы.

Золото Е.В., Томачинская Л.П.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лечебные физические факторы (ЛФФ) играют важную роль в комплексной терапии, направленной на сохранение репродуктивной функции девочек-подростков. Они оказывают многостороннее влияние на организм, нормализуя функцию всех органов и систем, что существенно по отношению к больным с нарушением менструального цикла (НМЦ) на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), поскольку в процесс вовлечены многие системы организма. Кроме того, ЛФФ обладают длительным последствием – продолжением физиологической реакции после прекращения процедур, что позволяет значительно продлить лечебный эффект проводимой терапии. Период последствия для грязелечения составляет 6 месяцев; бальнеотерапии, парафина, озокерита – 4 месяца; ультразвука – 3 месяца, остальных преформированных факторов – 2 месяца. Физиотерапевтические методики прекрасно сочетаются с приемом лекарственных препаратов, потенцируя их действие, что позволяет в ряде случаев снизить дозу фармакологического вещества.

При назначении физиотерапевтического лечения необходимо учитывать состояние гормональной функции яичников. При неизменной их функции можно назначать любые ЛФФ. При гипозестрогении следует применять грязи, парафин, озокерит, ультразвук, индуктотермию, электрофорез меди; сульфидные, рапные, скипидарные ванны; массаж пояснично-крестцовой области. Эти процедуры повышают эстрогенную насыщенность и обладают длительным последствием. Для стимуляции функциональной активности желтого тела целесообразно назначать низкоинтенсивное лазерное облучение, интерференционные токи, электрофорез цинка. От последней процедуры следует воздержаться при гиперандрогении, так как цинк повышает выработку андрогенов. Нецелесообразно ее применение и при гипозестрогении, поскольку влияние ионов цинка на функцию желтого тела может происходить только на фоне достаточной эстрогенной насыщенности. Остальные ЛФФ не влияют на гормональную активность яичников.

Знание этих особенностей применения ЛФФ позволит повысить эффективность лечения девочек-подростков с НМЦ на фоне НДСТ.

Золото Е.В., Черноус В.А., Чистик Т.В., Пигорева А.В., Яроцкая В.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького

Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Цель: исследование эффективности организации комплексной психологической помощи больным с расстройствами репродуктивной функции в условиях стресса военного времени.

Материалы и методы

В обсервационном исследовании в 2018 – 2020 г. приняли участие 630 пациентов (490 – женщин, 140 – мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет со стресс-зависимыми нарушениями менструального цикла, предменструальными дисфорическими расстройствами, идиопатическим бесплодием, психопатологическими расстройствами в период перименопаузы, дисгормональными нарушениями на фоне ожирения или дефицита массы тела, эректильными дисфункциями. Все пациенты прошли комплексное медико-психологическое обследование с участием уролога, гинеколога, терапевта, психиатра, эндокринолога, сексолога, мед. психолога.

Для оценки эмоционального состояния, особенностей социально - психологической адаптации, эффективности коррекционных мероприятий пациентов был использован опросник социально-психологической адаптации (Роджерс-Даймонд), госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.; Шкала тревоги и депрессии А. Бека. Для оценки уровня испытываемого стресса использовали термометр дистресса — разработанный J. Holland. Этот же комплекс методик был применен повторно после проведения серии психокоррекционных сеансов.

Результаты

Большинство пациентов испытывали повышенный уровень стресса (26% — высокий и 36% — средний). Стресс чаще всего сопровождался следующими эмоциональными реакциями: беспокойством (49%), страхом (27%), грустью (23%) и одиночеством (20%); 29% опрошенных имели высокий уровень тревоги (по опроснику HADS), а 16% — выраженные симптомы тревоги (по Шкале тревоги Бека). Большинство обследованных пациентов испытывали повышенный уровень стресса (27% — высокий и 39% — средний). У подавляющего большинства пациентов с высоким уровнем стресса отмечались клинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, что является надежным указанием на потребность в психологической помощи. Однако у части пациентов с повышенным уровнем стресса тревожная и депрессивная симптоматика не выражена (36% и 45% соответственно), что может косвенно свидетельствовать о высоком уровне соматизации тревоги.

Психокоррекционные программы, разработанные с учетом результата анализа данных основных психических процессов, свойств личности, психических состояний, уровня адаптации к стрессу включали следующие подходы: когнитивно – поведенческую, семейную терапию, музыкотерапию.

Выводы

Врачами даны лечебные рекомендации по подбору психофармакотерапии, направленной на восстановление стрессоустойчивости и адаптивных ресурсов, при необходимости в сочетании с проведением психокоррекции. Психокоррекционные мероприятия позитивно повлияли на эмоциональное состояние пациентов и уровень переживаемого стресса, помогли разрешить определенные внутренние конфликты, связанные с внезапным изменением жизненной ситуации, успокоиться, позитивно настроиться на лечение и значительно сократить длительность медикаментозного лечения.

Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕЛУЧЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы обусловлена частотой встречаемости повреждений плечелучевой локализации, которая по данным некоторых авторов достигает до 69,6%. Чаще данные повреждения чаще встречаются у детей в возрасте 4-12 лет [Мельцин И.Г. с соав., 2016].

Работа основана на анализе результатов клинического, инструментального методов исследования, особенностей оперативного и консервативного лечения 51 детей с повреждениями плечелучевого сочленения, находившихся в отделениях травматологии 2 ГДХКБ и Клиники ТашПМИ за 2019-2021гг. Распределение больных по полу и возрасту показывает наибольшую частоту данных повреждений мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет (75%). Наиболее часто травму получали дети в быту (63%). Распределение переломов плечелучевой локализации включал в себя: повреждение головки мыщелка плечевой кости (ГМПК) – 28 (54%) больных, вывих головки лучевой кости (ВГЛК) – 7 (14%) больных, перелом головки лучевой кости (ПГЛК) – 8 (16%) больных, переломо-вывих (Мантеджи) – 8 (16%). Наиболее частым был не прямой механизм травмы, т.е. падение вперед с опорой на вытянутую руку. При клиническом обследовании повреждений ГМПК выявлено нарушение линии Маркса и треугольника Гюнтера. Основным методом диагностики повреждений плечелучевого сочленения кроме клинического, был рентгенологический. Рентгенограммы выполнялись в стандартных укладках в двух взаимно перпендикулярных проекциях, для более точной верификации диагноза проводилась сравнительная рентгенография здорового сустава. При повреждении Мантеджи мы определяли нарушение линий Смита в боковой проекции и Гинзбурга в передне-задней проекции. Кроме рентгенографии, применяли ультразвуковую доплерографию и электронейромиографию (ЭНМГ). Дополнительные методы диагностики позволяли исследовать состояние микроциркуляции в зоне повреждения и вовлечения в процесс близлежащих нервных стволов. В ходе доплерографического исследования, выявлено нарушение васкуляризации области повреждения, в частности, линейная скорость кровотока на а. radialis в первые 3 трое суток со стороны повреждения составила $49,3 \pm 3,7$ м/с ($43,3 \pm 3,1$ м/с- контрлатеральная), а. ulnaris $-31,8 \pm 5,7$ м/с ($39,0 \pm 9,4$ м/с-контрлатеральная), индекс периферического сопротивления -на а. radialis $0,88 \pm 0,1$ см/с; а. ulnaris $-0,90 \pm 0,1$ см/с. Показатели с сосудов верхней конечности свидетельствовали о продолжающемся отеке в области повреждения. Кроме нарушения кровообращения в области перелома, который мы наблюдали почти у каждого больного, в 2% случаев отмечено нарушение двигательной активности со стороны лучевого нерва при вывихе головки лучевой кости. Для оценки результатов ЭНМГ двигательной функции нервов верхней конечности с расчетом скоростей проведения импульса по толстым миелинизированным сенсорным и моторным волокнам использовали нижние границы нормы М-ответа, потенциалы действия (ПД) нервов в ответ на электрическую стимуляцию и скорость распространения возбуждения (СРВ) по нервам и верхние границы нормы для резидуальной латентности (РЛ). Нормальные показатели амплитуды М-ответа были $> 3,4$ МкВ для лучевого нерва и $> 6,0$ МкВ для локтевого нерва. Статистически

достоверно была уменьшена амплитуда М-ответа по лучевому нерву на 50%, что свидетельствовало о частичном его повреждении. Консервативные методы лечения были применены в 66,3% случаев, оперативные в 33,7%. Учитывая сопутствующие нарушения микроциркуляции и двигательной активности в зоне повреждения, нами применялся комплекс мер физиотерапевтического воздействия и медикаментозная терапия. Полученные хорошие отдаленные результаты в 89% случаев, свидетельствуют о правильности выбранной тактики при выбранных методах восстановительного лечения.

Зубов А.Д.¹, Зубов А.А.², Караман А.В.²

¹ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

КАЛЬЦИФИКАТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кальцификаты щитовидной железы (КЩЖ) достаточно часто определяются при УЗИ щитовидной железы (ЩЖ). Однако в отношении их вариантов, распространенности и диагностической значимости нет единого мнения. Цель работы: частоту встречаемости КЩЖ разных типов и ее зависимость от риска злокачественности.

Материал и методы. На материале 932 наблюдений по данным УЗИ был проведен анализ частоты встречаемости КЩЖ разных типов и ее зависимость от градации THIRADS.

Результаты и обсуждение. Всего КЩЖ были выявлены в 212 ($22,7 \pm 2,1\%$) наблюдениях. Среди них преобладали макро-КЩЖ – 104 ($11,2 \pm 1,0\%$), которые определялись как гиперэхогенные очаги размером более 1 мм, с выраженной акустической тенью; достоверно ($p=0,0088$) реже – в 71 ($7,6 \pm 0,9\%$) наблюдениях – встречались микро-КЩЖ – точечные гиперэхогенные структуры диаметром до 1 мм, с наличием или отсутствием эффекта дистального затухания. В существенно меньшем количестве ($p<0,0001$) выявляли полностью кальцинированные узлы (КУ), паренхима которых не определялась – 24 ($2,6 \pm 0,5\%$) и узлы с кальцинированной капсулой (КК), в которых эхографически визуализировалась ткань узла – 13 ($1,4 \pm 0,4\%$), разница между частотой которых статистически не значима ($p=0,0678$).

Выявляемые КЩЖ были как единичными – 75 ($8,0 \pm 0,9\%$ в совокупной выборке), так и множественными (2 и более) – 137 ($14,7 \pm 1,2\%$), что достоверно ($p=0,0023$) меньше. Для микро-КЩЖ типичным было наличие множественных кальцификатов – от 2 до значительного количества, не поддающегося определению – в 66 ($93,0 \pm 3,0\%$) случаях из 71. По нашему мнению, для микро-КЩЖ типична множественность, а случаи выявления единичных образований связаны с недостаточностью визуализации.

Среди макроКЩЖ также достоверно ($p=0,0692$) преобладали множественные кальцификаты – 65 ($62,5 \pm 4,7\%$). Количество макро-КЩЖ у одного пациента, расположенных в одном или разных узлах либо свободно в паренхиме варьировало от 1 до 5 (медиана 2). Однако единичные макро-КЩЖ были не таким редким явлением, как единичные микро-КЩЖ: соответственно 39 ($37,5 \pm 4,7\%$) и 5 ($7,0 \pm 3,0\%$) наблюдениях ($p<0,0001$).

Напротив, среди КУ и КК преобладали единичные – соответственно в 19 ($79,2 \pm 8,3\%$) и 12 ($92,3 \pm 7,7\%$) наблюдениях, что достоверно ($p<0,0001$) выше, чем для микро- и макроКЩЖ. Определяемое количество КУ, расположенных свободно в паренхиме, у пациента составило 1-3, медиана 1. КК только у одного пациента были множественными: они определялись в 4 однотипных узлах, во всех остальных наблюдениях КК были единичными. Разница в исследуемом показателе между КУ и КК статистически не значима – $p=0,1330$.

КЩЖ были выявлены не только в потенциально злокачественных УО, но и узлах с низким риском злокачественности, доброкачественных УО и даже в паренхиме ЩЖ без узлообразования, т.е. кальцификацию, вопреки распространенному мнению, нельзя считать признаком рака. Однако распределение частот КЩЖ было неоднотипным и имело статистически значимую зависимость от градаций THIRADS: при THIRADS 1 – $3,4 \pm 2,0\%$, THIRADS 2 – $11,6 \pm 2,4\%$, THIRADS 3 – $21,3 \pm 1,7\%$, THIRADS 4a – $61,7 \pm 6,3\%$, THIRADS 4b – $63,0 \pm 15,7\%$. Наиболее выражена зависимость от градации THIRADS

была характерна для микро-КЩЖ; для макро-КЩЖ такая зависимость также была статистически значимой ($p < 0,0001$), для КК и КУ такой закономерности не выявлено.

Выводы. Кальцификация в ЩЖ может проявляться в форме образования макро-, микрокальцификатов, кальцификации капсулы или узла полностью. Количество КЩЖ у пациента вариабельно и статистически значимо зависит от типа кальцификации. Для микро-КЩЖ характерна множественность, количество макроКЩЖ составляет 1-5 у пациента, КК и КУ являются преимущественно единичными. Частота микро- и макро-КЩЖ коррелирует с риском рака по шкале THIRADS, однако такие кальцификаты могут встречаться в доброкачественных узлах и нормальной паренхиме ЩЖ. Зависимости частоты КК и КУ от риска рака не выявлено.

Зубрилова Е.Г., Анастасов А.Г., Москаленко С.В., Моисеев А.М., Сушков Н.Т.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

Закрытая травма живота является одним из наиболее распространенных вариантов травматического повреждения у детей. Зачастую она даже не является причиной обращения за медицинской помощью. Но закрытая травма живота с повреждением внутренних органов представляет реальную угрозу не только здоровью, но и жизни ребенка. Массивное внутреннее кровотечение при разрыве печени, селезенки за короткое время может привести к фатальному исходу.

Цель исследования. Изучить эффективность интенсивной терапии детей с закрытой травмой живота, сопровождающейся повреждением печени и селезенки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении интенсивной терапии общего профиля Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2010 по 2021 год находились 410 детей в возрасте от 4 до 17 лет с травматическими повреждениями органов брюшной полости вследствие механического воздействия. У 223 детей (54,4%) была изолированная травма печени или селезенки. У 115 больных (28,0%) диагностирована сочетанная травма (в том числе: переломы конечностей; закрытая черепно-мозговая травма; тупая травма грудной клетки, не требовавшая хирургического лечения). У 72 пациентов (17,6%) травма носила множественный характер, с одновременным повреждением печени и селезенки.

Использовали клинический, лабораторный, инструментальный, статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Анемия легкой и средней степени при госпитализации выявлена у 253 больных (61,7%), тяжелая анемия – у 60 детей (14,6%). При определении необходимости экстренного оперативного пособия ориентировались не только на тяжесть анемии, но и на результаты всего комплекса обследования пациента, включая данные ультразвукового исследования органов брюшной полости и показатели гемодинамики.

Хирургическая остановка внутреннего кровотечения потребовалась в 181 случае: у 103 детей (56,9%) с изолированной травмой, у 44 (24,3%) – с множественной и у 34 больных (18,9%) – с сочетанной. Все оперативные вмешательства были проведены в интервале от 6 часов до окончания первых суток после госпитализации пациентов. При этом абсолютный максимум хирургических пособий приходился на интервал 6-12 часов после начала интенсивной терапии (132 пациента – 72,9%).

Из 410 пациентов комплексная консервативная интенсивная терапия была эффективна в 229 случаях: у 120 детей (52,4%) с изолированной травмой, у 71 больного (31,0%) – с сочетанной и у 38 (16,6%) – с множественной.

Летальных исходов не было.

Выводы. Считаем рациональным при интенсивном наблюдении за пациентом с закрытой травмой живота с подозрением на повреждение печени и/или селезенки проводить регистрацию витальных показателей (частота пульса, артериальное давление) каждые 15 минут, а лабораторное определение уровня эритроцитов и гемоглобина как минимум каждые 3 часа в течение первых суток после госпитализации. Особая настороженность в отношении необходимости выбора оперативной коррекции по-

вреждения – в течение 6-12 часов после госпитализации. Первичное сонографическое исследование органов брюшной полости необходимо проводить в ближайшее время после госпитализации, затем – по мере необходимости, но не реже 1 раза в сутки. Проводимая комплексная консервативная интенсивная терапия, включающая использование гемостатиков, антибиотиков и строгий постельный режим, была эффективна у 55,9% пациентов. Выбранная рациональная тактика интенсивного наблюдения и лечения детей с повреждением печени и селезенки при закрытой травме живота позволила избежать неблагоприятных исходов.

Зуева Г.В., Налетов А.В., Журбий О.Е., Настобурко В.В.

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

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. Рациональное и сбалансированное питание, соответствующее физиологическим потребностям ребенка, принадлежит к числу факторов, играющих важную роль в поддержании здоровья детей, формировании иммунологической реактивности, а также обеспечивает нормальный рост и развитие ребенка. Состояние нутритивного статуса в детском возрасте приобретает особое значение в связи с интенсивным ростом детского организма. Поэтому коррекция белковой составляющей пищевого рациона наиболее важна, так как белок необходим для синтеза антител и белков острой фазы воспаления, адекватного иммунного ответа. Недостаточное питание утяжеляет не только исходы, но и течение респираторных заболеваний, протекающих с поражением респираторного тракта.

Цель исследования. Оценить состояние нутритивного статуса у детей с острыми респираторными заболеваниями.

Материалы и методы. Оценивали нутритивный статус у 40 детей основной группы в возрасте от 1 года 7 до лет, находившихся на лечении в ГБУ «ГДКБ №2 г. Донецка» с острыми респираторными заболеваниями. Сроки госпитализации составляли от 7 до 14 дней. И 36 здоровых детей, которые составляли контрольную группу.

Для определения степени нарушения питания и оценки физического развития использовали измерение роста и массы тела. Физическое развитие оценивали по центильным таблицам в соответствии с возрастом и полом. Оценка индекса массы тела (ИМТ) проводилась с помощью перцентильных таблиц. Для исследования биохимических показателей нутритивного статуса определяли уровень общего белка, альбумина, трансферрина.

Результаты и их обсуждение. Оценка питания обследуемых детей с острыми респираторными заболеваниями выявила несоответствие должной кратности приема пищи у детей основной и контрольной групп (84,8% и 59,4 % соответственно) ($P<0,05$).

У детей основной группы снижение тургора тканей отмечалось в 4,5 раза, снижение тонуса мышц в 5 раз чаще, чем у детей контрольной группы. Симптомы гиповитаминоза в виде сухости кожи, ломкости ногтей, редких волос, «географического» языка, анемии отмечены в 2 раза чаще у детей основной группы.

При анализе показателей физического развития отмечено, что у детей основной группы выявлено дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела в 9,5 раз чаще по сравнению с детьми контрольной группы ($P<0,05$).

Показатель ИМТ ниже 25-го перцентиля выявлены у 30,5% детей основной группы, в контрольной группе – у 5,8%, что свидетельствует о недостаточности питания легкой и средней степени.

Дети с острыми респираторными заболеваниями в отличие от детей контрольной группы имели снижение концентрации общего белка сыворотки крови ($P<0,05$), альбумина ($P<0,05$), трансферрина ($P<0,05$).

Выводы. Оценка нутритивного статуса у детей с острыми респираторными заболеваниями выявила недостаточность питания, которая характеризовалась снижением тургора тканей, мышечно-го тонуса, признаками гиповитаминоза, снижением индекса массы тела, снижением концентрации

белковых маркеров Включение оценки нутритивного статуса в программу обследования позволит своевременно выявить недостаточность питания у детей с острыми респираторными заболеваниями и целенаправленно проводить профилактические мероприятия

Зуева Г.В., Налетов А.В., Шапченко Т.И.

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

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Актуальность. В последние годы отмечается рост аллергической патологии среди детей. Бронхиальная астма составляет 5-15% среди аллергических заболеваний детского возраста. В большинстве случаев сопутствующая гастроэнтерологическая патология носит малосимптомный, стертый характер, а на первый план выступают более видимые проявления БА, маскируя патологию ЖКТ.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей системы пищеварения у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Обследованы 56 детей с atopической формой бронхиальной астмы в стадии обострения. Средний возраст пациентов $7 \pm 1,1$ года. С легким течением БА было 20 пациентов, средней тяжести - 30, тяжелым - 6 детей. Длительность течения бронхиальной астмы (БА) в среднем 5 лет.

Учитывали анамнез, клинические симптомы, общеклинические исследования крови и мочи, рентгеноисследование органов грудной клетки. Исследовали функции внешнего дыхания с определением объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), пиковую скорость выдоха. Определяли уровень IgE. Для оценки состояния пищеварительного тракта использовали ЭФГДС, УЗИ ЖКТ, исследование кала на дисбиоз.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза заболевания у 62 % детей с БА были изменения со стороны органов пищеварения. Преобладали жалобы на снижение аппетита, отрыжку, изжогу, боли в животе, изменения стула в виде запоров или диарей.

При объективном исследовании болезненность при пальпации в эпигастральной области отмечалась у 82% обследуемых, в правом подреберье у 54% пациентов. Увеличение размеров печени было у 16% детей, положительные пузырьные симптомы - у 14 % обследуемых. У 28 % обследуемых детей имело место одновременное начало клинических проявлений бронхиальной астмы и гастродуоденита.

Всем детям с БА проведено дополнительное обследование желудочно-кишечного тракта. У детей с тяжелым течением БА в 100% случаев была выявлена патология ЖКТ, у детей со средне-тяжелым течением БА - патология пищеварения, выявлена у 8 детей и у 5 детей с легким течением БА. При эндоскопическом исследовании поверхностный гастрит выявлен у 38 детей (68 %), гастродуоденит у 14 детей (25 %). У 3 детей ГЭРБ.

По данным УЗИ печени и желчного пузыря ДЖКТ выявлена у 32 (57 %) детей, диффузные изменения печени у 8 (14 %) пациентов. Дисбиоз кишечника обнаружен у 31 обследуемого ребенка (55 %). Дисбиоз I-II степени выявлен у 26 детей (46 %), дисбиоз III степени у 5 (9 %) пациентов.

Увеличение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным с дисбиозом; бифидобактерии обнаруживались в шестом-седьмом разведениях, а лакто-бактерии – в шестом разведении (106 КОЕ/г) .Общее количество кишечной палочки соответствовало норме у 14 пациентов, умеренно повышенным – (до $6,8 \cdot 10^8$ КОЕ/г)- у 10 пациентов, сниженным – у остальных детей.

Выводы. При БА выявлена высокая частота патологии ЖКТ, для которой характерно малосимптомное течение. Наиболее частой патологией пищеварительного тракта у обследованных детей является гастрит, поверхностный гастродуоденит, дисфункция желчевыводящих путей, дисбиоз кишечника.

Во время проведения реабилитационных мероприятий следует обратить внимание на лечение сопутствующей патологии пищеварительного тракта у детей с БА.

Зуйков С.А., Полунин Г.Е., Турсунова Ю.Д.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

ВЛИЯНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БЕЛКОВЫХ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак прямой кишки (РПК) - является широко распространенной в мире патологией, и находится на третьем месте после рака молочной железы и легкого, занимая вторую позицию в структуре смертности от рака, как среди мужчин, так и женщин. Ежегодно в мире регистрируется более 1500000 новых случаев РПК, причем, согласно прогнозам, абсолютное число случаев РПК будет увеличиваться в течение как минимум двух следующих десятилетий в результате старения населения как развитых, так и развивающихся стран.

Цель работы

Изучение функционирования белков системы свободнорадикального окисления в гемолизате эритроцитов здоровых людей и больных РПК.

Материал и методы

Материалом послужил гемолизат эритроцитов, 26 больных РПК с I-II стадией заболевания в возрасте от 40 до 79 лет. Группу контроля составили 80 здоровых добровольцев той же возрастной группы, не имеющих онкозаболеваний и тяжелых патологий желудочно-кишечного тракта. Изучили активность ключевых ферментов катаболизма пуриновых нуклеотидов – аденозиндезаминазы (АДА) и ксантиноксидазы (КО), как источников образования свободных радикалов (СР), а так же активности ферментов первой линии антиоксидантной защиты (АОЗ) - супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГПО) и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ) - регуляторного фермента пентозофосфатного пути превращения углеводов, который вносит существенный вклад в функционирование глутатионовой АОЗ. Методом исследования всех показателей была спектрофотометрия. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica 10.0» Statsoft, USA.

Результаты и обсуждение

В эритроцитах крови больных РПК относительно группы контроля установили снижение активностей ферментов: АДА в 1,4 раза ($p < 0,001$), Г6ФДГ в 1,3 раза ($p < 0,001$) и ГПО в 1,6 раза ($p < 0,001$), при этом активности следующих ферментов были выше - КО в 1,2 раза ($p < 0,001$) и СОД в 1,2 раза ($p < 0,05$) соответственно. Следовательно, в эритроцитах крови больных РПК относительно группы контроля установлены разнонаправленные изменения активностей ферментов пуринового обмена – снижение активности АДА и повышение активности КО. В работе системы защиты от СР так же обнаружены неоднозначные изменения – снижение активностей Г6ФДГ и ГПО, при повышении активности СОД. Полученные данные свидетельствуют об ослаблении глутатионового звена АОЗ эритроцитов, а именно ГПО, играющей важную роль в поддержании жизнеобеспечения этих клеток, что способствует усилению окислительного стресса и изменению их метаболизма при развитии опухолевого процесса. Причем, повышение активности СОД, характеризуется как компенсаторный механизм онкогенеза, необходимый для нейтрализации супероксид-анион-радикала, генерируемого КО.

Заключение

Таким образом, установленные нарушения в работе АОЗ в эритроцитах характерные для опухолевой патологии, оказывают влияние на жизнеспособность красных клеток крови и их функциональную полноценность. Эти нарушения, способствуют усилению друг друга по принципу обратной связи, что в свою очередь приводит к развитию окислительного стресса и как следствие – патогенетической перестройки на клеточном уровне.

Следовательно, баланс между окислителями и антиоксидантами является ключевым вопросом в развитии рака, который остается актуальным до настоящего времени.

Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных - один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар и оперативного вмешательства. При достаточной изученности ВКН у новорожденных в литературе нет подробного анализа о частоте, формах и результатах лечения данного вида непроходимости среди детей старших возрастных групп. Имеются единичные работы, в которых освещены аспекты диагностики и хирургического лечения данной формы непроходимости у детей.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной высокой кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет. Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. При сложных случаях диагностики проведена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты исследования. При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,0%), стенозы – 5 (3,6%), мембраны – 21 (15,1%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 4 (2,9%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 33 (23,7%); смешанные формы – 1 (0,7%). В 68 (49,0%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

При высокой врожденной кишечной непроходимости с наружной обструкцией двенадцатиперстной кишки проводится иссечение тяжей и мобилизация duodenum, восстановление ее формы и нормальной синтопии по отношению к верхним брыжеечным сосудам. В случаях внутренней обструкции (мембраны, стеноз) методом выбора оперативного вмешательства является дуоденотомия (с иссечением мембраны или ликвидации стеноза) и дуоденопластика. При кольцевидном рапсгеас раньше накладывали дуодено-дуодено анастомоз. В настоящее время в подобных состояниях методом выбора операции считается ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные послеоперационные осложнения, среди которых наиболее часто наблюдались: динамическая непроходимость кишечника (18), несостоятельность анастомоза (2), спаечная кишечная непроходимость (7), осложнения со стороны операционной раны (3). Частота, вид и тяжесть осложнений и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства.

Выводы. Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции. Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Ряполова Т.Л., Первак М.Б., Костюкова Н.Ю.

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

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО И ФАРМАЦИЯ

Цель работы – представить опыт внедрения государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (ГОС ВПО) нового поколения по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация.

Основная часть

В связи с утверждением Министерством образования и науки Донецкой Народной Республики 27 мая 2020 г. государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования нового поколения по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация перед нашим университетом возникла необходимость в кратчайшие сроки внести соответствующие изменения в организацию и методическое обеспечение учебного процесса.

В связи с этим в конце августа 2020 г. было подготовлено и проведено заседание Центрального методического совета университета, в повестку дня которого был включен вопрос: «Переход обучения студентов 1 курса по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация на новые учебные планы и новые учебные программы в соответствии с ГОС ВПО нового поколения».

Для решения этих задач ректором университета был утвержден состав рабочих групп по формированию компетенций, определенных в ГОС ВПО нового поколения по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация, при изучении дисциплин различного профиля: медико-биологического, социально-гуманитарного, гигиенического, фармацевтического и клинического.

В сентябре 2020 г. учебно-методическим отделом по данным кафедр были созданы и утверждены 6 матриц универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций по вышеуказанным специальностям в соответствии с новыми ГОС ВПО.

Далее кафедрами университета по всем преподаваемым дисциплинам и практикам были подготовлены соответствующие учебные программы. Эта деятельность осуществлялась в тесном контакте с учебным, учебно-методическим отделами и рабочими группами по формированию компетенций.

Сложность состояла в том, что подавляющее большинство компетенций являются многосоставными и их формирование обеспечивается освоением десятков дисциплин и практик. Особенно важно и одновременно трудно было правильно выделить компоненты в структуре каждой компетенции и планируемые уровни ее сформированности. Решение этих вопросов стало возможным за счет интегративного, «наддисциплинарного» подхода.

После утверждения программ дисциплин и практик кафедрами была проведена коррекция всего комплекса учебно-методических материалов (методические указания для студентов, методические рекомендации для преподавателей, обучающие задания, средства контроля и т.д.). Были сформированы фонды оценочных средств.

Сотрудники учебно-методического отдела в течение 2020-2021 учебного года проводили консультирование и мониторинг процесса приведения в соответствие с новыми компетенциями всех методических материалов кафедр.

С 1 сентября 2021 года внедрение ГОС ВПО нового поколения по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация начато на кафедрах, ведущих преподавание на 2 курсе.

Заключение

Значительный опыт руководства и всех учебно-методических подразделений университета в решении различных проблем высшего профессионального образования позволил нам в кратчайшие сроки обеспечить внедрение ГОС ВПО нового поколения по специальностям Медико-профилактическое дело и Фармация.

Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Басий Р.В., Костюкова Н.Ю.

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

ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID – 19. АНАЛИЗ «СТРЕСС-ТЕСТА».

В ситуации продолжающейся эпидемии COVID - 19 немаловажным является углубленный анализ проблем с которыми столкнулся Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (ДОННМУ) в период экстренного перехода с использованием в образовательном процессе электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Основной вывод проведенного анализа состоит в том, что образовательная система ДОННМУ выдержала «стресс-тест». Хотя не все процессы и процедуры, привычные для университета до пандемии, функционировали с прежней эффективностью, система в целом сохранила устойчивость. Университет в кратчайшие сроки перестроил работу, сохранил вовлеченность студентов в образовательную деятельность – студенты взаимодействовали с преподавателями, выполняли учебные задания. Готовность мобилизоваться и работать в новом режиме позволила сохранить чувство стабильности для студентов и преподавателей.

В период перехода на полный дистанционный формат обучения сложилось несколько режимов организации образовательной деятельности: асинхронный, синхронный, смешанный.

Проблемы с которыми столкнулся вуз:

- недостаточный уровень оснащения цифровой инфраструктуры университета;
- недостаточная компьютерная грамотность преподавателей и обучающихся;
- недостаточный уровень системы прокторинга – контроля процессов тестирования и сдачи экзаменов;
- отсутствие психологической поддержки студентов и преподавателей и др.

С одной стороны, прошедший опыт показал возможности использования технологий дистанционной работы для решения не только традиционных, но и новых задач для медицинского вуза. Этот – же опыт работы также показал не только возможности цифровых технологий, но и их ограничения.

Во-первых, стало понятно, что эффективное использование в образовательном процессе электронного обучения и дистанционных образовательных технологий, требует особых компетенций преподавателей, студентов, а также эффективных и удобных технологических решений, особой организации образовательного процесса. Без этого нельзя говорить о полноценном образовании в дистанционном формате.

Во-вторых, ситуация подтвердила, что ряд важнейших процессов медицинской университетской жизни слабо поддается цифровизации, переносу в виртуальное пространство. На практике было показано, что полная реализация программ медицинского образования в дистанционном формате невозможна.

Таким образом, осознание новых возможностей и технологических ограничений дистанционного обучения в образовательном процессе медицинского вуза, извлечение уроков из накопленного опыта дает возможность коллективу Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького реализовать такие элементы цифровых технологий, которые дадут возможность улучшить качество и эффективность учебного процесса.

Игнатенко Г.А., Золото Е.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А., Фролов С.С., Черноус В.В.

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

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Изменение условий жизни в Донецком регионе, обусловленных проведением боевых действий на территории Донбасса, продолжающиеся длительное время, оказывают существенное влияние на

формирование представлений молодых людей о будущей семье, межличностных отношениях, половой жизни и планировании беременности. Это создает риск нарушений репродуктивного здоровья, обусловленных неправильным репродуктивным поведением молодых людей

Целью исследования была оценка уровня знаний по вопросам планирования семьи и контрацепции у молодых людей с целью разработки образовательных и профилактических мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного потенциала населения Донбасса.

Материал и методы: было проведено анкетирование 1468 жителей Донецкого региона (610 юношей и 858 девушек) в возрасте 15 – 25 лет по вопросам контрацепции и планирования семьи.

Результаты и их обсуждение: у молодых жителей Донецкого региона отмечается низкий уровень знаний по вопросам контрацепции и планирования семьи, недостаточный уровень информированности о продолжительности «репродуктивной жизни» у мужчин и женщин, о негативном влиянии аборта на репродуктивное здоровье женщин, что в итоге будет негативно отражаться на рождаемости в регионе.

Выводы: проведенный анализ является теоретическим обоснованием для организации секции по планированию семьи и контрацепции в рамках школы репродуктивного здоровья при НИИ РЗДиМ г. Донецка.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье юношей и девушек, планирование семьи, контрацепция.

Игнатенко Г.А., Калуга А.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В.

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ COVID-19: ЧТО НОВОГО В 2021 Г.?

Последние данные указывают на тесную связь между тяжелым клиническим течением COVID-19 и повышенным риском тромбозов и тромбоэмболических событий. Частота венозных тромбозов (ВТЭ), включая легочную эмболию и тромбоз глубоких вен, достигает 46% у больных, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Изучение факторов риска ВТЭ у пациентов с COVID-19 в исследовании L. Zhang et al. показало, что уровни D-димера, превышающие 2,0 мг/л, являются предикторами смертности с чувствительностью 92% и специфичностью 83%.

Патофизиологические механизмы респираторного дистресс-синдрома при тяжелом течении COVID-19 включают повышенный системный воспалительный ответ, нарушения системы гемостаза, развитие легочной внутрисосудистой коагулопатии и эндотелиальную дисфункцию. Вирус так же вызывает иммунные реакции, усугубляющие эндотелиальное повреждение и микроваскулярный тромбоз (так называемый имунотромбоз).

Для ранней диагностики ВТЭ у госпитализированных пациентов с COVID-19 требуется контроль лабораторных показателей, указывающих на гиперкоагуляцию, а также объективное подтверждение ВТЭ методами визуализации (доплер-эхокардиография, многодетекторная спиральная КТ-пультмонангиография, вентилиционно-перфузионная сцинтиграфия).

Американское общество гематологов (ASH) и Международное общество тромбоза и гемостаза (ISTH) рекомендуют назначать в профилактических целях нефракционированный гепарин (НФГ) (4000 ЕД 2 р/сут) всем пациентам с подтвержденным диагнозом COVID-19 при госпитализации в стационар для предупреждения развития ВТЭ. Согласно рекомендациям Китайского общества тромбоза и гемостаза пациентам с тяжелым течением COVID-19, в том числе с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <30 мл/мин) и выраженными нарушениями коагуляции рекомендуется НФГ в/в 1 ЕД/(кг х ч) с дальнейшим титрованием дозы с помощью сравнительной тромбоэластографии с гепариновой.

В качестве терапии первой линии пациентам с подозрением на ТЭЛА рекомендуется назначать парентеральное лечение НМГ (например, эноксапарин 100 МЕ/кг, 2 р/день, или эноксапарин 150

МЕ/кг, 1 р/день, или надропарин, 86 МЕ/кг, 2 р/день). В случае тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина <30 мл/мин) – НФГ в дозе 5000 ЕД 2 р/сут. У пациентов с известной гепарин-индуцированной тромбоцитопенией следует применять фондапаринукс в начальной дозе 0,2–0,5 мкг/(кг х мин) в/в (для лиц с нарушением функции печени доза 0,5–1,2 мкг/(кг х мин) /бивалирудин (селективный прямой ингибитор тромбина) в начальной дозе 0,05 мг/кг/ч. При резком ухудшении состояния и появлении признаков гемодинамической нестабильности – системный тромболизис. Экстракорпоральная мембранная оксигенация в сочетании с хирургической эмболизацией или катетерными методами лечения показаны пациентам с рефрактерным шоком или остановкой сердца. У пациентов с тяжелым течением COVID-19 и высоким геморрагическим риском или активным кровотечением рекомендуется использовать прерывистую пневматическую компрессию.

После выписки из стационара рекомендован прием НМГ в течение в среднем 2-6 нед., особенно лицам с низким риском кровотечений, но сохраняющимся высоким риском ВТЭ (пожилой возраст, онкологические заболевания, длительное пребывание в ОРИТ, ВТЭ в анамнезе, длительная иммобилизация). Имеются данные об эффективности лечения подтвержденной ВТЭ, включая легочную эмболию, прямыми оральными антикоагулянтами, как препаратами выбора, сроком до трёх месяцев (К. Kyriakoulis et al, 2021).

Игнатенко Г.А., Майлян Э.А., Бондаренко Н.Н.

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

СОСТОЯНИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ КРОВИ И НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ

Ключевым фигурантом, сопрягающим реакции неспецифической и специфической защиты организма является моноцит/макрофаг, инициирующий и завершающий воспалительно-репаративные реакции в различных органах, в том числе и миндалинах. Это подтверждается способностью макрофагов презентировать антиген иммунокомпетентным клеткам, контролировать скорость и степень выраженности воспалительных процессов путем секреции короткодистантных регуляторов (цитокинов, метаболитов арахидоновой кислоты), модулировать функциональную активность клеток воспалительного очага. Несмотря на очевидность этого положения, основные усилия специалистов были направлены на разработку лабораторных экспресс-тестов для оценки иммунного статуса больных тонзиллитами. Представляет интерес оценка диагностических возможностей исследования клинко-лабораторных параллелей состояния неспецифической и специфической резистентности организма, формирующихся при хроническом тонзиллите (ХТ). С целью оценки функционально-метаболической активности моноцитов крови и состояния лимфоидных образований миндалин были проведены исследования *in vitro* адгезиоактивности и фагоцитарной активности моноцитов крови, содержание ДНК в иммунокомпетентных клетках и морфометрия тканей небных миндалин у 56-ти пациентов с хроническим тонзиллитом в компенсированной (1-я группа, $n=29$) и декомпенсированной форме (2-я группа, $n=27$) (И. Б. Солдатов, 1975). Обнаружено более значимое снижение адгезиоактивности моноцитов крови у пациентов с декомпенсированной формой заболевания (на $57,3 \pm 1,4\%$, $p < 0,001$ по сравнению со здоровым контролем), тогда как у больных с компенсированной формой ХТ показатель был снижен на $24,6 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$). В процессе консервативной терапии больных обеих групп выявлено сохранение в моноцитах крови обратной зависимости между адгезиоактивностью и фагоцитарным индексом, с одной стороны, и содержанием ПГЕ₂, с другой стороны, что свидетельствует о стойком, возможно, генетически детерминированном, изменении их внутриклеточных метаболических и/или сигнальных путей. Интересно, что только у 63,6% пациентов с компенсированной формой ХТ в процессе консервативного лечения наблюдалось увеличение фагоцитарной активности моноцитов и снижение уровня в них ПГЕ₂ (соответственно на $28,2 \pm 1,1\%$ и $51,5 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$), которые так и не достигали контрольных значений. Отличия в характере структурных изменений в тканях миндалин больных с разными формами ХТ проявлялись в достоверно большей площади деструкции эпителия слизистой оболочки миндалины (до $73,2 \pm 3,1\%$) и статистически значимом увеличении содержания

ДНК и численности иммунокомпетентных клеток (в 4,8 раза) у пациентов 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы. При этом содержание CD95-положительных клеток было на порядок меньше, чем у пациентов 1-й группы), что подтверждает более выраженное ингибирование апоптоза лимфоцитов при декомпенсированной форме ХТ. Последний показатель положительно коррелирует у больных обеих групп с продукцией ПГЕ2 моноцитами ($r=+0,716$). Выявленные изменения адренореактивности, фагоцитарной способности и секреции ПГЕ2 моноцитами больных с ХТ могут служить показателем доминирования в мононуклеарах крови внутриклеточного сигнального пути цАМФ — протеинкиназа А, который приводит к снижению внутриклеточной концентрации Ca^{2+} , результатом чего будет снижение интенсивности фагоцитоза и апоптоза, степень которого может служить ранним диагностическим показателем формы ХТ.

Игнатенко Т.С., Майлян Э.А., Капанадзе Г.Д., Лесниченко Д.А., Костецкая Н.И.

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

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ И МАРКЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность аутоиммунного тиреоидита (АИТ) определяется его широкой распространенностью и серьезными последствиями для больных. По современным данным, АИТ страдают от 6,0 до 11,0% взрослого населения. Данная патология является причиной развития 70-80% всех случаев первичного гипотиреоза. В патогенезе АИТ основная роль отводится клеточным реакциям иммунной системы. Традиционная терапия синдрома гипотиреоза при АИТ заключается в замещении функции щитовидной железы посредством приема препаратов тиреоидных гормонов. Терапия левотироксином натрия, экзогенной формой тироксина, остается «золотым стандартом» лечения гипотиреоза на протяжении более 60 лет. Основной целью терапии является восстановление эутиреоидного состояния и предотвращение долгосрочных осложнений. Следует отметить, что современные данные об особенностях динамики содержания цитокинов, антитиреоидных антител на фоне заместительной гормонотерапии АИТ с гипотиреозом в доступной литературе представлены единичными работами.

Целью работы было определение особенностей динамики уровней отдельных цитокинов, а также маркеров щитовидной железы, характеризующих течение АИТ у женщин с указанной патологией.

Работу выполняли в ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.М.ГОРЬКОГО» и институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (г. Донецк). Обследовано 147 женщин 31-47 лет с впервые выявленным АИТ и гипотиреозом в динамике заместительной терапии левотироксином натрия (до и спустя 6 месяцев). Контрольную группу составили 63 условно здоровые женщины, обследованные однократно. В сыворотке периферической крови определяли концентрации фактора некроза опухоли α (TNF- α), интерлейкинов (IL)-1 β , -4, -6, -8, -10, -17A, лиганда рецептора активатора ядерного фактора каппа- β (RANKL), остеопротегерина (OPG), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе (анти-ТПО).

Установлено, что исходно повышенные ($p<0,001$) значения IL-1 β и IL-6 сохранились у пациентов и после заместительной терапии на более высоких уровнях, чем в контрольной группе ($p<0,001$). Выявленная в начале терапии тенденция к повышению уровней IL-10 ($p=0,056$) и IL-17A ($p=0,067$) к концу наблюдения была нивелирована ($p>0,05$). Значения TNF- α достоверно не отличались от показателей контрольной группы как исходно, так и через 6 месяцев ($p=0,166$ и $p=0,184$ соответственно). Оставались на уровне результатов здоровых женщин до и после лечения концентрации IL-4 ($p=0,376$ и $p=0,179$ соответственно), IL-8 ($p=0,102$ и $p=0,116$ соответственно) и OPG ($p=0,988$ и $p=0,661$ соответственно). Концентрации RANKL перед лечением были повышенными ($p=0,029$), но изменение уровней цитокина утратило достоверную значимость после терапии ($p=0,096$). Исходно сниженные значения индекса OPG/RANKL ($p=0,017$) также не отличались при повторном обследовании от показателей контрольной группы ($p=0,253$).

Через 6 месяцев приема левотироксина женщинами с АИТ зарегистрировано достоверное ($p < 0,001$) снижение исходно повышенных уровней ТТГ до значений, характерных для контрольной группы. При этом концентрации аутоиммунных анти-ТПО антител, которые были повышены перед началом терапии ($p < 0,001$), показали существенный прирост ($p < 0,001$) в динамике лечения.

Таким образом, при обследовании женщин с АИТ и подтвержденным гипотиреозом установлено, что заместительная терапия левотироксином в течение 6 месяцев существенно не влияет на продукцию большинства исследованных цитокинов. Лечение обеспечивает снижение изначально увеличенных показателей ТТГ до значений контрольной группы, но сопровождается существенным приростом исходно повышенных анти-ТПО антител.

Игнатенко Г.А., Можейко Е.Ю.

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Внедрение в клиническую практику интервальной гипоксической терапии как метода немедикаментозной терапии больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких, сердечно-сосудистой патологией актуализирует использование патогенетических подходов регуляторных механизмов, вовлеченных в реализацию саногенеза гипокситерапии.

С целью разработки критериев оценки адаптационного потенциала системы кровообращения при гипокситерапии обследовали 157 больных с диагнозом Ишемическая болезнь сердца: Микроваскулярная стенокардия. Атеросклеротический кардиосклероз. Сердечная недостаточность I с сохранённой систолической функцией ЛЖ (основная группа), а также 69 здоровых лиц. Средний возраст обследованных пациентов составил $45,3 \pm 5,9$ лет, удельный вес мужчин в основной группе 24,2%, в группе сравнения 20,3%, женщин – соответственно 75,8% и 79,7%. Адаптационный потенциал организма оценивали по способу Р.М.Баевского (2002). Гипоксическую пробу в нормобарических условиях осуществляли следующим образом: спустя 10 минут отдыха в положении сидя в течении 30 минут обследуемые дышали гипоксической газовой смесью с содержанием кислорода 10 % (ГГС-10). До и через 5 минут после ее завершения гипоксической пробы получали венозную кровь для биохимических, иммуногистохимических и цитологических исследований, измеряли SpO_2 и рассчитывали гипоксический индекс как отношение времени десатурации к времени реоксигенации. Анализировали показатели, отражающие различные механизмы регуляции коронарного кровообращения: миогенную ауторегуляцию (САД), метаболическую (активность ЛДГ, АДА, содержание оксида азота и простагландина E_2 в крови), нервную (сенситивность β -адренорецепторов тромбоцитов в тестах *in vitro*, индекс Кердо). Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью параметрических методов статистического анализа с использованием компьютерной программы Medstat.

Установили, что по результатам гипоксической пробы ГГС-10 обследованных лиц обеих групп можно разделить на 3 подгруппы - с высоким, средним и низким уровнем устойчивости к гипоксии. Высокоустойчивая подгруппа пациентов группы сравнения отличалась значимым удельным весом парасимпатотоников (68,11%), у которых после гипоксической пробы имели место достоверное снижение САД, преобладание прироста активности ЛДГ над таковым АДА - соответственно на 72,40% ($p < 0,001$) и 5,32% ($p > 0,05$), а также содержания ПГЕ2 над оксидом азота - соответственно на 51,44% ($p < 0,001$) и 3,92% ($p > 0,05$) по сравнению с таковыми до процедуры, а также высокие значения гипоксического индекса (7,5-11,4). Среди пациентов с микроваскулярной стенокардией удельный вес парасимпатотоников составил 54,66%, причем динамика исследованных показателей до и после гипоксической пробы была сходной с таковой в группе сравнения за исключением инертности продукции ПГЕ2. Наименьшую устойчивость к гипоксии в основной группе демонстрировали симпатотоники, у которых реактивность нервного контроля адаптационного потенциала не сопровождалась пропор-

циональными изменениями метаболической и миогенной регуляции, что подтверждали сниженные значения гипоксического индекса (1,5-2,3).

Таким образом, для оценки адаптационного потенциала при гипоксической пробе целесообразно исследовать показатели различных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы.

**Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Присяжнюк М.В., Кошелева Е.Н.,
Прилуцкая О.А., Поважная Е.С., Чеботарева Е.Н.**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА И ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Поражение сердечно-сосудистой системы в условиях метаболических нарушений является одной из важнейших проблем современной кардиологии. Выделяют комплекс факторов, негативно влияющих на процессы формирования кардиальной патологии в условиях метаболической коморбидности. К ним относятся возраст, наличие метаболических нарушений и их продолжительность, влияние корригирующих методов. Поиск и изучение факторов и механизмов формирования дисфункции миокарда и процессов его ремоделирования в условиях метаболических нарушений является актуальным направлением исследований в современной кардиологии, что обусловлено как стремительным увеличением популяционной распространенности такой патологии (симптомной или асимптомной), так и появлением новой информации об их общности в патогенетических построениях.

Цель настоящего исследования заключалась в анализе факторов, определяющих развитие и прогрессирование дисфункции миокарда и процессов его ремоделирования в условиях метаболических нарушений.

Обследовано 56 больных метаболическим синдромом (все мужчины) в возрасте $46,0 \pm 0,5$ лет. Группа контроля состояла из 30 условно здоровых мужчин, у которых в ходе обследования не выявлены отклонения изучаемых параметров. И больным и здоровым проведен комплекс лабораторных исследований, включающий определение сывороточного уровня глюкозы, гликированного гемоглобина, липидов, гормонов щитовидной железы, активности С реактивного протеина, мочевой кислоты, подсчитан ее клиренс. Присутствие инсулинрезистентности устанавливали при помощи гомеостатической модели НОМА (НОМА-IR, ед.) по формуле: $\text{инсулин натощак (мЕД/мл)} \times \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} / 22,5$. При индексе НОМА $> 2,77$ пациентов считали инсулинрезистентными. Сонографическое исследование сердца проводили при помощи универсального сонографа «Sonoscape S22», фирмы «Sonoscape Co», Китай по стандартной методике из трансторакального доступа.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программы для статистического анализа «Statistica 6.0». Влияние факторов, определяющих развитие и прогрессирование дисфункции миокарда и процессов его ремоделирования проводили при помощи критерия Крускал-Уоллиса (Kkw). За уровень значимости (p) принимали величину $p < 0,05$.

При анализе полученных результатов установлено, что на процессы, принимающие участие в формировании миокардиальной дисфункции и его ремоделирования оказывают высоко достоверное влияние наличие и тяжесть артериальной гипертензии (Kkw=15,0, $p=0,0006$), Night-peaker тип суточной вариабельности артериального давления (Kkw=7,3, $p=0,02$), уровень гликированного гемоглобина крови (Kkw=8,6, $p=0,01$), гипертриглицеридемия (Kkw=10,4, $p=0,008$), гипофункция щитовидной железы (Kkw=4,4, $p=0,03$), гиперурикемия (Kkw=9,0, $p=0,006$) с гиперпродукцией мочевой кислоты (метаболический тип), уровень С реактивного протеина (Kkw=5,0, $p=0,02$).

Таким образом, при метаболическом синдроме установлен комплекс факторов, оказывающих как непосредственное кардиотропное (наличие и тяжесть артериальной гипертензии, преобладание ночного повышения артериального давления, глюкозотоксичность, сниженная функция щитовидной же-

лезы, гиперурикемия по метаболическому типу), так и опосредованное (активность системного воспаления) воздействие на процессы формирования дисфункции миокарда и его ремоделирование.

Игнатенко Г.А., Проценко Д.С.

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

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ТРЕНИРОВАННЫХ И НЕТРЕНИРОВАННЫХ СТУДЕНТОВ

Противоэпидемические меры, введенные для сдерживания распространения пандемии COVID-19 и предполагающие самоизоляцию в течение длительного периода времени, представляют собой серьезную проблему для сохранения физической активности студентов вузов. Переход на дистанционное обучение дополняет и усугубляет тяжесть и распространение поведенческих факторов риска (нарушения режима питания, учебы и отдыха, сна, гиподинамия) с потенциальными долгосрочными последствиями.

С целью оценки изменений адаптационного потенциала до и после окончания дистанционного обучения (в течении 6 мес) обследованы 310 студентов мужского пола 18-20 лет, из которых 186 - спортсмены, занимающиеся видами спорта с высокой динамической и статической компонентой (баскетбол, волейбол, лёгкая атлетика). Группу сравнения составили 134 юношей соответствующего возраста (18-20 лет) 1-й группы здоровья, не ведущие систематическую спортивную деятельность. Критерии исключения: хронические расстройства пищеварения и нарушения обмена веществ, заболевания эндокринной системы, органов дыхательной системы, глаз, системы кровообращения, патология костной, мышечной и соединительной ткани, мочеполовой системы. Стаж занятия спортом исследуемых спортсменов основной группы составил 4–7 лет. У обследованных лиц основной группы, а так же лиц группы сравнения в светлый промежуток времени в 9.00 - 11.00 часов измеряли уровень артериального давления и частоту сердечных сокращений с последующим расчетом адаптационного потенциала по способу Р.М.Баевского (2002). Вегетативный тонус оценивали по значениям индекса Кердо. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа «MedStat».

В результате исследований студенты обеих групп продемонстрировали гетерогенность вегетативного тонуса, причем в основной группе доминирующей была подгруппа ваготоников (61,8%%), а в группе сравнения – симпатотоников (58,2%). Однако, анализ частоты сердечных сокращений у студентов разных групп со сходным типом вегетативного тонуса до перехода на дистанционное обучение продемонстрировал достоверно меньшие значения показателя у тренированных студентов по сравнению с нетренированными: у ваготоников на $21,87 \pm 0,46\%$ ($p < 0,01$), у нормотоников на $16,38 \pm 0,33\%$ ($p < 0,05$), у симпатотоников - на $13,51 \pm 0,20\%$ ($p < 0,01$). По окончании дистанционного обучения данная тенденция сохранялась, однако различия значений показателя приобретали более выраженный характер у студентов группы сравнения с нормо- и симпатотоническим статусом. Характерно, что до дистанционного обучения у всех обследованных имел место удовлетворительный уровень адаптации – в основной группе 1,59 у.е., в группе сравнения - 1,84 у. е. (по Р.М.Баевскому). Изменения значений показателя по окончании дистанционного обучения свидетельствовали о функциональном напряжении адаптационных механизмов у $77,9 \pm 3,1\%$ студентов симпатотоников группы сравнения (2,66 у.е), тогда как у студентов основной группы значения адаптационного потенциала не превышали 2 у.е. независимо от вегетативного тонуса и отражали достаточные функциональные возможности организма.

Таким образом, удовлетворительное состояние адаптационного потенциала у тренированных студентов сохраняется после 6-месячного ограничения физической активности независимо от вегетативного тонуса организма, а у нетренированных студентов симпатикотония является фактором риска напряжения механизмов адаптации после дистанционного обучения.

Игнатенко Г.А., Седаков И.Е., Колычева О.В., Скочиляс Т.Л., Мотрий А.В.

РОЦ Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР, ул. Полоцкая 2а г. Донецк Донецкая Народная Республика 283092
ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО»
пр. Ильича, 16 г. Донецк, 283003

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОМАРКЕРОВ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение. Долгосрочная выживаемость онкологических больных в целом существенно увеличилась за последние годы. Одним из наиболее широко применяемых методов комплексного лечения онкологических больных остается полихимиотерапия, кардиотоксичность которой существенно выросла в последние десятилетия. Это обусловлено как комбинированным применением химиопрепаратов с разным механизмом действия, так и увеличением суммарной дозы в расчёте на одного пациента. Именно кардиотоксичность и ангиотоксичность во многом являются сегодня факторами, ограничивающими возможности и выбор химиотерапии опухолей различной локализации.

Биомаркеры сыворотки крови являются важным инструментом в оценке исходных рисков и диагностике сердечно-сосудистых заболеваний у онкологических больных. Повышение их уровня возможно использовать для определения присутствия химиотерапевтического повреждения сердца и определения эффективности кардиопротекторного лечения онкологических больных во время терапии рака.

Материалы и методы. Проспективное исследование было проведено на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря в период с января 2018 г. по июль 2020 г. В исследование включено 116 пациенток с различной локализацией рака. Для определения поражения сердца, индуцированное химиопрепаратами, был проведен комплекс исследований, включающий: определение миокардиальных биомаркеров, ЭКГ покоя, трансторакальную эхокардиографию. Концентрации тропонина I и мозгового натрийуретического пептида в плазме крови измеряли при помощи радиоиммуноанализатора «Cobas H232» фирмы Roche, Германия, а величину фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), диастолическую функцию и глобальную продольную деформацию – при помощи эхокардиографа «Sonoscape S22», фирмы «Sonoscape Co», Китай. Изучение указанных параметров выполнено до начала терапии рака и в среднем через $7,2 \pm 0,5$ недель. Контрольные значения получали при обследовании 30 здоровых женщин аналогичного возраста.

Результаты. По данным эхокардиографического исследования, повышенный уровень мозгового натрийуретического пептида ($162,3 \pm 2,40$ пг/мл) и тропонина I ($0,12 \pm 0,02$ нг/мл) у больных по сравнению со здоровыми ($0,02 \pm 0,004$ нг/мл) был обусловлен дилатацией полостей левых камер сердца ($t=6,4$, $p=0,003$ и $t=5,5$, $p=0,01$ соответственно), что подтверждено снижением у больных ФВ ЛЖ ($46,2 \pm 1,24\%$; $t=4,5$, $p=0,03$). У всех 116 пациентов наблюдались серийные измерения ФВ ЛЖ и биомаркеров, а изменения мозгового натрийуретического пептида и тропонина обратно коррелировали с изменениями ФВ ЛЖ ($r=-0,61$, $p=0,01$ и $r=-0,59$, $p=0,02$ соответственно). У 30 (25,9%) пациентов возникла клинически значимая кардиомиопатия, индуцированная химиопрепаратами (одышка, тахикардия, снижение вольтажа зубца Т на ЭКГ, депрессия сегмента ST, преимущественно желудочковая экстрасистолическая аритмия, а у части больных – высоких градаций), а также значительное (ФВ ЛЖ $40,6 \pm 1,18\%$; $t=3,9$, $p=0,04$) снижение систолической функции ЛЖ по сравнению с группой здоровых. Пациенты с уровнем тропонина и мозгового натрийуретического пептида в 40% случаев имели в анамнезе или статусе ишемическую болезнь сердца, фибрилляцию предсердий и артериальную гипертензию.

Выводы. Сердечные тропонины и мозговой натрийуретический пептид являются маркерами повреждения сердца, обусловленного химиотерапией. Пациенты с повышенным содержанием тропонинов имеют повышенный риск развития токсической дисфункции ЛЖ. Наличие в анамнезе или статусе ИБС, артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий является фактором риска возникновения кардиотоксических проявлений, индуцированных химиотерапией. Для этой категории больных, по-видимому, должны быть разработаны самостоятельные лечебные и кардиопротективные программы

в процессе проведения химиотерапии. Мы полагаем, что дополнительная рутинная оценка сердечных тропонинов во время лечения рака может использоваться для выявления пациентов из группы риска. Проведение комплекса кардиологического мониторинга у всех пациентов во время химиотерапии необходимо для персонализированной терапии.

Ключевые слова: кардиотоксичность, тропонин I, мозговой натрийуретический пептид, сердечные биомаркеры.

Игнатенко Г.А., Ступаченко Д.О.

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

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С НИСХОДЯЩИМ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

С целью расшифровки патогенетических механизмов вторичного гнойного воспаления средостения изучили взаимосвязь состояния физиологических барьеров слизистой оболочки ротовой полости и клеточных механизмов врожденного иммунитета, опосредованных Toll-подобными рецепторами, у пациентов с острым одонтогенным и тонзиллогенным нисходящим медиастинитом.

В исследовании представлен анализ данных 115 больных с нисходящим задним гнойным медиастинитом, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии ДОКТМО за период с 2010 по 2020 год. Возраст больных варьировал от 32 до 64 лет (средний возраст - $44,16 \pm 10,77$ лет). Контрольную группу составили 12 здоровых добровольцев сходного возраста и пола. По результатам компьютерной томографии, выполненной в первые 24 часа госпитализации, диагностировали основные признаки медиастинита и по данным компьютерной томографии рассчитывали объемы сохранившейся медиастинальной клетчатки (Vmк) и очага поражения (Vоп); в 1-й группе больных длительность лечения составила $25,6 \pm 3,1$ дней, во 2-й группе – $49,5 \pm 10,2$ дней. Всем больным выполняли операцию - чресшейную медиастинотомию по Разумовскому. До операции в сыворотке крови пациентов определяли: уровень глюкозы с помощью фотометрического биохимического метода, количественное содержание SIgA в слюне (с помощью набора «IgA секреторный – ИФА- БЕСБ» методом твердофазного иммуноферментного анализа), средний цитохимический индекс и коэффициент мобилизации нейтрофилов при спонтанном и стимулированном НСТ-тесте по методике И. В. Нестеровой, концентрации интерлейкина IL-1 β и TGF- β («Вектор-Бест», РФ) с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью параметрических методов статистического анализа с использованием компьютерной программы Medstat.

У пациентов 1-й группы значения отношения Vmк/Vоп составили $0,50 \pm 0,14$, а у пациентов 2-й группы – $0,16 \pm 0,09$. При этом для больных 1-й группы были характерны повышенные по сравнению с контролем уровень глюкозы в крови (на $24,77 \pm 0,65\%$, $p < 0,05$), IL-1 β (на $51,22 \pm 1,34\%$, $p < 0,05$) и стимулированного НСТ (на $27,03 \pm 0,99\%$, $p < 0,05$) на фоне сниженных показателей SIgA (на $62,37 \pm 1,89\%$, $p < 0,001$) и TGF β (на $50,73 \pm 2,05\%$, $p < 0,01$). Алогичные, но более выраженные в количественном отношении, изменения исследованных показателей имели место у пациентов 2-й группы - возросший по сравнению с контролем уровень глюкозы в крови (на $36,81 \pm 1,14\%$, $p < 0,05$), IL-1 β (на $67,88 \pm 2,15\%$, $p < 0,05$) и стимулированного НСТ (на $40,11 \pm 1,65\%$, $p < 0,05$) на фоне ингибирования продукции SIgA (на $80,03 \pm 3,71\%$, $p < 0,05$) и TGF β (на $60,44 \pm 2,71\%$, $p < 0,05$). В обеих группах корреляционный анализ продемонстрировал сильную положительную связь между показателями содержания глюкозы в крови и стимулированного НСТ (в 1-й группе $r_1 = 0,678$, во 2-й – $r_2 = 0,711$), НСТ и плазменным уровнем IL-1 β (в 1-й группе $r_1 = 0,605$, во 2-й – $r_2 = 0,632$). Отрицательные корреляционные связи были характерны для пар показателей: Vmк/Vоп и содержание TGF β (в 1-й группе $r_1 = -0,580$, во 2-й – $r_2 = -0,622$), а также уровень SIgA в слюне и стимулированный НСТ (в 1-й группе $r_1 = -0,488$, во 2-й – $r_2 = -0,506$), уровень SIgA в слюне и концентрация IL-1 β (в 1-й группе $r_1 = -0,631$, во 2-й – $r_2 = -0,595$).

Выявленные изменения исследованных показателей у пациентов с вторичным нисходящим задним медиастинитом свидетельствуют о роли дисбаланса местной (ассоциированной с слизистой

оболочкой ротовой полости и липогенной) и системной неспецифической защиты в формировании патологического очага в средостении.

Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Шевелёк А.Н., Куликова С.О.

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

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Актуальность: Несмотря на довольно высокую распространенность гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) в общей популяции (1:200-500), имеются противоречивые данные о частоте регистрации того или иного варианта гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ). Выявление гипертрофического фенотипа позволяет дифференцировано подходить к ведению больных, мониторировать развитие обструкции, формирование аневризм ЛЖ, сердечной недостаточности и тромбоэмболических осложнений.

Цель: на основании применения двухмерной эхокардиографии оценить частоту встречаемости различных фенотипических вариантов и степень выраженности гипертрофии ЛЖ у больных ГКМП с или без обструкции выносящего тракта ЛЖ (ВТЛЖ).

Материалы и методы: с января 2000 по апрель 2021 г. ретроспективно и проспективно обследованы 150 пациентов с диагнозом ГКМП в возрасте от 18 до 88 лет (средний возраст $61,9 \pm 12,9$ лет), представленные 98 мужчинами и 52 женщинами (65,3% и 34,7% соответственно). Измерение толщин сегментов ЛЖ выполняли с помощью двухмерной эхокардиографии в фазу диастолы различных сегментов межжелудочковой перегородки (МЖП) и ЛЖ. При определении толщины любого сегмента ЛЖ размером 15 мм и более, вычисляли локализацию и протяженность гипертрофии. Распределение больных в группы с преобладающей морфологической экспрессией проводилось согласно фенотипическим вариантам (РКО, 2020г.): гипертрофия базальной части МЖП – группа 1, гипертрофия всей МЖП (2), гипертрофия МЖП «обратной кривизны» (3), комбинированная гипертрофия МЖП и других отделов ЛЖ (4), апикальная гипертрофия с или без вовлечения других сегментов ЛЖ (5), средне-желудочковая гипертрофия МЖП наряду с гипертрофией свободной стенки ЛЖ (6), гипертрофия свободной стенки ЛЖ (7), концентрическая гипертрофия ЛЖ (8).

Результаты. Наиболее часто отмечались следующие фенотипические варианты: утолщение базальной части МЖП (группа 1, $n=66$, 44%), концентрическая гипертрофия ЛЖ (группа 8, $n=23$, 15,3%) и гипертрофия МЖП «обратной кривизны» (группа 3, $n=21$, 14%). Реже регистрировались с одинаковой частотой варианты гипертрофии всей МЖП и апикальный тип (по $n=13$, 8,7%). Довольно редко встречались гипертрофия свободной стенки ЛЖ, средне-желудочковая гипертрофия МЖП и комбинированная гипертрофия МЖП и других сегментов свободной стенки ЛЖ ($n=6$, 4%; $n=6$, 4% и $n=2$, 1,3% соответственно). При анализе усредненной максимальной толщины гипертрофированных сегментов установлена наибольшая гипертрофия у больных 5-ой ($19,6 \pm 2,83$ мм) и 6 групп ($19,7 \pm 1,25$ мм). Максимальные толщины гипертрофированного миокарда в других группах составили: $19,2 \pm 4,3$ мм (2 гр.), $19,05 \pm 0,5$ мм (4 гр.), $18,3 \pm 3,2$ мм (3 гр.), $18,2 \pm 2,5$ мм (6 гр.), $17,7 \pm 2,2$ мм (1 гр.) и $16,4 \pm 2,7$ мм (7 гр.). Наиболее часто обструкция ВТЛЖ в покое отмечалась в 4-ой и 6-ой группах (100% и 83,3%), гораздо реже в 1-ой, 8-ой и 2-ой (у 43,9%, 43,5% и 38,5% больных). Отсутствовал градиент давления ВТЛЖ в покое (<30 мм рт. ст.) у 83,3%, 53,8% и 52,4% больных 7-ой, 5-ой и 3-ей групп.

Вывод. Гипертрофия базального отдела МЖП является наиболее частым фенотипическим вариантом ГКМП. При относительно умеренных значениях усредненной максимальной гипертрофии базального сегмента МЖП, у почти половины больных отмечается обструкция ВТЛЖ в покое и у трети – стимулированная обструкция ВТЛЖ. Рассмотрение различных фенотипических вариантов морфологического ремоделирования при ГКМП позволяет дифференцировано подходить к оценке

особенностей гемодинамики и мониторингованию течения заболевания с обсуждением лечебных подходов с учётом фенотипического варианта кардиомиопатии.

Игнатенко Г.А.¹, Таркова А.Р.², Берген Т.А.², Воробьева В.О.³, Нуднов Н.В.^{3,4}, Дубовая А.В.¹, Кармазановский Г.Г.⁵, Первак М.Б.¹, В.Ю. Усов^{6,7}

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени Академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск

³ФГБУ Российский научный центр рентгенрадиологии МинЗдрава России, Москва

⁴ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

⁵ФГБУ Национальный медицинский исследовательский Центр Хирургии имени А.В.Вишневого Минздрава России, Москва

⁶Национальный исследовательский Томский Политехнический университет, Томск

⁷НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, Томск

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОСТ-КОВИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ МР-ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Введение. COVID-19, составляющий сегодня не только общемедицинскую, но и социальную проблему, к сожалению, сопровождается постковидным нарушениям со стороны собственно легких, головного мозга, миокарда, которые требуют как можно более раннего выявления средствами томографических и функциональных исследований.

Методы МРТ органов грудной клетки (МРТ ОГК), в том числе - перфузионные и вентиляционные, как скрининговые, так и использующие парамагнитное контрастное усиление, зарекомендовали себя в ходе эпидемии COVID-19 как высокоэффективные в первичном выявлении и оценке тяжести этого заболевания, в необходимых случаях заменяющие КТ ОГК. Однако пока неясны возможности КТ и МРТ ОГК в прогнозировании постковидной легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) и исследования ее формирования в связи с остаточными или персистирующими фиброзирующими изменениями паренхимы легких

Цель исследования. Оптимизировать визуализацию органов грудной клетки, в частности — легких, для количественной оценки средствами МРТ ОГК выраженности пост-ковидного фиброзирования паренхимы легких, в том числе в связи с формированием пост-ковидной ЛАГ.

Материал и методы. В исследование было включено 64 пациента, все — старше 45 лет (45 -68 лет) перенесших ковид-19 с вовлечением легких, степеней тяжести 1-4 по данным КТ при поступлении. Все обследованные были направлены на МРТ ОГК в связи с подозрением на наличие перенесенного в остром периоде ковид-19 острого инфаркта миокарда, своевременно в тот момент не выявленного на фоне тяжелой легочной симптоматики. Также всем пациентам одновременно с МРТ ОГК проводилось ультразвуковое исследование сердца и крупных сосудов грудной полости, в В-, М- и доплеровском режиме, в частности - с расчетом систолического давления в правом желудочке — СДПЖ, как показателя, определяющего дальнейшее формирование гипертрофии ПЖ.

МРТ ОГК (томографы Toshiba Titan Vantage 1,5 T, Magnetom Open 0,2 T) включало в себя получение томосрезов в аксиальных и фронтальных плоскостях в T1-, T2-взвешенных режимах (T1-ВИ, T2-ВИ), в том числе с подавлением жира, диффузионно-взвешенном, STIR- режимах, с задержкой дыхания, или с автоматической синхронизацией записи с дыханием.

Для объективизации визуальной картины МРТ ОГК и ее количественной оценки на бесконтрастных томорезах T1-ВИ в аксиальной плоскости на уровне максимального поперечника ЛА у ее бифуркации на правую и левую легочные артерии, в просвете выделялась область интереса в просвете сосуда - в качестве фоновой, а также сходные по размерам области в толще паренхимы легкого на уровне передних, средних — на уровне средней доли - корней легких в середине толщи паренхимы, и

в дорсальных участках ткани легкого. Рассчитывались показатели отношения сигнала T1-ВИ [Легкое / ЛА] для соответствующих областей.

Обработка изображений МРТ осуществлялась средствами общедоступного пакета прикладных программ RadiAnt DICOM Viewer [Medixant, Познань, Польша. URL: <https://www.radiantviewer.com>]

Результаты. Наиболее оптимальным для визуализации состояния паренхимы легких оказался синхронизированный по дыханию T1-ВИ протокол, с относительно длинным временем повторения, реализованный в системе Vantage с параметрами TR = 1870 мс, TE = 32 мс, который одновременно позволял наряду с легкими детально оценить состояние стенок ЛА и аорты.

В норме у лиц с СДПЖ в пределах 15 -29 мм рт. ст. показатель [Легкое / ЛА] не превышал 1,38. Оказалось, что пациенты с повышением СДПЖ более 30 мм рт. ст., снижением артериальной рО₂ менее 97%, и ограничением толерантности к физической нагрузке 50 Вт и менее, имеют достоверно более высокий показатель [Легкое / ЛА] для средних отделов левого легкого — более 2,2, в среднем $2,57 \pm 0,21$.

По данным статистического анализа, наличие у пациента фибрилляции предсердий, развившейся в пост-ковидном периоде, сопровождалось, при прочих равных факторах, повышением индекса [Легкое / ЛА] на 0,15 — 0,2, а наличие перенесенного на фоне COVID-19 очагового повреждения миокарда — повышением на 0,10 — 0,18.

Кроме того, получено, что показатель СДПЖ (мм рт.ст.) высокодостоверно нелинейно коррелирует с величиной индекса [Легкое / ЛА] для средних отделов левого легкого, и точно описывается кривой Больцмана, как

$$\text{СДПЖ} = \{-205,7 / 1 + \exp(([\text{Легкое} / \text{ЛА}] + 0,67) / 1,26)\} + 54,7,$$

$$r = 0,91, p < 0,05$$

Закключение. Таким образом, МР-томографическое исследование органов грудной клетки в T1-ВИ режиме позволяет оценить степень пост ковидных воспалительно — фиброзирующих интерстициальных изменений в толще паренхимы легких и прогнозировать наличие ранних мягких форм повышения легочного артериального давления и формирования ЛАГ.

Игнатьева В.В., Лаврова А.И., Бойцова В.Е.

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

РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ ХИМИЯ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Процесс подготовки будущих врачей включает в себя большое количество клинических и теоретических дисциплин. «Химия» входит в базовую часть Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана подготовки специалистов и является основой для дальнейшего изучения дисциплин «Биохимия», «Нормальная физиология», «Фармакология». Профессионально ориентированная исследовательская работа в процессе обучения по дисциплине «Химия» способствует лучшему усвоению необходимого количества теоретических знаний и формированию научного мышления. Формирование исследовательской компетенции на начальном этапе образовательной деятельности обеспечивает условия для развития творческого и интеллектуального потенциала, предметных и общих умений, а также развитие интереса к процессу обучения. В ходе научно-исследовательской работы студенты превращают полученные знания в устойчивые умения и навыки, что способствует развитию способности и готовности к освоению современных теоретических и экспериментальных методов исследования в медицине.

На кафедре фармацевтической и медицинской химии проводилась научно-исследовательская работа студентами 1 курса по изучению эффективности связывания ионов Ca²⁺ трилоном Б в вакуумных системах для взятия проб крови. Процессу практической работы предшествовал этап теоретического обоснования проведенного исследования: рассмотрение биологической роли и содержания ионов кальция в плазме крови, процессов комплексообразования Ca²⁺ и трилона Б. Экспериментально было установлено, что количество трилона Б в системах забора крови, заявленное произво-

дителем, является достаточным для связывания всего кальция, содержащегося в плазме крови, как в свободном, так и в связанном виде, что в свою очередь блокирует каскад реакций свертывания крови, поэтому является важным четкость в процедуре забора крови.

Приобретенные практические навыки помогают студентам сформировать теоретические и практические представления о принципах титриметрического анализа, применяющегося в клинической биохимии для диагностики ряда патологических состояний.

По результатам исследований были опубликованы тезисы в сборнике 83-го Международного медицинского Конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины», а также подготовлен стендовый доклад студенткой 1 курса лечебного №1 факультета.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о необходимости сочетать традиционные формы обучения с профессионально ориентированной научно-исследовательской работой, что позволит студенту не только получить определенную сумму знаний, а также освоить ряд исследовательских умений и навыков.

Исирганова С.Н., Шукурова Л.Х., Хусанходжаева Ф.Т.

«Ташкентский государственный стоматологический институт», г. Ташкент, Республика Узбекистан.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЦЕФОТАКСИМ (САНИТА) И КЛАФОРАН (АВЕНТИС) В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Цель: сравнить антибактериальную эффективность при лечении хронического пиелонефрита в период активного воспаления препаратами цефотаксим фирмы «Санита» и клафоран фирмы «Авентис» которые одиноковы по составу и дозы применения.

Материалы и методы: Исследование проводилось в 3 клиника Ташкентской Медицинской Академии в научно-практическом центре нефрологии у 40 пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит в период активного воспаления. Больные были разделены на две группы по 20 пациентов. Группа А получала цефотаксим 1.0 фирмы «Санита» группа Б получала клафоран 1.0 фирмы «Авентис». Препараты растворялись физиологическом раствором и применялись два раза в день в/в 5 дней. В комплексном лечении использовались спазмолитики, НПВС, дезинтоксикационная терапия, а также противогрибковые препараты. Средняя продолжительность стационарного лечения больных составила 9.6- 0.7 дней. Для оценки результатов эффективности проведенного антибактериального лечения были приняты изменения в динамике субъективных и объективности признаков и лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по нечипоренко, бактериологический посев мочи).

Результаты: При бактериологическом посеве мочи больных были определены следующие микроорганизмы: Escherichia coli– (37,5 %), Enterobacter spp– (27,5%), Staphylococcus hemaliticus– (17,5%), Proteus vulgaris– (12,5%), Staphylococcus epidermidis– (2,5%), Pseudomonas aeruginosa– (2,5%). Высокая чувствительность микроорганизмов составило к цефотаксиму 75%, к клафорану 79%.

В результате лечения уже через 2-3 дня у больных отмечалось субъективное и объективное улучшение на 8-9 сутки больные чувствовали себя удовлетворительно. До лечения больных беспокоили боли в области поясницы, дизурические и воспалительные явления. В результате полученного стационарного лечения данные явления резко уменьшились.

Группа А (Цефотаксим-Санита) до лечения лабораторные показатели были следующими: ОАК:лей $8,3 \pm 1,0 \cdot 10^9$ /мл, ОАМ:лей $19,4 \pm 2,1$ /п/з, Нечипоренко:лей 6315 ± 633 /мл п/з. В бактериологическом посеве мочи были обнаружены патогенные микроорганизмы. После проведенного лечения были получены следующие результаты: ОАК:лей $6,9 \pm 0,3 \cdot 10^9$ /мл, ОАМ:лей $4,9 \pm 1,2$ /п/з, Нечипоренко:лей 3065 ± 285 /мл п/з. В бактериологическом посеве мочи микроорганизмы не обнаружены.

Группа Б (Клафоран-Авентис) до лечения лабораторные показатели были следующими: ОАК:лей $7,4 \pm 0,4 \cdot 10^9$ /мл, ОАМ:лей $18,5 \pm 2,5$ /п/з, Нечипоренко:лей 6280 ± 487 /мл п/з. В бактериологическом посеве мочи были обнаружены патогенные микроорганизмы. После проведенного лечения были по-

лучены следующие результаты: ОАК:лей 6,7±0,3*10⁹/мл, ОАМ:лей 4,3±0,8/1п/з, Нечипоренко:лей 3155±312/мл п/з. В бактериологическом посеве мочи микроорганизмы не обнаружены.

Выводы:

1. По отношению к обоим антибиотикам определилось высокая чувствительность микроорганизмов. Переносимость препаратов была хорошая и побочных эффектов не наблюдалось.

2. При применении обоих препаратов наблюдалось улучшение клиника, лабораторных данных, что дает возможность сказать об однократном антибактериальном эффекте данных препаратов.

Калиниченко Ю.А., Сиротченко А.А., Луганский Д.Е., Сиротченко Т.А.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ

Подростковый возраст относится к критическим периодам онтогенеза, так как завершается созревание органов и систем в биологическом плане, возникают функциональные нарушения здоровья, которые являются причиной многих хронических заболеваний у взрослых. Одним из критериев здоровья является достаточная функциональная и социальная адаптация подростка, широкий диапазон приспособительных реакций, толерантность по отношению к допустимым нагрузкам и стрессовым ситуациям. Подростковый возраст характеризуется тем, что в периоде активного полового созревания наблюдаются существенные изменения соотношения как между выраженностью симпатических и парасимпатических влияний, так и между соотношением сегментарного и надсегментарного уровней регуляции сердечнососудистой системы. Ортодонтическое лечение (ОЛ) несъемной аппаратурой является стрессовым фактором, который не может не оказывать влияние на состояние вегетативного гомеостаза в силу длительности дискомфорта в ротовой полости, болевого синдрома, требований к системе питания и ухода за брекет-системой.

Целью исследования была оценка состояния вегетативного статуса у подростков на фоне ортодонтического лечения.

Для изучения функционирования вегетативной нервной системы использовали метод кардиоинтервалографии (КИГ). При оценке состояния вегетативной нервной системы учитывались исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативная реактивность (ВР), устойчивость регуляции вегетативных процессов, активность подкорковых нервных центров (АПНЦ).

У 37,6% обследуемых подростков на фоне ОЛ в течение первых 6 месяцев отмечалось преобладание тонуса парасимпатической нервной системы (ПНС), у 28,9% подростков доминировал симпатический отдел (СНС), в 33,5% случаев регистрировалась эйтония. Через 12 месяцев ношения несъемной аппаратуры у 50% подростков зарегистрирована гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность, асимпатикотоническая - в 22,9% случаев, в пределах нормы - 27,1%. Устойчивая регуляция вегетативных процессов наблюдалась только у 42,3% обследуемых в течение первых 6 месяцев лечения, дисрегуляция с преобладанием ПНС в 21,8% случаев, дисрегуляция с преобладанием СНС у 13,5% пациентов, у 11,8% – дисрегуляция центрального типа, в 10,6% случаев выявлен переходный процесс. Усиление активности

подкорковых нервных центров выявлено у 47% обследованных подростков, ослабление активности зарегистрировано у 25,9% обследованных, нормальная активность выявлена в 27,1% случаев. Оценка вегетативной реактивности у подростков с клиническими проявлениями синдрома вегетативной дистонии по данным КИГ характеризовалась следующим образом: исходно у 66,2% на момент установки аппаратуры ВР была усилена, у 33,8% наблюдалось её снижение. В интервале от 6 до 12 месяцев у подростков резко начинало доминировать усиление ВР – 85,0%, сниженный показатель наблюдался в 15,0% случаев. После 1 года ношения несъемной аппаратуры преобладали (88,0%) пациенты с гиперсимпатикотонической реактивностью и лишь 12,0% обследуемых были с зарегистри-

рованной асимпатикотонической реактивностью. Гендерных физиологических различий, присущим здоровым подросткам, мы не наблюдали, видимо стрессовая ситуация нивелировала их.

Таким образом, с увеличением срока ношения ортодонтической аппаратуры усиливается парасимпатическая направленность вегетативного тонуса без учета гендерных факторов. Эту особенность необходимо учитывать для назначения медикаментозного сопровождения на период ортодонтического лечения

Калинкин В.М.

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

О СПОСОБАХ ЛЕКСИКОГРАФИРОВАНИЯ СОБСТВЕННЫХ ИМЕН В СОСТАВЕ ТЕРМИНОВ ПСИХИАТРИИ

В метаязыке медицины неоднозначно отношение специалистов к терминам-эпонимам, а также к терминологическим сочетаниям, в составе которых функционируют собственные имена. В ряде случаев компонент-эпоним оказывается малоинформативным, в особенности, в случаях, когда терминированные сочетания являются узкоспециальными, а собственные имена учёных (антропонимы) известны лишь узкому кругу медицинских работников. Это не относится к мемориальной терминологии, как правило, высокочастотной и широко известной даже среди людей, имеющих к медицине лишь косвенное отношение.

Особое место в терминологии психиатрии принадлежит терминам, в составе которых функционируют мифонимы. В поэтонимологической теории Донецкой ономастической школы, мифонимы, функционировавшие в литературно-художественных текстах, превращаются в мифопоэтонимы, обладают специфической семантикой и занимают своеобразное место в семиосфере мировой культуры. Именно об этой категории эпонимных компонентов в составе терминологических сочетаний в психиатрии и особенностях их лексикографирования идёт речь в сообщении. Для простоты изложения и убедительности аргументов, мотивирующих специфический формат описания этих терминов в словарях, дальнейшее изложение строится на одном-единственном примере – терминированном словосочетании «Комплекс Электры».

Анализ множества словарей психиатрических терминов, в том числе, на иностранных языках, даёт основания утверждать, что лучшей является дефиниция из неоднократно переиздававшегося «Толкового словаря психиатрических терминов» И.В. Крук и В.М. Блейхера: «К. Электры – якобы возникает на одной из стадий либидинозного развития девочек и характеризуется ненавистью к матери и сексуальным влечением к отцу. Электра – в древней мифологии дочь царя Агамемнона и царицы Клитемнестры. Она убедила своего брата Ореста, вернувшегося в Микены после длительного отсутствия, отомстить их матери и ее новому мужу, прежде любовнику, за то, что они совместно убили Агамемнона. Син.: женский комплекс Эдипа».

Возникает вопрос: является ли достаточной та информация, которая сосредоточена в толковании термина, для правильного его понимания и адекватного использования? По мнению автора доклада, некоторые важные моменты, связанные с семантикой мифопоэтонима Электра, отсутствующие в приведённом описании, могут быть важны как диагностические и дифференциально-диагностические признаки комплекса Электры. Исследователи древнегреческой мифологии и античной литературы (и её освоения в новое время) отмечают различия в толковании образа Электры у Софокла (древняя Греция), и, к примеру, Гуго фон Гофманстала (Австрия), не просто написавшего ремейк по Софоклу, но под влиянием философии Ницше и психоанализа Фрейда кардинально переосмыслившего образ главной героини для либретто оперы Рихарда Штрауса. Но ведь именно в таком, переосмысленном виде Электра уже не отражает только особенности либидинозного развития характера, а предстаёт символом ненависти и разрушения, слепой и бескомпромиссной жажды мести. И именно с таким «семантическим багажом» вошёл её образ в психиатрическую терминологию. В связи с этим и приравнивание комплексов Эдипа и Электры можно считать неправомерным. Эдип бессознательно совершает проступки и жестоко карает себя за это. Электра же сознательно толкает брата на преступление.

Думается, что неуываемая красочность античных мифов, прочитанная в пространстве семиосферы культуры, ещё долго будет служить украшением психиатрической терминологии, а её семантическая «полифония» способствовать углубления качества и точности психиатрических диагнозов.

Калиновская Я.Д., Антипов Н.В.

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

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗРЕЛОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

Цель исследования: Изучить морфологические особенности системы корневых каналов моляров верхней челюсти у жителей Донецкого региона в зрелом периоде онтогенеза с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Материалы и методы: Исследование проводилось на томографе Vatech PaX-i3D. В ходе исследования были проанализированы КЛКТ 61 пациента (37 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 23 до 73 лет. Все пациенты были разделены на три возрастные группы, согласно периодам зрелого онтогенеза – 1 группа - от 23 до 35 лет, 2 группа - от 36 до 60 лет, 3 группа - старше 60 лет. В каждой группе проводилось изучение системы корневых каналов первого и второго моляров верхней челюсти с обеих сторон.

Результаты исследования: При изучении системы корневых каналов 18 пациентов первой группы, в 16 сохраненных первых правых верхних молярах (зуб 1.6) два корня и три канала были определены в 3(18,75%) случаях; три корня и три канала – 10(62,5%); три корня и четыре канала - 3(18,75%). Во всех 18 вторых правых верхних молярах (зуб 1.7) один корень и два канала были выявлены в 1(5,6%) случае, три корня и три канала - в 15(83,3%); три корня и четыре канала – 2(11,1%). В 14 первых левых верхних молярах (зуб 2.6): три корня и три канала - 13(92,9%), три корня и четыре канала - 1(7,1%). В 17 вторых левых верхних молярах (зуб 2.7) были выявлены два корня и три канала – 2(11,8%) случаев, три корня и три канала – 14(82,3%), три корня и четыре канала – 1(5,9%). Во время анализа анатомии корневых каналов 32 пациентов второй группы были выявлены следующие показатели: в 17 сохраненных зубах 1.6 два корня и два канала – 1(5,9%) зуб, три корня и три канала – 12(70,6%) зубов, три корня и четыре канала – 4(23,5%) зуба. В 18 (56,25%) сохраненных зубах 1.7 был выявлен 1 (5,5%)случай один корень и три канала, 1(5,5%) случай два корня и три канала и 1(5,5%) случай четыре корня и четыре канала, однако, большую часть этой группы составляла трехкорневая трехканальная система -15(83,5%) случаев. В зубах 2.6 (20 сохраненных): встречались два корня и три канала – 1(5%) зуб, три корня и три канала – 16(80%) зубов, три корня и четыре канала – 3(15%) зуба. В зубах 2.7 (23 сохраненных) были выявлены два корня и два канала -1(4,3%), два корня и три канала – 2(8,7%), три корня и три канала – 18(78,3%), три корня и четыре канала -2(8,7%). У всех 11 пациентов 3 группы наблюдалось превалирование трехканальной корневой системы: в зубах 1.6, 1.7 и 2.6 - 100%, а в зубах 2.7 – 66,7%, так как в них также были выявлены зубы с двумя корнями и тремя каналами – 2(33,3%) случая.

Выводы: В результате проведенного нами исследования выявлено, что у жителей Донецкого региона в зрелом периоде онтогенеза чаще всего сохраняются верхние вторые моляры (зубы 1.7 и 2.7). Особенно это было выражено в группе лиц от 20 до 35 лет. Во второй возрастной группе зубы 1.7 были в наличие у 53%, а зубы 2.7 - у 76,7% пациентов, а в третьей возрастной группе 63,6%(зуб 1.7) и 54,5%(зуб 2.7) соответственно. Морфологически в исследуемых нами группах было выявлено превалирование трехкорневой системы верхних моляров.

Канана А.Я., Ярощак С.В., Власов Е.И., Бессонова А.Д.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД

В настоящее время доля пациентов с локализацией камня в различных отделах мочеточника составляет до 50%. При выборе лечебной тактики принимаются во внимание размер и локализация конкремента, степень обструкции мочевыводящих путей, наличие и интенсивность воспалительного процесса в заблокированной почке, выраженность клинических проявлений заболевания.

Целью работы было проанализировать непосредственные и отдаленные результаты контактной ретроградной лазерной уретеролитотрипсии (КУЛТ) и лапароскопической уретеролитотомии.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов КУЛТ (191 больных) и лапароскопической уретеролитотомии (85 больных). Возраст больных от 23 до 79 лет, средний возраст $51,6 \pm 3,7$ года, медиана – 52,8 года. Мужчин 142 (51,4%), женщин – 134 (48,6%). У 137 (50,9%) больных диагностирован уретеролитиаз слева, у 132 (49,1%) справа. У 7 (2,5%) выявлены конкременты обоих мочеточников, причем все они были прооперированы одномоментно с обеих сторон.

Результаты и обсуждение. При КУЛТ полная фрагментация конкрементов и эвакуация осколков размером более 3мм достигнута у 187 (97,9 %) больных. При этом 100% эффективность была получена у пациентов с локализацией камней в нижнем и среднем отделах мочеточника. Эффективность ретроградной КУЛТ при камнях верхних отделов мочеточника составила 91,3%. Интраоперационные осложнения (повреждения слизистой и подслизистого слоя, перфорация мочеточника) констатированы у 29 (15,2 %) больных, послеоперационные (обострение хронического пиелонефрита, стриктура мочеточника) – у 71 (37,2 %) больных. Эффективность данного метода зависит от локализации конкремента, а безопасность – от размеров конкремента и длительности его нахождения в одной позиции в мочеточнике. При лапароскопической уретеролитотомии состояние stone-free достигнуто во всех случаях. Конверсия доступа выполнена в одном (1,2%) случае. Симультанные операции были произведены у 4 (4,7%) больных. В одном случае камень нижней трети мочеточника сочетался с камнем лоханки ипсилатеральной почки, были выполнены уретеролитотомия и пиелолитотомия, в трех случаях после уретеролитотомии выполнено иссечение крупных кист почки. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 28 (32,9 %) больных: у 26 (30,6 %) пациентов – обострение хронического пиелонефрита, в 2 (2,4 %) случаях – подтекание мочи по дренажам. Летальных исходов и поздних послеоперационных осложнений не было.

Выводы. КУЛТ и лапароскопическая уретеролитотомия являются достаточно эффективными и относительно безопасными способами лечения камней различных отделов мочеточника. Эффективность КУЛТ зависит от локализации конкремента, а безопасность – от размеров конкремента и длительности его нахождения в одной позиции в мочеточнике. При наличии крупных (более 12мм) и «вколоченных» конкрементов, сопутствующих заболеваний ипсилатеральной почки, аномалий развития мочевыводящих путей, необходимости выполнения сочетанных операций на органах брюшной полости, предполагаемой низкой эффективности или противопоказаниях к другим малоинвазивным методам лечения показана лапароскопическая уретеролитотомия.

Канана А.Я., Ярощак С.В., Власов Е.И., Бессонова А.Д.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк,
ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ

Лапароскопическая пиелолитотомия является одним из методов в лечении крупных камней почек.

Целью работы было проанализировать непосредственные и отдаленные результаты лапароскопической пиелолитотомии.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов лапароскопической пиелолитотомии у 52 больных. Критерии включения: больные с конкрементами внепочечных лоханок размерами более 15мм вне зависимости от их плотности. Критерии исключения: внутрипочечная лоханка, острый пиелонефрит, острая почечная недостаточность, тяжелая сопутствующая патология. Ограничений по возрасту, полу, особенностям конституции, массе тела и другим общим показателям не было. Возраст больных составил от 20 до 72 лет, средний возраст $48,8 \pm 3,5$ года, медиана – 52,4 года. Мужчин было 29 (55,8%), женщин – 23 (44,2%). У 28 (53,8%) больных диагностирован нефролитиаз слева, у 24 (46,2%) справа.

Результаты и обсуждение. Состояние stone-free достигнуто в 96% случаев. Конверсий доступа не было. В 2 случаях отмечена миграция мелких осколков в средний и нижний бокалы - выполнена дистанционная литотрипсия. Симультантные операции были произведены у 8 (15,4%) больных. В одном случае камень лоханки сочетался с камнем нижней трети ипсилатерального мочеточника, были выполнены уретеролитотомия и пиелолитотомия. У трех больных мочекаменная болезнь являлась осложнением дисплазии пиелоуретерального сегмента и гидронефроза в связи с добавочным нижнеполярным сосудом. Выполнена пиелолитотомия и пластика по Андерсону-Хайнсу. У одной больной камень почки сочетался с нефроптозом – выполнена лапароскопическая пиелолитотомия и нефропексия. В трех случаях после пиелолитотомии выполнено иссечение крупных кист почки. Дренирование мочевыводящих путей путем установки мочеточникового стента выполнено во всех случаях. Длительность операции составила от 60 до 160мин, в среднем 103 ± 16 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50-100мл. Страховые дренажи удаляли на 3-4 сутки после операции. Послеоперационный койко-день составил от 4 до 14 сут, в среднем $6,8 \pm 1,2$ сут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 15 (28,8%) больных. Обострение хронического пиелонефрита наблюдалось у 12 (23%) пациентов. У двух (4%) больных отмечалось подтекание мочи по дренажам, в этих случаях выдерживали и подтягивали страховочные дренажи, в течение 5 и 7 суток подтекание прекратилось. В одном (1,9%) случае выявлена стриктура анастомоза после пиелолитотомии и пиелоуретеропластики и стриктура юкставезикального отдела этого же мочеточника, в связи с чем была выполнена тотальная илеоуретеропластика. Летальных исходов не было.

Выводы. Лапароскопическая пиелолитотомия является эффективным и относительно безопасным способом лечения камней почек. Показания: камни внепочечных лоханок, аномалии развития почек, симультанная патология (кисты почек, дисплазия пиелоуретерального сегмента, нефроптоз), высокий риск септических осложнений традиционной нефролитолапаксии, необходимость выполнения сочетанных операций на органах брюшной полости.

Канана Н.Н., Баяшко Г.И.

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

ИНТЕРАКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

В настоящее время создается система образования, соответствующая мировым стандартам, с переходом на индивидуально-ориентированное обучение. Главным является концепция, ориентированная на студента. Приобрести знания и умения, отвечающие мировым стандартам, без применения новых современных технологий не возможно. Вызовы пандемии COVID-19 сопряжены с высокой занятостью врачей. Внедрение новых форм обучения позволяет наиболее эффективно и быстро обучить и повысить квалификацию врачей-курсантов по специальности: общая врачебная практика (семейная медицина).

Интерактивное обучение: сущностные характеристики: понятие «интеракция (от англ. –interaction – взаимодействие) возникло впервые в социологии и социальной психологии. В психологии интеракция – это способность взаимодействовать или находиться в режиме беседы, диалога с чем-либо

(например, с компьютером) или с кем-либо. Социальная интеракция - процесс, при котором индивиды в ходе коммуникации в группе поведением влияют на других людей, вызывая ответные реакции. Активные методы обучения побуждают студентов и врачей-курсантов к активной мыслительной деятельности в процессе обучения. Интерактивное обучение - активны все участники процесса, а не только преподаватель. Интерактивное обучение – это способ познания, осуществляемый в формах совместной деятельности преподавателя и обучающегося: все взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, моделируют ситуации, оценивают действия сокурсников-коллег, а так же свои действия и поведение в смоделированной ситуации, погружаются в реальную атмосферу делового сотрудничества по разрешению проблем. Признаки интерактивного обучения: межличностное, диалогическое взаимодействие в системах «преподаватель- обучающийся» и «обучающийся-обучающийся»; работа в малых группах на основе сотрудничества; активно-ролевая (игровая) и тренинговая организация обучения. К участникам интерактивного процесса относятся: преподаватель, врач-курсант, учебник, конспект, компьютер и компьютерная программа, пациент, тренажер (фантом), медицинское оборудование и др.. К основным видам интерактивного обучения врачей-курсантов относятся: интерактивная экскурсия, занятие–конференция, «круглый стол», деловая или ролевая игра, мозговой штурм, проблемный семинар, тренинг. После внедрения интерактивного обучения у врачей-курсантов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» были достигнуты следующие положительные результаты: у курсантов отмечалось лучшее усвоение материала, больше развивалось клиническое мышление, происходил обмен опытом, курсанты более активно и инициативно вступали в дискуссию, участвовали в клинических разборах и конференциях, появился интерес к дисциплине. К основным проблемам, с которыми приходится сталкиваться при интерактивном обучении в условиях пандемии Covid-19 относятся низкая техническая оснащенность у врачей-курсантов (не все имеют компьютеры и видеокамеры для участия в видеоконференциях), не всегда есть бесперебойное подключение к интернету. У преподавателей тратится больше времени для подготовки к таким занятиям. Высокая занятость врачей-курсантов на рабочих местах (практически все продолжают работать) сопряжена с так называемым «эффектом выгорания», физической и эмоциональной усталостью, что иногда снижает усвоение материала.

Капранов С. В., Кудимова Л. С.

ГС «Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Введение. Обеспечение высоких показателей здоровья детского населения является важной государственной проблемой. Актуальность успешного осуществления мероприятий по улучшению состояния здоровья детей и подростков возрастет в условиях неблагоприятной эпидемической ситуации, а также в переходный период (поздняя осень – начало зимы) в связи со сменой метеорологических факторов. В условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и появления новых штаммов возбудителя SARS-Cov-2, когда в эпидемический процесс вовлекаются дети и подростки, необходимость принятия эффективных мер по защите их здоровья приобретает особо важное значение.

В предупреждении заболеваний, в первую очередь тех, возбудители которых передаются воздушно-капельным путем, наиболее эффективным является комплексный подход, основанный на теории «трех звеньев» и предусматривающий управление здоровьем путем воздействия на три основных звена единой системы: I – источники инфекции, II – пути (или механизм) передачи и III – восприимчивый к инфекции организм человека. Мероприятия, направленные на III звено, предусматривают повышение устойчивости организма к возбудителям инфекционных и других заболеваний. Одним из указанных мер является оздоровление детей и подростков, посещающих организованные коллективы.

Цель работы – оценка эффективности оздоровления детей, посещающих общеобразовательное учреждение в условиях неблагоприятной эпидемической ситуации.

Материалы и методы. В общеобразовательном учреждении с использованием методических рекомендаций «Организация оздоровления детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах» (2004) с согласия родителей медицинскими работниками выполнено оздоровление детей в возрасте 7-8 лет с использованием хлопьев из зародышей пшеницы (ХЗП) производства ПАО «ЛУГАНСК-НИВА» (ТУ У 00952737.003), г. Луганск. Оздоровление основной группы детей (41 человек) проведено в течение 4 месяцев: октябрь 2020 г. – январь 2021 г. Каждому ребенку в указанный период три раза в неделю еженедельно давали утром 1 столовую ложку (15 граммов) ХЗП с чаем. Для сравнения в работе была использована контрольная группа детей 7-8 лет (40 человек), которые не принимали ХЗП. Выполнено сравнение заболеваемости детей основной группы в два равных периода времени (9 месяцев): 1 – до оздоровления (январь-сентябрь 2020 г.) и 2 – во время и после оздоровления (октябрь 2020 г. – июнь 2021 г.). В указанные периоды аналогично проведено сравнение заболеваемости детей контрольной группы.

Результаты и их обсуждение. В основной группе детей, прошедших оздоровление ХЗП, за сравниваемые периоды отмечено увеличение общей заболеваемости детей с $585,36 \pm 86,94$ до $731,71 \pm 69,20$, в том числе, заболеваемости органов дыхания с $512,20 \pm 78,06$ до $634,15 \pm 75,22$, однако различия не достоверны ($p > 0,05$). Средняя на 1 ребенка продолжительность всех заболеваний в сравниваемые периоды составила: 4,39 и 4,15 дней, а заболеваний органов дыхания – 3,46 и 3,63 дней, то есть практически не изменилась.

В то же время, в контрольной группе детей, не прошедших оздоровление ХЗП, за сравниваемые периоды отмечено достоверное увеличение общей заболеваемости детей с $400,00 \pm 77,45$ до $975,00 \pm 24,69$, то есть в 2,4 раза, в том числе, заболеваемости органов дыхания с $375,00 \pm 76,55$ до $725,00 \pm 70,60$, то есть в 1,9 раза ($p < 0,001$). Средняя на 1 ребенка продолжительность всех заболеваний в сравниваемые периоды возросла: с 2,38 до 6,85 дней (в 2,9 раза), а заболеваний органов дыхания – с 1,98 до 4,8 дней (в 2,5 раза).

Выводы. В результате оздоровления в детском учреждении ХЗП достигнуто предотвращение характерного для осенне-зимнего периода подъема заболеваемости детей.

Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я., Кишеня М.С., Власова Р.Н.

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

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS2010963 ГЕНА VEGFA НА ПОКАЗАТЕЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) характеризуются наличием васкуляризированной капсулы, ограничивающей скопление лизированной крови и продуктов распада в субдуральном пространстве. Неоваскуляризация мембраны при формировании ХСГ контролируется васкулоэндотелиальным фактором роста VEGFA. Скорость пролиферации кровеносных сосудов в неомембране ХСГ, продолжающиеся кровотечения с увеличением объема гематомы, связаны с полиморфными вариантами гена VEGFA, ответственными за различную степень синтеза сосудистого фактора VEGFA.

Целью работы явилось изучение влияния полиморфизма rs2010963 гена VEGFA на выраженность неврологических нарушений у больных с ХСГ. В исследование включены 246 пациентов с ХСГ в возрасте от 18 до 75 лет, находившихся на лечении в ДоКТМО в период 2015-2020 гг., которым выполняли операции с наложением 2-х фрезевых отверстий и дренированием полости гематомы. Все пациенты разделены на 2 группы: I группа – 184 человека с безрецидивным течением и II группа – 62 человека с рецидивами ХСГ. I и II группы включали две подгруппы: I А – больные при первичном выявлении ХСГ до операции и I Б – больные через 4 месяца после операции. II А – больные при первичном обращении с ХСГ до операции и II Б – больные с рецидивами через 4 месяца после операции. Оценку степени неврологического дефицита проводили с использованием шкалы Markwalder (MGS) (0-4 балла). Контрольную группу составили 65 человек, перенесших легкую ЧМТ без развития ХСГ. Анализ полиморфизма rs2010963 гена VEGFA проводили методом ПЦР с применением тест-системы «SNP-экспресс, VEGFA (-C634G)», НПФ «Литех» (РФ).

Тест Харди–Вайнберга для контролей и случаев соответствовал случайному характеру наследования генотипов ($\chi^2=0,22$; $p=0,896$ и $\chi^2=0,09$; $p=0,956$, соответственно). Анализ распределения генотипов и аллелей rs2010963 гена VEGFA между больными с ХСГ и лицами контрольной группы выявил статистически значимую связь с частотами аллелей ($\chi^2=5,30$; $p=0,021$). Распределение пациентов с ХСГ по генотипам rs2010963 гена VEGFA в зависимости от показателей MGS показало статистические различия в I и II группах для А и Б периодов ($p<0,05$). В каждой из исследованных подгрупп показано увеличение суммарного показателя MGS у носителей генотипов с минорной С-аллелью (GC и CC). В I группе в периоде А у больных с CC генотипом регистрировали 2(2-2) балла по шкале MGS, что указывало на более высокую степень нейродефицита по сравнению с носителями GG генотипа 2(0-2) балла. В периоде Б показатели MGS составили 0 (0-1) балл, отражали наличие у носителей CC генотипа. Во II группе в периоде А у носителей GC и CC генотипов регистрировали 2(1-2) и 2(2-2) балла, что соответствовало более выраженным неврологическим нарушениям в сравнении с носителями GG генотипа с 1(0-2) баллами. Во II группе в периоде Б состояние нейродефицита, оцененное в 2(2-2) балла, определено у носителей GC и CC генотипов, с минорной аллелью С, при этом у лиц с GG генотипом регистрировали 2 (1-2) балла.

Таким образом, наличие CC генотипа отмечено у пациентов с более выраженными неврологическими нарушениями при рецидиве ХСГ, что связано с патогенным действием VEGFA при формировании ХСГ. Исследование влияния полиморфизма rs2010963 гена VEGFA на степень нейродефицита при ХСГ позволит выявить ранние признаки нарушений, своевременно проводить диагностику и лечение заболевания.

Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П., Власова Р.Н.

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

УРОВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) является актуальной проблемой медицинской и социальной сферы, так как, последствия прогрессирования заболевания и влияние его осложнений на трудоспособность, инвалидизацию и качество жизни пациентов приводят к привлечению значительных ресурсов системы здравоохранения и общества. При показателе смертности при ХИМ в 2015 году – 205-208 на 100 тыс. населения к 2030 году прогнозируется увеличение до 230 на 100 тыс. населения, особенно, среди лиц старших возрастных групп. Несмотря на многофакторность патогенетических механизмов развития ХИМ, остается невыясненной зависимость молекулярно-биохимических маркеров от стадии заболевания, выраженности нейропсихологических нарушений, неврологических и нейроморфологических изменений.

Целью работы явилось изучение лабораторно-диагностических маркеров неврологических нарушений при прогрессировании ХИМ.

Обследовано 435 пациентов с диагнозом ХИМ в возрасте 43-79 лет с медианой 60 лет и межквартильным размахом 51-68 лет, находившихся на лечении в ДоКТМО, из которых 35,63 % составили мужчины и 64,37 % женщины. Для диагностики ХИМ использовали данные клинично-неврологического статуса, нейровизуализационных исследований КТ и МРТ, УЗИ брахиоцефальных сосудов. ХИМ I стадии определили у 144 пациентов (33,10 %) в возрасте 49 (46-52) лет, ХИМ II стадии – у 166 пациентов (38,16 %) в возрасте 63 (57-69) года, ХИМ III стадии – у 125 пациентов (28,74 %) в возрасте 67 (62-73) лет. Исследовано содержание глиального белка S100B и нейроспецифической енолазы (NSE) в сыворотке крови пациентов с ХИМ методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем производства DRG (США) с регистрацией результатов на планшетном ридере «Multiskan EX» (Финляндия). В контрольную группу вошли 30 здоровых человек.

По результатам проведенного исследования распределение показателей нейроспецифического белка S100B – маркера глиального повреждения у пациентов по стадиям ХИМ имело достоверные отличия ($H=248,0$; $p<0,001$). Так при I стадии ХИМ уровень S100B составил 73,40(65,52-84,81) нг/л, при II стадии ХИМ – 118,42(108,26-133,12) нг/л и при III стадии ХИМ – 104,51(90,27-118,30) нг/л, до-

статистически превышая показатели контрольной группы в 1,61 ($p=0,014$), в 2,6 ($p<0,001$) и в 2,29 ($p<0,001$) раза, соответственно, для I, II и III стадии ХИМ. Определение концентрации NSE – маркерного белка повреждения нейронов показало его достоверное увеличение ($p<0,001$) в зависимости от стадии прогрессирования ХИМ: при I стадии – 10,04(8,75-11,54) мкг/л, при II стадии – 14,06(11,77-16,33) мкг/л и при III стадии – 19,32 (16,19-22,97) мкг/л. Сравнение с показателями контрольной группы выявило увеличение в NSE в I стадии ХИМ в 1,73 раза ($p=0,006$), во II стадии – в 2,42 раза ($p<0,001$) и в III стадии – в 3,33 раза ($p<0,001$).

Анализ содержания нейроспецифических белков при прогрессировании ХИМ показал увеличение S100B и NSE при сравнении по стадиям заболевания. Развитие неврологического дефицита при ХИМ может быть обусловлено аминокислотным дисбалансом с потерей аспарагиновой, глутаминовой кислоты, а также глицина, аланина и лейцина, основных аминокислот, входящих в состав белка NSE. Исследование продукции нейроспецифических белков S100B и NSE в качестве биомаркеров состояния ткани мозга и стабильности гематоэнцефалического барьера у больных с ХИМ может служить одним из важных диагностических критериев при определении тяжести заболевания, степени прогрессирования и контроля эффективности лечения.

Каримова Ш.Ф., Исмаилова Г.О.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОГО ЙОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПИТАНИИ КРЫС НА ГИСТОСТРУКТУРУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Несмотря на обилие научной информации по морфологии щитовидной железы остается много нерешенных вопросов в отношении структурных изменений этого органа при различных физиологических и патологических состояниях организма. Существование зависимости образования, секреции и чувствительности к ТТГ от наличия соматических заболеваний или возможных изменений в диете должно учитываться при интерпретации результатов исследования. Основным элементом необходимым для нормального функционирования железы является йод. Роль этого элемента заключается в участии в биосинтезе тиреоидных гормонов, которые оказывают многогранное действие на интенсивность процессов обмена веществ. В результате недостаточного поступления йода в организм задерживается рост, развивается зоб. Поэтому проблема йодного дефицита остается актуальной и в наши дни.

Цель. С целью проверки этой концепции нами были проведены эксперименты по изучению влияния дискретного поступления йода с пищей на чувствительность тиреоцитов к действию тиреотропного гормона.

Методы и материалы. Эксперименты были проведены на 104 – х половозрелых крысах, разделенных на 3 группы:

1 – половозрелые крысы второго контрольного поколения, получавших 40-45 мкг I в сутки на крысу; 2 – половозрелые крысы второго йоддефицитного поколения, получавших I в дозе 4-5 мкг / сутки; 3 – половозрелые крысы второго йоддефицитного поколения, получавшие 3 раза 10-дневную нагрузку йодидом (до контрольного уровня). Перерыв между нагрузками был по 10 дней.

Забой животных был произведен через 2 недели, 2,5 месяца и 5,5 месяцев после последней нагрузки йодидом. Всем крысам за 30 минут до забоя вводили по 20 мЕд ТТГ.

У всех крыс щитовидные железы и гипофиз подвергались гистохимической обработке для последующего анализа количества коллоидных капель в тиреоцитах (PAS - реакция) и процентного содержания тиреотрофов в гипофизе (окраска: альциановый синий - PAS – Оранжевый G).

Результаты и их обсуждение. Из данных следует, что у крыс всех йоддефицитных групп достоверно увеличена реакция образования внутриклеточных капель коллоида в ответ на введение ТТГ. У крыс же, содержащихся на дискретном йодном обеспечении эта реакция была выше, чем в контроле, но ниже, чем у йоддефицитных животных. Анализ гистоструктуры щитовидной железы показал, что имеются отличия у крыс из йоддефицитных групп и групп с дискретным обеспечением йодидом.

Так, при полном дефиците йода преобладает мелкофолликулярная структура, а при дискретном йодном поступлении структура более гетерогенна: наряду с мелкофолликулярными зонами встречаются средние и крупные фолликулы с менее активными тиреоцитами и именно в них тиреотропная реакция намного слабее, чем в мелких.

Процентное же содержание тиреотрофов в гипофизах крыс из этих двух групп было приблизительно одинаковым и значительно выше, чем в контроле во все исследованные сроки.

Таким образом, правильное йодное обеспечение остается актуальным вопросом в профилактике заболеваний щитовидной железы, а так же в изыскании доступных средств содержащих стабильные и биодоступные формы йода.

Касьяненко Н.Е.

Лаборатория прикладного языкознания и медицинской лексикографии ДонНМУ им. М. Горького
ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»

ПЕРВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЕ СЛОВАРИ: ИЗ ИСТОРИИ РУССКОЙ ТЕРМИНОГРАФИИ

Лексика медицины имеет давнюю традицию лексикографического описания, поскольку сама медицина относится к древним наукам. Медицинские, прежде всего, народные наименования, издавна упоминались на страницах первых памятников письменности, а начиная с XV–XVI вв. под влиянием западноевропейской литературы последние широко отражаются в рукописной литературе – зельниках, травниках, вертоградах (цветниках) лечебниках, фармакопеях лечебниках. Однако собственно медицинская отечественная терминология сложилась гораздо позже, когда появились первые словарные источники. Важной вехой в этом смысле является XVII век, когда, лексикография становится самостоятельной отраслью культурной деятельности. В связи с этим необходимо упомянуть имя ученого, лексикографа, переводчика Епифания Славинецкого, которого медики почитают за вклад в создание медицинской терминологии, отраженной в его лексиконах. Его рукописный «Лексикон латинский» (1642 г.), содержал переводы с латинского языка, в том числе медицинский наименований, которых в словаре насчитывается около 400. Это заимствованная лексика, (в том числе кальки – *serphalea*, *главоболіе*), церковнославянские слова (*влага*, *глезн*, *гнои*, *гортань*, *ложесна*, *лядвия*), а также номинации народной медицины (*дуга* (рана), *забаженіе*, *кила*, *лишай*, *понурок*, *пухлина*, *суровое мясо*, *чемер*). Перевод Е. Славинецким медицинской лексики с латинского на церковнославянский осуществляется различными способами: подбором имеющегося соответствия в церковнославянском языке или использованием слова народной медицины, а иногда и обоих в составе синонимического ряда.

Первым же русским медицинским словарем, рассчитанным на учащихся русских медицинских школ, был «Анатомико-физиологический словарь» Н.М. Максимовича-Амбодика (1783 г.) Второй – «Медико-патологико-хирургический словарь» 1785 г. Автор этих уникальных трудов – выдающийся врач-ученый, просветитель, переводчик, основоположник научного акушерства и педиатрии, известен также как лексикограф. Медицинские словари, составленные Н.М. Максимовичем-Амбодиком, положили начало созданию отечественной медицинской терминологии. В трудах Н.М. Максимовича-Амбодика отражены попытки составителя не только дать адекватные соответствия в процессе перевода иноязычных специальных слов, но и, прежде всего, выработать собственные решения при создании клинической терминологии, уточнить и обогатить ее, внося элемент самобытности.

Наконец, нельзя обойти вниманием «Врачебный словарь» А. Н. Никитина (1835 г.), который стал «первым толковым словарем в области медицинских наук». В словаре А. Н. Никитина содержатся термины самых различных сфер медицинской науки: анатомии и физиологии, терапии, хирургии, офтальмологии, акушерства и гинекологии. В статьях словаря чаще всего сообщаются анатомические подробности, причина болезни, проявление заболевания, его разновидности. Здесь присутствуют указание на многозначность термина, даются этимологические сведения, ссылки на имена научных деятелей, имеющих отношение к предмету толкования.

Обобщая все сказанное, отметим, что современная медицинская терминология и ее лексикографическое описание являются результатом использования тех ресурсов, которые были накоплены благодаря деятельности как русских, так и западноевропейских ученых, медиков, переводчиков прошлого.

Катомин Д.А.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цель работы – обосновать критерии выбора оптимальной хирургической тактики при патологии щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации (ПЩЖШМЛ) с учетом данных лучевой диагностики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 98 пациентов с ПЩЖШМЛ за период 2018-2020 гг. Все пациенты были оперированы. Для определения хирургической тактики при ПЩЖШМЛ использовали комплекс диагностических мероприятий по предложенному алгоритму. Методом первого порядка считали УЗИ, для морфологической оценки ПЩЖШМЛ выполняли чрескожную тонкоигльную аспирационную биопсию под контролем УЗИ. Для оценки загрудинного компонента ПЩЖШМЛ приоритетным методом являлась компьютерная томография (КТ) шеи и органов груди с расчетом коэффициента obturации верхней грудной апертуры. Исходя из полученных данных определяли показания к дополнительным обследованиям: выполняли рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием пищевода; для выявления инвазии злокачественной опухоли в подлежащие магистральные сосуды производили внутривенное контрастирование при КТ, в трахею или пищевод – фибротрахеобронхоскопию и фиброэзофагоскопию. При подозрении на наличие функциональной автономии ЩЖ выполняли скintiграфию.

Результаты и обсуждение. Все больные оперированы в состоянии естественного или медикаментозного эутиреоза в условиях комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией лёгких. 4 (4,1%) пациента оперированы urgently в состоянии асфиксии по жизненным показаниям.

Во всех случаях использовали доступ к щитовидной железе (ЩЖ) по Кохеру, который в связи с глубоким расположением зоба в 5 (5,1%) случаях дополняли частичной стернотомией, в 6 (6,1%) – вертикальным разрезом вдоль грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. 6 (6,1%) пациентам оперативное вмешательство дополнено латеральной лимфодиссекцией. Объем операции определяли с учетом данных чрескожной биопсии. У 50 (51,0%) пациентов с доброкачественной ПЩЖШМЛ, осложненной компрессионным синдромом, объем оперативного вмешательства варьировал от гемитиреоидэктомии с обязательным удалением загрудинной порции зоба до тиреоидэктомии. При подозрении на злокачественность ПЩЖШМЛ у 27 (27,6%) пациентов объем операции определяли интраоперационно исходя из данных экспресс-цитологического и гистологического исследований: при доброкачественной ПЩЖШМЛ у 2 (2,0%) пациентов выполнена энуклеация узла ЩЖ, у 8 (8,2%) – гемитиреоидэктомия, у 2 (2,0%) – субтотальная резекция ЩЖ; подтверждение злокачественного процесса у 15 (15,3%) пациентов считали абсолютным показанием к тиреоидэктомии. У 21 (21,4%) пациента с верифицированным до операции раком ЩЖ выполняли тиреоидэктомию.

Послеоперационной летальности не было. Осложнения отмечены у 7 (7,1%) больных: у 5 (5,1%) – интраоперационное повреждение возвратного нерва, по одному случаю – образование гематомы и профузное кровотечение в ложе удаленной ЩЖ. Осложнения были обусловлены гигантскими размерами ПЩЖШМЛ, выраженным спаечным процессом или инвазией опухолевого процесса в окружающие органы и ткани.

Выводы. При выборе оперативного доступа, ведущее значение имеет КТ исследование. Объем оперативного пособия определяется на основании данных дооперационного (УЗИ, чрескожная биопсия, эндоскопические методы) и интраоперационного (экспресс-цитологическое и гистологическое) исследований.

Киосева Е.В., Пацкань И.И., Бешуля О.А., Киосев Н.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк

ФОРМИРОВАНИЕ УСТОЙЧИВОЙ МОТИВАЦИИ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ У ТРУДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Одной из наиболее актуальных современных медико-социальных проблем выступает формирование устойчивой мотивации к выполнению врачебных рекомендаций у трудных пациентов. В настоящее время с этой целью используется разнообразные психокоррекционные, биологические, социально-педагогические и другие подходы. В России и в странах дальнего зарубежья доминирующей технологией формирования комплайенса является психообразование.

Цель исследования: Установить основные типы акцентуаций характера у студенческой молодежи медицинского вуза для формирования комплексных психообразовательных систем, направленных на достижение комплайенса.

Материал и методы: При наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии обследовано 444 студента младших курсов медицинского факультета медицинского вуза, а именно: 310 девушек (69,8%) и 134 юноши (30,2%) в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: социально-демографический, психодиагностический, статистический. Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда-Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2004). Определение ощущения счастья проводилось по КОС (частотный анализ и удельный вес ответов на вопрос 36, по Е.В. Киосевой, 2017).

Результаты и их обсуждение: Для проведения анализа была отобрана группа девушек с нарушениями адаптации, так как именно у них психоэмоциональные нарушения появлялись раньше и были более выраженными. Установлено, что 80,2% (78/97) девушек с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления психоактивных веществ, то есть 16,3% (78/479) из общего числа обследованных студентов, относят себя к категории «достаточно счастливых». У этих девушек преобладают признаки демонстративного типа акцентуации характера ($21,71 \pm 0,76$ баллов). На втором месте у «очень счастливых» студенток находится тревожный тип акцентуации характера ($18,43 \pm 1,13$ баллов). У 53,6% обследованных девушек выявлено превышение 12 баллов по шкале педантичности ($16,57 \pm 1,51$ баллов), что указывает на наличие признаков соответствующего типа акцентуации.

Выводы: Для формирования необходимого комплайенса в процессе лечения важно развивать факторы, предопределяющие продуктивный комплайенс со стороны пациента, врача и «альянса». Полученные результаты легли в основу комплексных психообразовательных систем, направленных на достижение комплайенса.

Кириллова Е.Н., Павлюкова С.А.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ПЕРИОДА

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из самых частых причин хронической ановуляции у молодых девушек в ювенильном периоде. При этом отмечается значительный эффект гиперандрогенизма и метаболических нарушений на становление менструальной и репродуктивной функции. В связи с чем своевременная диагностика и медицинская коррекция СПКЯ у девушек в подростковом периоде может улучшить прогностические результаты лечения и репродуктивную функцию в будущем.

Цель: Оценить эффективность комплексной медикаментозной терапии на уровень гиперандрогенизма (клинического и биохимического) и овуляторную функцию у девочек-подростков с классическим фенотипом СПКЯ.

Материал и методы: Проведено проспективное исследование. В исследование включены 35 девушек в возрасте 13-18 лет с классическим фенотипом СПКЯ (согласно Роттердамским критериям) и 30 здоровых девушек с нормальной менструальной функцией. В комплексную терапию пациенток с СПКЯ включены изменение образа жизни, физическая активность 2 раза в неделю, комбинированные оральные контрацептивы (0,02 мг этинилэстрадиол + 3 мг дроспиренон) и метформин 500 мг ежедневно в течение 6 месяцев. Проанализированы основные клинико-лабораторные параметры – шкала Ферриман-Голвея, общий тестостерон, глобулин-связывающий половые гормоны (ГССГ), индекс свободного тестостерона (ИСТ), эстрадиол, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ), индекс массы тела (ИМТ), а также уровни глюкозы, инсулина и индекса инсулинорезистентности НОМА (ИР-НОМА). Статистический анализ выполнен с использованием программ MS Office Excel 2013, Statistica10.0.

Результаты: Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту ($16,1 \pm 0,8$ лет в группе СПКЯ и $16,1 \pm 0,8$ лет в контроле) и длительности менструальной функции с момента менархе ($3,6 \pm 1,1$ лет против $3,8 \pm 0,8$ лет соответственно). Инверсия полового развития отмечена у 34,2% пациенток с СПКЯ. В сравнении контрольной группой в группе СПКЯ было установлено значительное повышение индекса Ферримана-Голвея ($19,2 \pm 0,43$ против $7,8 \pm 0,12$ в контроле, $p < 0,01$), ЛГ ($10,28 \pm 0,93$ МЕ/л против $6,11 \pm 0,62$ МЕ/л, $p < 0,01$) и отношения ЛГ/ФСГ ($2,1 \pm 0,13$ против $1,2 \pm 0,13$, $p < 0,01$), снижение уровней эстрадиола ($49,1 \pm 2,6$ пг/мл против $59,32 \pm 9,07$ пг/мл, $p < 0,05$) и ГССГ ($46,7 \pm 3,1$ нмоль/л против $97,44 \pm 10,01$, $p < 0,01$). У пациенток с СПКЯ также выявлены у каждой пятой девочки избыточная масса тела или ожирение (17,1%), а также инсулинорезистентность в 34% случаев. При этом уровень ИР-НОМА прямо коррелировал с показателями общего тестостерона ($r = 0,26$, $p < 0,01$). После назначения комбинированной терапии в группе пациенток с СПКЯ отмечалось достоверное снижение биохимической гиперандрогении в 94,2%, андрогенетической дермопатии в 85%, инсулинорезистентности в 51,4%. В течение 3 месяцев после отмены лечения овуляторный менструальный цикл сохранялся в 94,2% случаев.

Выводы: Комбинированная терапия в ювенильном периоде у девочек с классическим фенотипом СПКЯ приводит к улучшению гормональных и клинических параметров гиперандрогенизма, обуславливая восстановление овуляторных менструальных циклов.

Клёмин В. А., Жданов В. Е.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

В настоящее время основные закономерности формирования социальной роли врача-стоматолога в период обучения - это понимание и принятие роли, а в период трудовой деятельности - освоение роли и ее адаптация, в определенной степени исследованы, разработаны рекомендации и методические указания, направленные на повышение эффективности формирования социальной роли врача-стоматолога.

В то же время вопросы влияния на формирование социальной роли врача-стоматолога в предвузовский период образования юношей и девушек (школа), а также семьи и окружающей среды изучены недостаточно. Поэтому нами была поставлена задача исследовать эту проблему, установить наличие связей между средой, в которой формируется мнение о выборе профессии и происходит первое знакомство с наукой стоматологией и образованием, определить основные направления повышения ее эффективности.

Цель исследования провести анализ психологической подготовки студентов в выборе профессии врача - стоматолога.

Материал и методы обследования. Было проведено социологическое исследование, для проведения которого была разработана специальная анкета, опрошены 110 студентов-стоматологов, а также проведены 57 опросов-интервью.

Результаты материалов исследования. Анализ данных анкетного опроса, что 78% опрошенных студентов самостоятельно принимали решения о выборе профессии и лишь 22%-по совету родителей. То есть можно сделать вывод, что ещё в школе у юношей и девушек закончился первый очень важный этап в жизни – сформирована ценностная ориентация на выбор профессии.

Следует отметить, что в характеристике мотива по выбору профессии врача-стоматолога, предпочтительное большинство опрошенных (63%) указало на то, что эта профессия привлекает их тем, что их родители или знакомые люди являются врачами-стоматологами. Однако 25% опрошенных студентов поступили на стоматологический факультет лишь потому, что это был выбор и желания их родителей, которые к медицине не имеют отношения. Это настораживает, так как из этого можно сделать вывод, что юношам и девушкам все равно, какую выбрать профессию, а также что их не готовили в семье и школе к осознанному выбору профессии.

На вопрос о том, есть ли в их семьях врачи-стоматологи, 42% ответили утвердительно и 48%-что в обучении им помогают профессиональные знания по медицине их родственников.

Заключение. Приведенные данные дают основания считать, что при планировании стратегии и тактики профориентационной работы в Вузе, при проведении «открытых дверей», собеседований с абитуриентами нужно выявлять наличие в семьях родителей с медицинским образованием, оказывать таким семьям помощь в сохранении и обеспечении преемственности профессии врача-стоматолога, а также разработать тестовые системы, которые выявляли бы и направляли способности каждого индивидуума на осознанный выбор профессии.

Анализ данных анкетного опроса, анкет интервью и личных бесед со студентами показывает, что дети, выросшие в семьях врачей-стоматологов лучше адаптируются к требованиям вузовских программ. Переход от «школы памяти» к «школе мышления» ответили утвердительно не встречает никаких затруднений, у детей, никогда не сталкивавшихся со стоматологией. Объясняется это более широким кругозором в области стоматологии, приобретением навыков дискуссии в семье по вопросам стоматологии и нередко-практических навыков.

Ковалева К.В., Абрамов В.А., Мельниченко В.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ

Актуальность. В настоящий момент одной из самых актуальных тем в медицинском сообществе является пандемия COVID-19, затронувшая представителей всех медицинских специальностей. Вузовом для психиатрической службы стали как нейрокогнитивные осложнения перенесенной инфекции SARS-COV-2, так и резкое увеличение количества психоэмоциональных расстройств различной степени выраженности у неинфицированного населения, находящегося в условиях массивного информационного стрессового воздействия, социальной депривации и экономической нестабильности как в отдельных регионах, так и в мире в целом.

Цель работы. На основании изучения особенностей субклинических и клинических проявлений психической дезадаптации у лиц молодого возраста, пребывающих в ситуации пандемического стресса, выявить мишени для психокоррекционного воздействия с целью терапии и профилактики кратко- и долгосрочных психопатологических нарушений.

Материалы и методы. В обследовании принимало участие 58 студентов медицинского вуза в возрасте 20-24 лет, из них мужчины - 27% (16 человек), женщины - 73% (42 человека). В рамках реализации психодиагностического метода был использован Тест нервно-психической адаптации (ПНИИ им. В.М. Бехтерева), содержащий многомерную шкалу уровня психической адаптации/дезадаптации по модели предболезненных психических расстройств С.Б. Семичова. Статистический метод включал применение лицензионных пакетов MS Excel и MedStat на IBM PC/AT. Анализ данных проводился с использованием непараметрических критериев (результаты достоверны при уровне значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В ходе анализа полученных результатов было выявлено, что люди молодого возраста в целом обнаруживают признаки психической дезадаптации ($1,02 \pm 2,4$) вне зависимости от гендерной принадлежности (мужчины - $0,84 \pm 2,7$; женщины - $1,09 \pm 2,3$), в структуре которой у 14 чел. (24%) имеются признаки непатологической психической дезадаптации (такие как изолированные депрессивные симптомы, нарушения сна, чувство тревоги, сложности в социальном взаимодействии), у 9 чел. (16%) - патологической (субдепрессивные состояния, выраженная астеническая и вегетативная симптоматика, ситуационные реакции паники и страха, другие субъективно тягостные внутренние ощущения и переживания), у 26 чел. (44%) - симптомы болезненного состояния/клинически выраженной психической патологии (требующие пристального внимания и дальнейшей дифференциальной диагностики врачом-психиатром) и только лишь у 9 чел. (16%) определялось состояние оптимальной адаптации/здоровья.

Выводы. Настоящие данные в целом соответствуют сложившейся ранее тенденции к нарастанию с каждой новой «волной» заболевания количества панических, обсессивно-фобических, тревожно-депрессивных расстройств у населения. В данном контексте лица молодого возраста, хоть и не входящие в клиническую «зону риска» инфицирования COVID-19, тем не менее представляют собой уязвимый контингент для формирования широкого спектра психопатологических нарушений в силу повышенной лабильности психических реакций, отсутствия опыта совладания с масштабными жизненными трудностями и эмоциональной незрелости, а также возможного наличия личностных дисфункций, ранее не имевших условий для манифестации дезадаптивных паттернов. В рамках реализации программ психологической поддержки населения, а также для профилактики психологических, психоневрологических и психосоциальных последствий пандемии COVID-19, полученные данные будут применены в структуре разрабатываемых комплексов психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий по совладанию с коронавирусным стрессом.

Коваленко С.Р., Альмешкина А.А.

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

ОСОБЕННОСТИ ДИСПОЗИЦИОННОГО ОПТИМИЗМА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА (COVID-19)

Целью данного исследования определить уровень диспозиционного оптимизма у лиц молодого возраста под воздействием хронического стресса, связанного с пандемией коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Для оценки уровня диспозиционного оптимизма обследовались 209 человек, в период с сентября по декабрь 2020 года средний возраст обследуемых составлял 20 лет. Обследуемые были разделены на группы в зависимости от уровня стрессогенности ситуации, который определялся исходя из мировых данных заболеваемости/смертности с сентября по декабрь 2020 года. По уровню стрессогенности выделялось 4 группы: первая группа (81 человека) – обследовались в сентябре, вторая группа (52 человека) в октябре, третьей группа (36 человек) – в ноябре и четвертая группа (40 человек) в декабре. В течении всего периода обследование отмечался рост показателя заболеваемости/смертности в среднем на 37% ежемесячно.

Обследование проводилось с помощью теста диспозиционного оптимизма (Тест жизненной ориентации, Life Orientation Test, LOT) Ч. Карвер и М. Шеер, в адаптации Т. О. Гордеева, О. А. Сычев, Е. Н. Осин (2010). Математическая обработка результатов проведена с помощью статистического пакета «Statistica 5.0» и Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение.

Средние показатели диспозиционного оптимизма (ДО) по всей выборке обследуемых составляли $23,84 \pm 4,38$, что соответствует средней степени выраженности диспозиционного оптимизма. При этом показатели «оптимизма» составили $11,81 \pm 2,2$, а показатели «пессимизма» - $12,11 \pm 2,69$, что также

соответствует среднему уровню выраженности. При проведении количественного анализа были получены следующие результаты: низкий уровень ДО отмечался у 11,9% (25 человек) обследуемых, у 70,4% (147 человек) был выявлен средний уровень ДО и у 17,7% (37 человек) обследуемых был выявлен высокий уровень диспозиционного оптимизма.

При распределении обследуемых согласно стрессогенности ситуации связанной с пандемией COVID-19 инфекции, следует отметить, что самые низкие показатели уровня диспозиционного оптимизма (на уровне статистической значимости) отмечались у обследуемых второй группы (месяц обследования – октябрь). В целом данные результаты соответствовали росту уровня стрессогенности (заболеваемости/смертности) в связи с эпидемической обстановкой в мире.

В заключении, следует отметить, что показатели диспозиционного оптимизма по всей выборке обследуемых соответствовали среднему уровню. Это говорит о том, что в целом, лица молодого возраста находясь под воздействием хронического стресса, сохраняли способность бороться с возникающими трудностями, верить в достижение успех касательно поставленных целей, несмотря на возникающие проблемы. При проведении гендерного анализа отмечалось что мужчины, в большей степени нежели женщины, склонны не испытывают позитивных ожиданий в отношении преодоления трудностей и чаще отвечают на последние пассивным и избегающим поведением. Отмечалась связь между уровнем выраженности диспозиционного оптимизма и уровнем стрессогенности ситуации связанной с пандемией коронавирусной инфекции.

Ковтун И.Е., Дмитриев А.В., Карчава Е.Г., Черепий В.В.

МЗ ДНР ИНВХ им. В.К.Гусака

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Отдельную категорию пациентов с острой ишемии нижних конечностей представляют пациенты с эмболией. Целесообразно выделить две основные группы пациентов с эмболической этиологией острой ишемии. 1-я это пациенты без с атеросклеротического поражения в месте эмболии. 2-я это пациенты с атеросклеротическим поражением артериального русла вместе эмболии.

Принципиальная разница между двумя данными группами заключается в том, что у пациентов 1-й группы ишемия развивается молниеносно и ярко по причине отсутствия развитой коллатеральной сети анастомозов которая в какой-то степени может компенсировать уменьшение притока артериальной крови дистальной эмбола.

У пациентов 2-й группы стертая клиническая картина острой ишемии, редко она распространяется дальше 1-й степени, наступает её ранняя хронизация, или же имеет место быть первично-хроническое течение, в котором эмболию тяжело дифференцировать от тромбоза, являющимся закономерным этапом прогрессии хронической артериальной недостаточности.

Если пациенты первой группы являются прямыми кандидатами на открытое оперативное вмешательство а именно эмболэктомиию.

Лечение пациентов второй группы является сложной задачей по ряду причин. Стёртая клиническая картина приводит к поздней диагностике и лечению что в свою очередь способствует развитию тромбоза в месте эмболии. Эмбол, как правило, фиксируется в наиболее стенозированном участке артериального русла, что затрудняет эмболэктомиию. Возраст старше 70 лет, наличие сахарного диабета 2 типа, а также хронической бессимптомной эмболии, приводит к неудовлетворительному состоянию периферического артериального русла, что зачастую делает шунтирующую операцию невозможной, и приводит к тромбозам даже после успешной эмболэктомии.

В свою очередь эндоваскулярные методы лечения эмболии артерий нижних конечностей на фоне атеросклероза имеют ряд нерешенных проблем.

Первое - рефрактерность эмболов к баллонной ангиопластике. Второе - при использовании грубых механических методов деструкции эмбола имеется высокий риск дистальной эмболизации, что

в совокупности с неудовлетворительным состоянием периферического артериального русла имеет катастрофические последствия. Стентирование также имеет ряд ограничений, у данной категории пациентов, связанных с тем, что в случае не плотной фиксации эмбола возможно его смещение дистальный с током крови, в случае его плотной фиксации на фоне атеросклеротический изменённых артерий требуется подготовка артериального русла для проведения системы доставки стента, что в свою очередь может приводить к фрагментации и эмболизации дистального артериального русла. Следует учитывать, что одно из излюбленных мест локализации эмболов это атеросклеротический изменённая дистальная поверхностная бедренная артерия и подколенная артерия что в свою очередь накладывает ограничения на использование баллонорасширяемых стентов.

Разработанная нами методика заключается в использовании стандартных, проверенных методов, но несколько в необычном сочетании, а именно:

Выполняется транслуминальная реканализация эмболической окклюзии 0.035 или 0.014 проводником, с подготовкой пораженного участка, к имплантации стента, коронарными баллонами с последующей установкой саморасширяющегося периферического стента.

Что, исходя из нашей практики, позволяет безопасно фиксировать эмбол саморасширяющимся стентом, при этом не разрушить его при предилатации, и не сместить при установке стента, что позволяет восстановить окклюзированный эмболом участок артерии и продолжить работу над максимально возможной реваскуляризацией периферического артериального русла.

Коктышев И.В., Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.

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

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Актуальность. Активный спад общего уровня общественного здоровья, естественно, в том числе, это и спад репродуктивного здоровья женщин – болезней репродуктивной системы, частоты бесплодия. Отсюда острая необходимость разработки целенаправленных мер профилактики, как направленных именно на процессы воспроизводства населения.

Цель исследования: разработать основные принципы первичной профилактики и положить их в основу общей и целевой диспансеризации женщин.

Материалы и методы. Применен «анкетный метод» опроса, в программе которого вопросы «образа жизни» женщин детородного возраста. Материал обработан применением относительных величин и их достоверности. Сведения о заболеваниях (соматических и гинекологических) выкопировывались из ф-25.

Результаты исследования. Первичная заболеваемость указанного контингента находилась в пределах $5127,4 \pm 9,8$ на 10000 женщин, что на 3,5% выше среднереспубликанского показателя. Это вторичное бесплодие, болезни беременности и родов, послеродового периода. В предупреждении указанного ведущими являются элементы именно «первичной профилактики» как медицинского, так и организационного характера. И как «первый ее принцип» - наступательная пропаганда медицинских знаний по сохранению здоровья и реклама конкретных мер по выработке этих знаний. «Вторым принципом», с нашей точки зрения, является систематический контроль сохранения «здоровья здоровых», выполнение которого реализуется проведением систематического скрининга – тестового самоконтроля, функционально-диагностических исследований с последующей врачебной оценкой состояния здоровья. Именно в этом и заключается общая и целевая диспансеризация женского контингента.

Выводы. В эпицентре всех мер профилактики лежит «первичная профилактика, ее элементы в аспекте указанных двух «принципов»: это формирование соответствующих знаний у женщин и реклама по обучению этим знаниям, а также высокая ответственность медицины и здравоохранения в «охране здоровья здоровых».

Коктышев И.В., Лихобабина О.А., Зяблицев Е.Д., Данилова Ю.Ю.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современная цивилизация не обладает идеальной системой здравоохранения. Об этом свидетельствует ряд фактов: невысокая средняя продолжительность жизни; высокая общая и младенческая смертность; наличие биологических признаков раннего старения человека; появление новых болезней; рост болезней цивилизации; увеличение числа болезней, протекающих в стертых, аномальных и тяжелых формах; уменьшение доли абсолютно здоровых людей; усиление процесса воспроизводства неполноценного поколения. Под здравоохранением понимают систему государственных, общественных, социально-экономических и медицинских мер, направленных на охрану здоровья населения. Из системного принципа следует, что невозможно достичь высокого эффекта в охране здоровья только с помощью одной группы мер и, в частности, посредством усилий только одной медицины. В том случае, когда не медицинские меры развиты слабо, формируется явление социально-медицинской компенсации, при котором максимальная нагрузка переносится на медицину. При этом начинает активно развиваться медицинская инфраструктура в ущерб качеству медицинских услуг. Анализ истоков современных систем здравоохранения свидетельствует, что они формировались на основе 3-х базовых систем: государственной, страховой, частной, которые создаются на основе ключевых организационных принципов. Структурный анализ базовых систем показывает, что ни одна из них не является идеальной. Однако каждая из них имеет свои достоинства и преимущества, а также свойственные ей изначальные недостатки. По этой причине страны Европы и северной Америки, достигшие высокого экономического, социального развития общества идут по пути создания многоукладных систем здравоохранения. Многоукладные системы здравоохранения – системы, основанные на рациональном сочетании лучших характеристик всех 3-х базисных систем. Многоукладное здравоохранение создается на основе той базисной системы, которая получила широкое развитие в данной стране ранее, т.е., строго соблюдается принцип преемственности при переходе системы здравоохранения на многоукладность. При этом долевое соотношение в их составе составных элементов базисных систем, определяется особенностями экономической политики и уровнем развития ранее существовавшего базисного здравоохранения. В данное время сформировались следующие типы многоукладных систем: многоукладная преимущественно государственная (Канада, Англия, Скандинавия); преимущественно страховая (страны Европы, Япония); преимущественно частная (США). Страны с наиболее развитой многоукладностью здравоохранения в последние 15-20 лет достигли наибольших успехов в улучшении здоровья населения. Учитывая многовариантность сочетания составных элементов базисных систем в структуре многоукладной системы можно предположить появление новых, более совершенных многоукладных систем здравоохранения.

Коктышев И.В., Охотникова М.В., Бутева Л.В., Смольская Н.Г., Рымарь Я.И.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Актуальность данной проблемы во всем мире обусловлена ее значительными масштабами и негативной динамикой, особенно за счет лиц трудоспособного возраста. В данной работе инвалидность будет рассмотрена как один из важных медико-социальных критериев общественного здоровья. Этот критерий позволяет определить уровень социально-экономического развития общества и степень совершенства медицинской помощи. Экономические последствия инвалидности населения огромны. Государства вынуждены выделять деньги на: организацию социальной защиты инвалидов; оказание им медицинской помощи; содержание соответствующих социальных учреждений; проведение реабилитации инвалидов. Инвалидность влечет тяжелый груз эмоционально-психологических и

материально-финансовых последствий для инвалида и членов его семьи, при этом, она сама часто является следствием некачественной медицинской помощи. В настоящее время в странах Европы термин «инвалид», как правило, не употребляется – его заменяют на «человек с ограниченными возможностями». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла термин «дезабилитирующие лица», т.е. индивиды, которые имеют ограничение жизненных функций. Во многих странах существует модель мониторинга контингента инвалидов в различных возрастно-половых и профессиональных группах по различным учетным признакам. В 1988 г. была впервые создана Международная статистическая база данных о дезабилированных лицах. Доля (в %) дезабилированных лиц в разных странах колеблется от 5 до 33: Финляндия – 33, Канада – 30, Великобритания – 27, Нидерланды, Франция – 25, Эстония – 24, Чехия, Португалия, Дания, Швеция – 20, США – 19, Китай – 5. Опираясь на данные ВОЗ, можно утверждать, что инвалидность, в огромной степени, зависит от социально-экономического уровня развития страны: около 20% людей мира становятся инвалидами по причине недоедания, неполноценного питания или голода; еще 20% по причине наличия вредных привычек; 15% из-за различных травм в дороге, в бытовых или производственных условиях. Ежегодно в России рождается более 30 тыс. детей с врожденной и наследственной патологией, из них 2/3 в последующем становятся инвалидами, причем в 60-80% случаев среди них инвалидность обусловлена перинатальной патологией. В структуре психических расстройств у инвалидов с детства старше 16 лет преобладают: олигофрения (68%), шизофрения (12-14%), эпилепсия (9-13%), органические заболевания ЦНС (7-8%). Все эти тенденции поставили в число национальных приоритетов проблему предупреждения инвалидности. Термин «предупреждение инвалидности», согласно «Стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов», означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Таким образом, повышение роли государства, создание развитой сети учреждений по охране материнства и детства, развитие медико-генетической службы, интеграция здравоохранения с 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 – необходимые условия для уменьшения негативных тенденций в здоровье женщин и детей, которые смогут улучшить качество потомства в третьем тысячелетии.

Коктышев И.В., Семикоз Е.А., Парахина О.Н.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДНР

Проблема контроля качества медицинского обслуживания населения (ККМП) является остроактуальной во всём мире и, особенно для здравоохранения республики. Это комплексная многоаспектная проблема, включающая в себя укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), внедрение современных технологий диагностики и лечения, работу с медицинскими кадрами по обучению и повышению их квалификации, проведение полной компьютеризации и информатизации медицинских учреждений. Проанализировав решения проблемы в России и ДНР можно сказать, что критерии оценки качества оказания медицинской помощи (КМП) формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) и утверждаются уполномоченным органом исполнительной власти. В рамках здравоохранения объектом контроля качества как явления выступает сам человек, а в качестве предмета – разные состояния человека. Целью контроля качества предельных состояний является увеличение продолжительности жизни человека, а целью контроля промежуточных состояний – увеличение в этой жизни здорового периода и сокращение болезненного. Объектами контроля качества в здравоохранении являются два самостоятельных, но связанных

процесса: деятельность по сохранению здоровья и деятельность по его восстановлению. Для осуществления мероприятий по сохранению здоровья используются нормативно-правовые и организационные механизмы, а также профилактические мероприятия. Для деятельности по восстановлению здоровья такими средствами являются фармацевтические препараты, технические изделия и технологические процедуры. Процесс восстановления здоровья является технологическим и во многом зависит как от качества и количества факторов медицинских технологий, имеющихся у организаций, осуществляющих данный процесс, так и от качества его осуществления. Управление системой контроля качества является структурным элементом системы управления здравоохранением, включающим специфические организационно-технические и нормативно-правовые мероприятия и алгоритмы действий по обеспечению и улучшению КМП. Все направления усилий по совершенствованию КМП должны способствовать модернизации здравоохранения республики в отношении содержания деятельности по обеспечению качества – это:

- 1) качественное выполнение профессиональных функций (критерий – соответствие современному уровню развития медицины);
- 2) повышение качества использования ресурсов (критерий – оптимальность использования ресурсов для достижения наилучшего результата лечения);
- 3) минимизация риска для пациента в результате медицинского вмешательства (критерий – отсутствие дополнительного риска ухудшения или отсутствия улучшения состояния пациента и его трудоспособности в результате оказанной медицинской помощи);
- 4) достижение удовлетворенности пациента КМП (аналогично формируется и критерий).

В ДНР данный раздел работы регламентируется приказом Минздрава ДНР от 21.12.2015 года № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи». Таким образом, насущной проблемой в нормативной базе республики является разработка ключевых характеристик качества оказания медицинской помощи по всем группам заболеваний и состояний, что позволит унифицировать систему контроля КМП в ЛПУ. Создание целостной государственной системы управления качеством внесет весомый вклад в общественное здоровье и систематизирует методы и средства информационной поддержки управления КМП.

Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головки О.К., Ищенко Т.А.

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк

СИСТЕМА МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД-НОВОРОЖДЕННЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа заболеваемости и смертности новорожденных и детей раннего возраста за период 2013-2020 гг., разработать систему мероприятий по улучшению организации функционирования службы оказания помощи детям республики.

Материалы и методы. Проведен сравнительный ретроспективный анализ статистических данных ДНР по состоянию здоровья женщин фертильного возраста, их новорожденных, и детей раннего возраста за период 2014-2020 гг. с показателями здоровья детского населения в возрасте от 0 до 6 лет до начала конфликта на территории Донецкой области в 2014 году.

Для проведения сравнительного анализа были взяты статистические материалы из сборника «Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики» за 2014-2020гг., годовые отчеты по лечебным учреждениям Минздрава ДНР за последние 6 лет с показателями заболеваемости и смертности детского населения, а также, официальные статистические показатели по Донецкой области за 2013 г.

Результаты. Полученные относительные данные свидетельствуют о формировании у женщин фертильного возраста, проживающих на территории боевых действий, состояний хронического стресса на фоне снижения индивидуального здоровья, уровня жизни, экономической нестабильности и новой коронавирусной инфекции с апреля 2019 года, что повлияло на работу системы мать-плацента-плод-

новорожденный. И как следствие - изменились показатели состояния здоровья детского населения в возрасте 0-6 лет.

По данным анализа отмечен рост числа детей, нуждающихся в проведении первичной реанимации и интенсивной терапии на уровне родильного стационара, увеличение частоты респираторного дистресс синдрома, хронических болезней органов дыхания (бронхолегочная дисплазия), эндокринных заболеваний (ожирение), врожденных аномалий развития, что является косвенным подтверждением влияния хронического стресса матери на развитие плода, здоровье новорожденного и в дальнейшем на показатели здоровья детского населения.

Все вышеизложенное нашло свое отражение и в показателях антенатальной смертности, по данным родильных стационаров, а также младенческой смертности, в том числе неонатальной.

Выводы. Установленная взаимосвязь анализируемых показателей позволяет оценить сложившуюся ситуацию и спрогнозировать меры профилактического, лечебного, реабилитационного и административного характера для снижения перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, а также снижения риска инвалидизации. Актуальным является разработка целостной технологической цепочки по оказанию интенсивной и реабилитационной помощи от родильного дома до педиатрического участка, детям от матерей с хроническим стрессом от беременности до родов и далее, имеющим проявления недоношенности, задержки внутриутробного развития, дыхательной недостаточности, респираторного дистресс синдрома, пневмонии, бронхолегочной дисплазии, различного рода атопии, бронхиальной астмы, метаболические и эндокринные расстройства.

Колесникова Е.Ю., Агафонова Е.И.

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

ТЕРМИНЫ-НЕОЛОГИЗМЫ ПОДЪЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ (НА МАТЕРИАЛЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА)

Введение. Несмотря на достаточный запас медицинской лексики, в медицинских публикациях наблюдается тенденция создания новых слов и новых значений уже существующих слов – неологизмов (греч. neos – «новый» и logos – «слово»), которые впоследствии входят в терминосистему медицины или выходят из употребления.

Целью работы является выявление основных тенденций в развитии современной терминологической системы подъязыка медицины. В работе анализируются англоязычные неологизмы с точки зрения словообразовательных моделей, по которым они образованы, чтобы выявить наиболее продуктивные из них.

Результаты и обсуждение. Современная медицинская наука пользуется, в основном, латинскими терминами и лексическими элементами греческого языка. Высокой производительностью среди греческих конечных терминоэлементов отмечаются -phobia (phobe), -philia (-phile), -mania, -aliga в таких словах как, напр., taphophobia (греч. taphos – могила + phobia – страх) ‘боязнь быть погребенным заживо’; phobophobia (греч. phobos – страх) – ‘патологическая боязнь появления навязчивого страха’; eremophobia (греч. erēmia – пустыня) – ‘болезненный страх одиночества’; brontophobia (греч. brontē – гром) – ‘необоснованная боязнь грома; glossophobe (glossa – язык + phobe – тот, который боится) ‘человек, испытывающий страх перед публичным выступлением’; philophobe (philo – любовь) – ‘человек, который боится влюбиться’; cantophilia (cant – сленг + греч. philos – любовь) ‘любовь к и постоянное употребление сленга’; emptophile (лат. emptum – купил + phile – любитель) ‘человек, который любит делать покупки’; isopodmania (греч. iso – одинаковый + греч. pod – стопа + греч. mania – одержимость) ‘навязчивая идея ходить равными шагами’. Среди префиксов, участвующих в создании медицинских неологизмов, преобладают: ambi-, auto-, hyper-, hupo- и другие. Например, ambisinister (лат. ambi – оба + лат. sinister – левый) ‘человек, который не умеет ничего делать обеими руками’; autodefenciation (греч. auto – само + defenciation – процесс выбрасывания человека из окна) ‘совершение самоубийства, выпрыгнув из окна’; hypersthetic (hyper – над, слишком + aesthetic – чувство) ‘чувство подавленности, вызванное повышенной ответственностью, обычно ощущается

перед нервным срывом'; hurocaffainaemia (huro – низкий + caffeine – кофеин + aemia – имеющий отношение к крови) 'состояние, характеризующееся опасно низким уровнем кофеина в крови'. Стандартные аффиксы также встречаются среди медицинских новообразований английского языка, но они встречаются не часто. Суффиксы, как правило, указывают на часть речи: -ist (существительное) apathist (apathy + ist) 'человек, который чувствует апатию к большинству вещей'.

Словосложение оказалось самым продуктивным способом создания медицинских неологизмов. При слиянии основ возникает лексическая единица, характеризующаяся различными степенями удаленности от смысла родительских основ, в связи с этим, они различаются по написанию: слитно, через дефис, раздельно: haemopotama (греч haemo – кровь + potama – река) 'сильное кровотечение, особенно из раны'; white-coat effect – 'повышение кровяного давления у пациента при встрече с врачом'; voice lift – 'косметическая операция на голосовых связках, чтобы голос пациента звучал моложе'.

С целью экономии языковых средств, для создания медицинских неологизмов в английском языке используются такие способы как блендинг (слияние), конверсия, усечение и сокращение.

Заключение. На основе проведенного нами анализа, мы можем утверждать, что для создания медицинских неологизмов в английском языке используются общепринятые словообразовательные средства, самыми продуктивными из которых оказались словосложение и употребление латинских и греческих терминоэлементов.

Коломиец В.М, Ташпулатова Ф.К, Буйневич И.В., Сафарян М.Д.

Кафедры фтизиатрии и пульмонологии Курского, Гомельского, Ереванского медицинских государственных университетов и Ташкентского педиатрического медицинского института

ВНЕДРЕНИЕ ГИБРИДНОГО МЕТОДА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДИСЦИПЛИНЕ ФТИЗИАТРИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Развившаяся в 2020 г. пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 и применении локдауна в странах СНГ обусловили изменения процессов обучения в высшей медицинской школе, потребовало практически в экстренном порядке перестроить преподавание по значимой дисциплине «фтизиатрия» (как и других клинических дисциплин). Внедрение дистанционного формата образовательного процесса (ДФОП) проходило постепенно, но в разных формах и в разное время. Отрабатываются новые технологии, однако результаты их внедрения далеко не однозначны. Представлен анализ их эффективности в нескольких вузах СНГ, выполненный в порядке межвузовского сотрудничества профильных кафедр вузов.

В ФГБОУ ВО КГМУ (РФ, Курск) еще до начала пандемии COVID-19 в условиях цифровизации высшего образования стала активно формироваться электронная информационная образовательная среда (ЭИОС) вуза, что позволило довольно быстро ввести ДФОП, реализуемой с учетом условий внешней среды. После принятия администрацией субъекта РФ решения о локдауне занятия на клинических кафедрах КГМУ проводились с использованием очного метода вне клинических баз, в специально выделенных аудиториях, максимально оборудованных средствами и для дистанционного обучения. Понятно, что уровень овладения профессиональными компетенциями в этих случаях явно снижается, а оценить приобретения практических навыков вряд ли возможно. Более того, снижается мотивация студентов к проведению практических занятий, так как информацию при общении/обследовании больного не заменит никакая виртуальная история болезни и использование имеющихся сейчас в вузах далеко не совершенных манекенов. Лекции проводятся по системе Zoom, при этом посещаемость лекций и объем послелекционных дискуссий значительно возросли.

Обучение в процессе внедрения ДФОП в медицинских вузах Республики Узбекистан стало проводиться в on-line формате по системе Zoom и Яндекс телемост. В платформе Moo-dle вузов размещены раздаточный материал, электронные версии учебников, пособий, тестовые задания и ситуационные задачи. Лекции были записаны в формате видеолекций, по каждой тематике на русском, узбекском языках, размещены и на сайте youtub.com. В условиях такого режима ДФОП использование активных и интерактивных методов проведения занятий, как деловые и ролевые игры, затруднено. студенты не

проводили курации больных, клинические разборы больных проводится в дистанционном режиме, что, совершенно оче-видно, снижает овладение как профессиональными компетенциями, так и воспитательное значение образовательного процесса. Промежуточный опрос и заключительный экзамен проводятся в виде решения тестов в платформе Moodle.

В Республике Беларусь, в отличие от других стран Европы (исключая Швецию) не были введены жесткие карантинные мероприятия при пандемии инфекции COVID-19, тем не менее в преподавании дисциплины «фтизиопульмонология» в Гомельском государственном медицинском университете были внесены определенные изменения.

При обучении студентов на клинической базе в соответствии с требованиями администрации ДФОП не применялся, изменения заключались в сокращении практических занятий за счет прекращения курации пациентов, а работу с пациентами заменили демонстрацией обучающих фильмов, видеороликов, занятиями в лаборатории практического обучения (манекены, симуляторы, тренажеры).

Заключение. Разразившаяся пандемия коронавируса COVID-19 в странах СНГ потребовала внести изменения в образовательный процесс, в том числе и по дисциплине фтизиатрия. Основное внимание было уделено дальнейшему ускоренному внедрению контактного удалённого обучения с использованием электронной информационно-образовательной среды вузов и дистанционных образовательных технологий. Первые результаты использования дистанционного формата позволяют считать, что на клинических кафедрах, в том числе и при преподавании дисциплины «фтизиатрия», наиболее целесообразным является все же использование гибридного метода - очного с элементами дистанционного обучения. Дистанционное обучение должно дополнять и усиливать социально-педагогический, организационный, психологический и управленческий потенциал традиционного формата получения образования.

Коломиец В.М.

Курский государственный медицинский университет Курск, Россия

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID19

Актуальность. Эпидемическую ситуацию по туберкулезу удалось стабилизировать, однако рост коморбидной инфекции (Вич-ассоциированный туберкулез – ВичТБ) на фоне увеличения контингентов Вич-инфицированных (людей, живущих с Вич - ЛЖВ) требует интенсификации противоэпидемических мероприятий именно в этой приоритетной группе риска. Для предупреждения ВичТБ среди ЛЖВ, наряду с предотвращением их инфицирования микобактериями (МБТ) и своевременной антиретровирусной терапией, применяются и антибактериальные препараты (АБП) - химиопрофилактика туберкулеза (ХП)

Цель исследования. Анализ эпидемической ситуации и эффективности рекомендуемых в настоящее время режимов химиопрофилактики ТБ среди ЛЖВ населения региона.

Материалы и методы исследования. В течение последних десяти лет проводится наблюдение и лечение ЛЖВ и заболевших ВичТБ среди населения одного из регионов РФ. При обследовании больных ВичТБ использовались инновационные диагностические методы, в частности «Диаскинтест». С целью клинической реабилитации применяли этиотропную терапию обеих заболеваний в соответствии с принятыми стандартами. Обработан статистический материал о пораженности ВИЧ-инфекцией, ТБ и ВичТБ населения и эффективности рекомендованных в настоящее время методов специфической ХП ТБ.

Результаты исследования и их обсуждение. В регионе после почти 10 лет благоприятной ситуации по ВИЧ-инфекции лишь в течение последних 10 лет отмечается увеличение контингентов ЛЖВ, преобладающее большинство из них не местные жители и основным путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой (до 80%). Ежегодный прирост ЛЖВ среди жителей региона на протяжении последних лет составляет 15-20%, более чем 13% ЛЖВ были выявлены в местах лишения

свободы. В целом пораженность Вич-инфекцией населения увеличилась с 0,8 до 95,3, а заболеваемость – с 0 до 2,9 на 100.000 населения региона.

В отличие от Вич-инфекции эпидемическая ситуация в регионе по ВИЧ/ТБ «нестабильная» и во многом предопределяется миграционными процессами. Так, за период резкого роста заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией заболеваемость ВичТБ составила 0.97-0.71-0.98-0.72-1.7/100.000, при этом 1/3 впервые выявленных ЛЖВ прибыли из соседних государств. В структуре больных ВичТБ не менее в 50% случаев выявляется диссеминированный туберкулез легких, включая единичные случаи и острейшего сепсиса, деструктивные формы ВичТБ с бактериовыделением выявляются у от 30% до 50% больных. Достичь клинического излечения в течение последних пяти лет, в условиях резкого повышения заболеваемости лекарственноустойчивым ТБ, включая случаи с МЛУ И ШЛУ, при использовании стандартных режимов этиотропной терапии удалось лишь у 25.5% -12.5% - 18.2% - 11.1% - 21% в/в больных, В 18.2% - 37.5% - 18.2% - 27.7% и 15.8% из умерших неблагоприятный исход наступил в течение первого года после выявления и начала лечения.

С целью профилактики коморбидного ТБ необходимо использовать и интенсифицировать его химиопрофилактику. Однако до настоящего времени фтизиатры практически всех стран СНГ не всегда придерживаются единого определения сущности ХП. В регионе в течение года ХП проводится не более 10% ЛВЖ, в том числе не более чем 60% впервые выявленных, и назначается преимущественно двумя АБП при выявлении факторов риска. Такая тактика позволяет не просто предупредить, но и своевременно выявлять заболевание ТБ.

Выводы. При продолжающемся формировании нестабильной эпидемической ситуации по Вич-инфекции и ВичТБ в регионе и в условиях продолжающейся пандемии COVID19 наиболее обосновано проведение вторичной ХП не менее двумя АБП при наличии факторов риска, приоритетно - данных о содержании CD4+лимфоцитов, устойчивости МБТ у контактов и стадии Вич-инфекции. Необходимы дальнейшие исследования для обоснования наиболее рациональных режимов ХП.

Колосова О.В., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

В современной стоматологии проблема первичной профилактики кариеса зубов остаётся актуальной, в связи с тем, что распространённость кариеса зубов у детей колеблется в пределах от 57 до 98%. Прирост кариеса приходится на первые два года после прорезывания постоянных зубов. Однако, благодаря внедрению первичных профилактических мер, таких, как герметизация зубов различными стоматологическими пломбировочными материалами, наблюдается тенденция к уменьшению интенсивности кариеса зубов. Для достижения максимального эффекта рекомендуется проводить процедуру герметизации фиссур зубов в течение 12 – 18 месяцев после их прорезывания, но не позднее двух лет после прорезывания. Это объясняется тем, что со временем фиссуры зуба заполняются кариесогенными микробами и поздняя герметизация фиссур зубов приводит к развитию кариеса под герметиком.

Цель исследования: сравнительная клиническая оценка эффективности применения различных стоматологических пломбировочных материалов для неинвазивной герметизации фиссур зубов у детей в постоянных зубах.

Материалы и методы исследования. Было проведено наблюдение 147 детей в возрасте 6 - 14 лет, которым провели неинвазивную герметизацию фиссур со средним исходным уровнем минерализации эмали зуба, когда единичные фиссуры имели меловидный цвет, иногда отмечалась задержка зонда в фиссуре зуба. В первой группе (70 пациентов) проводили герметизацию с использованием истинного ненаполненного герметика Delton (Dentsply) – 294 зуба. Во второй группе (67 пациентов) гермети-

зацию проводили с использованием стеклоиономерного цемента Ketac Molar Easymix (3M ESPE). Перед герметизацией поверхности зубов очищали от зубного налёта с помощью щёточек и паст не содержащих масел и фтора. Очищенные поверхности промывали. Затем зубы изолировали от слюны, высушивали. Согласно инструкциям фирм – изготовителей вносили герметик и тщательно распределяли зондом по фиссурам. После проводили световое отверждение материала в первой группе, окклюзионную коррекцию герметика после отверждения и нанесение изоляционного лака в обеих группах. Визуально-инструментальное исследование за состоянием герметика проводилось в течение 24 месяцев – один раз в 6 месяцев.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что через 6 месяцев наблюдалась полная сохранность (100%) материалов в обеих исследуемых группах. Через 12 месяцев в первой группе сохранность пломбировочного материала составила – 98,6% случаев. Повторная герметизация зубов была проведена в 4 зубах (1,4% случаев). Через 24 месяца сохранность герметика составляла – 97,6% случаев. В течение всего периода исследований вторичного кариеса обнаружено не было. Электропроводность эмали зубов в областях фиссур, где не был обнаружен герметик, была от 0 до 1 мкА, что характеризует необходимую зрелость эмали. Во второй группе через 12 месяцев материал сохранился в 97,2% случаев. В 8 зубах (2,77% случаев) была проведена повторная герметизация. Кариеса в зубах, где отсутствовал материал не выявлено и также выявлена достаточная зрелость эмали зубов (0 – 1 мкА) по данным электрометрии. Через 24 месяца в этой группе герметик сохранился в 94,4% случаев, что на 3,22% меньше, чем в первой группе. Кариозных поражений также не было выявлено по данным электрометрии.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать для первичной профилактики фиссурного кариеса зубов истинного ненаполненного герметика Delton (Dentsply) для неинвазивной герметизации фиссур в сравнении со стеклоиономерным цементом Ketac Molar Easymix (3M ESPE).

Комаревская Е.В., Шелякова И.П., Соболева А.А.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ И ФИТОКОМПОЗИЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Лечение заболеваний тканей пародонта представляет собой одну из важных и сложных проблем стоматологии, актуальность которой обусловлена высокой частотой воспалительных заболеваний тканей пародонта, появлением в организме очагов хронической инфекции, преждевременной потерей зубов, а также снижением работоспособности и психоэмоционального статуса. Среди заболеваний пародонтального комплекса катаральный гингивит является наиболее частой формой поражения околозубных тканей.

Одно из ведущих мест в комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях тканей пародонта занимает местная медикаментозная терапия с использованием средств растительного происхождения, которые лишены недостатков аналогичных по спектру воздействия синтетических средств, значительно реже вызывают аллергические реакции и имеют меньше побочных эффектов. Создание новых эффективных схем лечения заболеваний тканей пародонта даст возможность проводить лечение пациента строго индивидуально, путём использования прицельной терапии на основные патогенетические звенья, а также факторы защиты и агрессии. Поливалентный эффект ряда препаратов позволит избежать перегрузки пациентов лекарственными препаратами.

Цель: обосновать применение аппликационной сорбции и фитокомпозиции при лечении катарального гингивита.

Материал и методы: под наблюдением находилось 68 пациентов с катаральным гингивитом, возрастной ценз которых составил от 18 до 44 лет. 68 пациентов были разделены на две рандомизированные группы: основная (34 пациента) и группа сравнения (34 пациента).

Консервативное лечение начиналось с проведения тщательной санации полости рта: терапии кариеса и его осложнений, устранения местных раздражающих факторов. Слизистая оболочка десны

сначала обрабатывалась 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, затем укладывались аппликации с гидрогелевым раствором сорбента на 20 минут на *locus morbi*, (ватные турунды меняются каждые 4-6 минут). Заключительный этап местной терапии – смазывание очищенной от некротических пленок слизистой оболочки десны разработанной лекарственной фитокомпозицией (Патент на корисну модель № 66203).

Результаты исследования: следует отметить, что после применения гидрогеля аэросила в сочетании с фитопрепаратами (группа сравнения) мы не наблюдали осложнений. Наблюдается интенсивная реабилитация слизистой оболочки десен на опытной стороне. Сроки выздоровления сокращаются в среднем на 2-3 дня, а курс лечения составляет от 3 до 4 дней, о чем свидетельствуют проведенные пародонтальные индексы и пробы.

Выводы: применяемые лекарственные фитокомпозиции благотворно влияют на ткани пародонтального комплекса: достаточно быстро купируется боль, исчезает гиперемия и кровоточивость десен, значительно уменьшается отечность гидратированных пародонтальных тканей. Данный метод лечения является весьма эффективным и патогенетически обоснованным, отличается простотой и доступностью. Достигнутый лечебный эффект держится длительное время.

Следует отметить и тот значимый факт, что после применения гидрогеля аэросила в сочетании с фитопрепаратами мы не наблюдали осложнений. Не выявлено и случаев, которые свидетельствовали бы об отсутствии положительных сдвигов при использовании данного лекарственного средства на патологические очаги.

Коноваленко А.В., Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Коноваленко Ю.Н.

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

ВЛИЯНИЕ ИСТОЧНИКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ НА СКОРОСТЬ СТАБИЛИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Цель работы: изучить влияние дыхательной смеси, полученной с помощью кислородных концентраторов и с помощью источника медицинского кислорода (газифицированный кислород) в комплексной терапии больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. В работе использованы данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в инфекционном отделении, развернутом на базе хирургического и урологического отделений Центральной Городской Клинической больницы № 6 г. Донецка за период с октября 2020 по май 2021 гг. с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (лабораторно подтвержденная), двусторонняя полисегментарная пневмония. Исследованию подверглись 40 пациентов (2 группы по 20 пациентов, примерно равного возраста (± 2 года), степени тяжести заболевания (средняя степень) и примерно равного уровня SpO_2 на момент госпитализации ($88\% \pm 3\%$). Всем пациентам, помимо рутинных исследований, выполнялась постоянная фиксация уровня SpO_2 . Проводился сравнительный анализ динамики SpO_2 . Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета R.

Результаты и обсуждение. Первая группа пациентов получала дыхательную смесь с помощью кислородного концентратора, увлажнителя, через лицевую маску возвратного типа со скоростью 10 л в минуту практически непрерывно в течение 5 суток. Вторая группа пациентов получала смесь на основе 100% газифицированного кислорода, увлажненного в аппарате Боброва, через щелевую маску со скоростью 3 л в минуту также практически непрерывно в течение 5 суток. В результате лечения: в первой группе SpO_2 возрастало на $6\% \pm 1\%$ к исходу первых суток применения, но оставалось нестабильным в течение последующих 4 суток с колебаниями до $4\% \pm 1\%$, общее состояние пациентов оставалось стабильным. Во второй группе SpO_2 возрастало на $9\% \pm 1\%$ в первые 2 часа применения, оставалось стабильным в течение последующих 4 суток с колебаниями до $1\% \pm 0\%$, общее состояние пациентов улучшалось как субъективно, так и по объективным признакам (увеличение переносимой

физической нагрузки без кислородной поддержки), стабилизировалось нервно-эмоциональное состояние, улучшался ночной сон.

Выводы: большое одномоментное поступление больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 иногда не дает выбора в использовании ресурсов, особенно систем кислородной поддержки. Но в ситуациях, когда этот выбор возможен, по нашему мнению, необходимо отдавать приоритет кислородной поддержке с использованием увлажненного газифицированного кислорода, т.к. динамика SpO₂, а также устойчивость достигнутого уровня явно выше, чем в группе, в которой применялся кислородный концентратор. Немаловажным фактором является надежность и стоимость аппаратуры, что также указывает на преимущество использования газифицированного кислорода. Определенный интерес представляет использование кислородно-аргоновой смеси для длительной кислородной поддержки больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19, что требует дальнейшего изучения. Также, по нашему мнению, необходимо исключить из практики ранние «респираторные тренировки», заключающиеся в периодическом прекращении подачи кислородно-воздушной смеси с целью «адаптации».

Кононова Е.А.

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

ФРАЗЕОЛОГИЯ В СОСТАВЕ МЕТАЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ

Фразеологизмы, которые передают отношение говорящего к разным явлениям мира, представляют собой неотъемлемую часть русского языка. Их возникновение обусловлено процессом «удостоверения» правильности представлениями того или иного сообщества наблюдаемых или обозначаемых свойств и явлений действительности.

Правильное и уместное употребление и использование фразеологизмов придаёт речи неповторимое своеобразие, особую выразительность, образность и меткость, делает её эмоционально окрашенной, позволяя тем самым в процессе общения судить о собеседнике и как о личности, и как о носителе определённого менталитета.

Фразеологизмы охватили многие области нашей жизни. Знание образных профессиональных медицинских фразеологизмов играет важную роль в формировании профессиональных качеств медика, способствует развитию культуры речи, а также обогащению его кругозора.

Медицинские фразеологизмы условно можно разделить на те, которые и сегодня пополняют медицинскую лексику и терминологию, и на те, которые отслужили свою службу в рамках метаязыка медицины и ушли в его пассивную зону.

Казалось бы, вполне понятно, о чём должны сообщать медицинские фразеологизмы. Но, как правило, в представлении студентов, в качестве таковых рассматриваются лишь достаточно специальные медицинские термины, малоизвестные обычным людям (мраморная бледность, песочные часы, лицо восковой куклы, голова Медузы).

Однако, на наш взгляд, не меньший, а в некоторых случаях и больший интерес представляют фразеологизмы из медицинской сферы общения, укоренившиеся в разговорной практике обычных людей. Возможно, студенту может показаться, что ничего собственно «фразеологического» в этих выражениях нет. Кажется, что порой и достаточно образованным носителям языка бывает трудно увидеть их специфичность или неоднозначность, мы привыкли воспринимать их как нечто само собой разумеющееся: солнечное сплетение, Адамово яблоко, ушная раковина, глазное дно, желчный человек, стальные нервы, больничная утка, французская болезнь, больной на голову, Антонов огонь, посадить на диету и другие.

В медицинской фразеологии есть единицы устойчиво вошедшие в состав терминологии – заячья губа, волчья пасть, медвежья болезнь, воротник Стокса, болезнь Паркинсона, а есть имеющие параллельные научные термины:

– сердечный горб – килеобразное выпячивание среднего отдела грудной клетки;

– печеночные ладони – состояние, при котором наблюдается равномерное покраснение обеих ладоней;

– лёгочное сердце – патологическое состояние, характеризующееся гипертрофией правого желудочка сердца.

Думается, что даже профессиональные медицинские работники нередко недооценивают языковое богатство устойчивых выражений, употребляемых в области медицины.

Фразеологизмы – это своеобразные миры, они содержат в себе и нравственный закон и здравый смысл, выраженный в кратком изречении. Это душа всякого национального языка, в котором неповторимым образом выражаются дух и свобода нации. Доведение этого до сознания студентов-первокурсников на занятиях по русскому языку и культуре речи – важная задача, решаемая кафедрой русского и латинского языков.

Корж Е.В.

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

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

Вирус иммунодефицита оказывает прямое или опосредованное через аутоиммунные механизмы цитоповреждающее действие

Типичными для ВИЧ-инфицированных являются – дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), дисфункция левого желудочка, миокардиты, заболевания перикарда, легочная гипертензия, эндокардиты, опухоли, изолированная гипертрофия правого желудочка, коронарная болезнь, синдром удлиненного интервала QT; васкулиты, артериальные аневризмы

Наиболее частыми осложнениями ВИЧ-инфекции являются ДКМП и систолическая дисфункция ЛЖ. Они же являются и основными причинами формирования застойной сердечной недостаточности

Этиология и патогенез развития ДКМП и систолической дисфункции ЛЖ у ВИЧ-инфицированных окончательно не установлены. Частой причиной развития систолической дисфункции ЛЖ является воспалительная Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) - заболевание сердечной мышцы с дилатацией и систолической дисфункцией ЛЖ при отсутствии нарушений наполнения или ИБС, способных вызвать глобальное ухудшение систолической функции

Этиология окончательно не установлена. Часто дебютирует инфекционным миокардитом

Характеризуется резким расширением всех полостей сердца, кардиомегалией. Масса сердца может достигать 1000 г и более

Доминирующий клинический симптом - нарастающая сердечная недостаточность

Критерий заболевания - снижение фракции выброса левого желудочка и выраженное увеличение размера его полости

У ВИЧ-инфицированных встречается у 4-6 %

Ассоциируется со снижением количества CD4-лимфоцитов менее 100 на 1 мм³

Независимо от стадии ВИЧ-инфекции и степени иммуносупрессии отличается плохим прогнозом и высокой смертностью

Наиболее распространенные причины развития ДКМП у ВИЧ-инфицированных лиц:

Миокардиты: вирус Коксаки, Эпштейна-Барр, аденовирус, цитомегаловирус, ЕСНО-вирус, *Toxoplasma gondii*;

Аутоиммунные реакции;

Дефицит нутриентов (селен, витамин B12, карнитин);

эндокринные нарушения (снижение уровней тиреоидных гормонов, гормона роста, адреналина, гиперинсулинемия)

ВИЧ, индуцирующий каскад цитокиновых реакций в миокардиоцитах (у 30 % определяются кардиоспецифические аутоантитела)

Предикторы неблагоприятного исхода: вовлечение обоих желудочков, относительная недостаточность митрального клапана, нарушение внутрижелудочковой проводимости (блокада левой ножки п.Гиса), ХСН стадии IIБ и выше

Лечение ДКМП у пациентов с ВИЧ такое же, как и у ВИЧ-негативных больных с неишемической кардиомиопатией:

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Диуретики

Антагонисты альдостерона

Дигоксин

β-блокаторы

При туберкулезе специфические поражения сердечной мышцы встречаются крайне редко даже у ВИЧ-инфицированных лиц с глубокой иммуносупрессией

Развитие туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц часто сопровождается высокой активностью экссудативных реакций и поражением сердца в виде экссудативного перикардита

Быстрое накопление жидкости в перикарде нередко сопровождается формированием застойной сердечной недостаточности, что требует дифференциальной диагностики с поражением сердечной мышцы

Для изучения особенностей поражения сердца у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ, мы проанализировали истории болезней 9 пациентов, находившихся на лечении в РКТБ, у которых при поступлении имелись рентгенологические признаки экссудативного перикардита и явления застойной сердечной недостаточности

Диагноз экссудативного перикардита у четырех человек устанавливался на основании клинических данных, результатов ЭКГ, УЗИ и рентгенографии ОГК, и у пяти больных дополнительно подтверждался результатами ЭхоЭКГ, СКТ ОГК и на аутопсии

Анализ показал, что средний возраст пациентов составил 37 лет, у всех уровень CD4 не превышал 113 кл/мкл, медиана – 46 кл/мкл (в % соответственно 29,6 – 10,9), АРТ на догоспитальном этапе получал один человек

У всех пациентов определялись признаки генерализованного туберкулеза с поражением более двух органов, при этом туберкулез легких и ВГЛУ диагностировали у всех 9 больных, экссудативный плеврит – у 7 и периферических лимфоузлов – у 2 пациентов

Бактериовыделение всеми методами выявлено у 5 человек, устойчивость к рифампицину (ПЦР) – у одного

Одышка при незначительной физической нагрузке определялась у всех больных, отеки ног – у семи, в том числе у одного пациента была мерцательная аритмия, и у одного – асцит

У всех больных была увеличена частота сердечных сокращений – от 102 уд/мин до 120 уд/мин, медиана – 112 уд/мин

Систолическое давление не превышало 125 мм.рт.ст. (медиана – 100 мм.рт.ст.), диастолическое – 80 мм.рт.ст. (медиана – 65 мм.рт.ст)

Рентгенологически тень сердца была расширена у всех пациентов, из них у четырех человек выявлено расширение камер сердца (в одном случае при выполнении ЭхоЭКГ, в одном – СКТ ОГК и в двух – на аутопсии)

Таким образом, из девяти обследованных пациентов у четырех сердечная недостаточность была обусловлена не только скоплением жидкости в полости перикарда, но и прямым поражением сердечной мышцы с расширением камер сердца

Мы склонны рассматривать такое явление как возможное развитие дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), ассоциированной с ВИЧ

При этом даже успешное лечение специфического процесса с купированием явлений экссудативного перикардита и положительная динамика частичного восстановления иммунитета на фоне антиретровирусной терапии (АРТ) не останавливают прогрессирование кардиальной патологии с усилением кардиомегалии и нарушений кровообращения

Наш вывод демонстрирует следующее наблюдение

Больной М., 41 год, 07.02.2021 поступил в противотуберкулезное отделение РКТБ с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость и слабость в ногах, из-за чего не мог уверенно передвигаться, боли в области сердца, кашель со слизистой мокротой, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах

Заболел в начале октября 2020 г., когда появилась и в течение 4-х дней держалась фебрильная лихорадка, после чего оставался постоянный субфебрилитет, отмечались явления ринита. Лечился самостоятельно в течение месяца, состояние ухудшилось: появилась нарастающая одышка, отеки на ногах

Обратился к терапевту 16.11.2020, выполнена рентгенография органов грудной клетки (ОГК), патологии в легких не было, в правой плевральной полости определялось небольшое количество жидкости, тень сердца расширена по левому контуру

Для уточнения диагноза 24.11.2020 выполнена ЭхоЭКГ, выявили эксцентрическую гипертрофию миокарда, расширение левых полостей сердца и полости правого желудочка, минимальную митральную и трикуспидальную регургитацию, легочную гипертензию (давление в легочной артерии – 31-32 мм.рт.ст.). Фракция выброса – 74 %. В полости перикарда – минимальное количество жидкости

С диагнозом острого инфекционно-аллергического миоперикардита 25.11.2020 госпитализирован в кардиологическое отделение по месту жительства. На фоне лечения состояние улучшилось, однако при контрольной ЭхоЭКГ от 01.12.2020 выявлено прогрессирование процесса в виде расширения всех камер сердца, увеличения количества жидкости в перикарде до 300,0 мл. Фракция выброса снизилась до 47,2 %. Утолщения миокарда ЛЖ не было. От дальнейшего лечения больной отказался и был выписан с рекомендациями

Ухудшение состояния – в конце января 2021 г., при повторном обращении 07.02.2021 г. вновь выполнена рентгенография, в легких выявлена диссеминация. Больной санитарным транспортом доставлен в Донецк, консультирован фтизиатром РКТБ и в тот же день госпитализирован

При поступлении: состояние тяжелое, вынужденное положение полусидя, кожа с синюшным оттенком, акроцианоз. В легких – жестковатое дыхание, ЧД 22/мин. Сердце расширено в обе стороны, тоны прослушиваются с трудом. Тахикардия до 124/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 5-6 см, мягкая, умеренно болезненная. Выраженные отеки голеней и стоп

В мокроте: методом микроскопии были выявлены кислотоустойчивые бактерии (КУБ), молекулярно-генетическим (ПЦР) – ДНК МБТ. В дальнейшем был получен рост МБТ с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам 1-й линии.

В отделении выявлены антитела к ВИЧ, содержание CD4-лимфоцитов составляло 17 кл/мкл – 11,4 %.

Больному был выставлен диагноз генерализованного туберкулеза (легких, внутригрудных лимфоузлов, перикарда), начата противотуберкулезная химиотерапия (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). Одновременно проводилась кардиотропная (верошпирон, гипотиазид, фуросемид, торасемид, эналаприл, дигоксин) и патогенетическая (дексаметазон, витамины, антигипоксанты) терапия. Через месяц присоединена антиретровирусная терапия (ламивудин+долутегравир)

На фоне лечения через три месяца состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка, исчезли отеки на ногах, однако сохранялась стойкая тахикардия до 120-124/мин. После физической нагрузки вновь усилилась одышка, появились отеки, влажный кашель с прожилками крови. Отмечались клинические признаки отека легких. Рентгенологически отмечено появление свежих участков инфильтрации, расширение границ сердца

Кардиотропное лечение было усилено, в схему противотуберкулезной химиотерапии добавлены два препарата 2-й линии (амикацин, левофлоксацин). Состояние удалось стабилизировать

30.08.21 выполнена ЭхоЭКГ, определялась значительная дилатация полости ЛЖ, умеренная эксцентрическая гипертрофия миокарда, выраженное диффузное снижение сократимости, рестриктивная диастолическая дисфункция ЛЖ, увеличение обоих предсердий, относительная недостаточность митрального, трикуспидального клапанов. В перикарде выпота не было. Легочная гипертензия – 45-50 мм.рт.ст. ФВсего в отделении получил 214 доз противотуберкулезных препаратов. Рентгенологически определялась положительная динамика регрессии патологических изменений в легких. Прекратилось бактериовыделение.

При иммунологическом обследовании через три месяца от начала АРТ содержание CD4-лимфоцитов выросло до 202 кл/мкл - 28,3 %. Через 6 месяцев от начала АРТ вирусная нагрузка составляла менее 40 РНК/копий в мл

Несмотря на положительную динамику в лечении туберкулеза и восстановления иммунной системы, сохранялись перебои в работе сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберьи, одышка при физической нагрузке

Больной был выписан для продолжения лечения туберкулеза в амбулаторных условиях, рекомендовано наблюдение и лечение у кардиолога

Фракция выброса снизилась до 26 %

Таким образом, у данного пациента острый милиарный туберкулез дебютировал развитием специфического миоперикардита, который был расценен как инфекционно-аллергический. Отсутствие этиотропной терапии сопровождалось прогрессированием процесса с появлением диссеминации в легких и внутригрудной лимфаденопатии

Эффективное лечение туберкулеза с полным разрешением экссудативного перикардита, регрессией изменений в легких и лимфоузлах, а также положительная динамика частичного восстановления иммунитета на фоне АРТ не предотвратили дальнейшее прогрессирование кардиальной патологии, что было расценено нами как возможное развитие ВИЧ-ассоциированной дилатационной кардиомиопатии

Развитие застойной сердечной недостаточности у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ может возникать не только при развитии экссудативного специфического перикардита, но и быть результатом ВИЧ-ассоциированного поражения сердца, а также сочетанием обеих патологий

Коробова М.И., Былым Г.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ

Цель работы: изучение особенности течения беременности и родов, состояние новорождённых у женщин с перенесенной беременностью.

Материалы и методы исследования: нами ретроспективно было проанализировано 180 историй беременных пациенток, которых разделили на 2 группы: в I группу (основную) включены 80 женщин с перенесенной беременностью, завершившейся запоздалыми родами; во II группу (контрольную) - 100 женщин, у которых беременность закончилась срочными родами.

В исследовании применялись общеклинические методы обследования, ультразвуковое исследование, кардиотокография.

Результаты исследования: по результатам исследования было установлено, что первородящих женщин в основной группе составляет - 79%, а во II группе - 69%. При изучении акушерского анамнеза установили, что в I группе до настоящей беременности предшествовали медицинские или самопроизвольные аборт в сроках до 16 недель в 47% случаев, а во II - 30%. При изучении течения беременности выявлено, что токсикозы первой половины беременности у женщин I группы наблюдаются в 36% случаев и в 27% случаев II группы, преэклампсии в I группе были у 38% пациенток, во II - у 24%. Анемия беременных была выявлена в 40,6% и 32% случаев в I и во II группе соответственно, отеки беременных у 38% женщин основной группы и у 25% контрольной группы. Осложненные роды в I группе наблюдались в 96% и во II - в 48% женщин. Основным осложнением течения родов в I группе является слабость родовой деятельности, наблюдается у 40% женщин (во II - 10%). Преждевременное отхождение околоплодных вод было в 17% случаев в I группе и в 27% во II группе. Средняя продолжительность родов в основной группе составила 9 ч 40 мин., в контрольной - 6 ч 30 мин. Травмы родовых путей в I группе составляет 22% родильниц, во II группе - у 14%, раннее гипотоническое кровотечение в 25% и в 5% случаев соответственно I и во II группе. Оперативные вмешательства в родах применялись в 35% случаев в I группе и в 20% II группы, частота кесаревых сечений была в 40%

и 15% соответственно. Средняя оценка по шкале Апгар при рождении составила 6,6/7,3 в I группе и 7,7/9,1 баллов во II. Послеродовые реанимационные мероприятия новорожденным проводились в 53% случаев в I и в 28% во II группах. Общая кровопотеря в родах составила 350 мл и 280 мл соответственно. Патологические состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде наблюдались у 70% детей при перенесенной беременности и у 35% детей, рожденных в срок.

Выводы. Беременность при перенашивании чаще осложняется поздними гестозами, отеками, анемией, преэклампсией. Особенностью запоздалых родов является высокая частота слабости родовой деятельности, оперативного родоразрешения и родовой травматизм. У детей, появившихся в результате запоздалых родов чаще отмечается асфиксия различной степени тяжести, в т.ч. и тяжелые ее проявления, являющиеся показаниями для первичной реанимации. Таким образом, перенесенная беременность и запоздалые роды относятся к беременности и родам высокого риска как для матери, так и для новорожденного. Учитывая вышеизложенное, современные условия требуют поиска новых, достоверных критериев диагностики и прогнозирования данной патологии.

Косенкова-Дудник Е.А.

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

КОНЦЕПТ «ЗДОРОВЬЕ» СКВОЗЬ ПРИЗМУ ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМОВ

Концепт «здоровье» играет важную роль в системе римского культурного пространства и отражает способ и логику мышления древних римлян.

В словарях латинского языка зафиксировано несколько значений понятия «здоровье», в частности «*valetudo*», «*sanus*», «*salus*» и производные от них.

Понятие «*valetudo*» широко использовалось в латинской прозе и поэзии в высказывании *Facile omnes, cum valemus, recta consilia aegrotis damus* «Когда мы здоровы, то легко даем больным хорошие советы». Оппозиция *valemus/aegrotis* указывает на прямое значение корня *vale* – «физическое здоровье». *Vene valete* «Будьте здоровы», *Vale* «Будь здоров! Прощай!» В этих выражениях «*valetudo*» вряд ли ограничивается пожеланием просто здоровья. Очевидно, тут это существительное имеет более широкую семантику и обозначает пожелание человеку добра, успехов, т.е. реализуется через понятие «благо»

Как показывает анализ контекстов, «*salus*» лишь изредка указывает на физическое здоровье (как отсутствие соматических заболеваний): *ad salutem reducere* (Цицерон) – «вылечить»; *salutis custos* (Руф) – «личный врач». Чаще всего номен «*salus*» органически вплетается в концептосферу «блага». В контексте афоризма *Ave Caesar, imperator, morituri te salutant* (Светоний) «Здравствуй Цезарь, император идущие на смерть приветствуют тебя» глагол *salutant* означает «рады тебе, желают тебе добра, славы, величия». *Salus populi suprema lex* (Цицерон) «Благо народа – наивысший закон» и перефразы *Salus patriae suprema lex* «Благо отечества – наивысший закон», в этих двух сентенциях семантика *salus* выходит далеко за рамки понятия «здоровье» и отражает, вероятно, «благо», «добро» народа, которому в общественном сознании древних римлян подчинялись не только личные интересы каждого гражданина, а даже и сама жизнь. Еще одно семантическое наполнение существительного «*salus*», зафиксировано в сентенциях: *Dixi et salvavi animam meam* «Я сказал и тем спас свою душу» (облегчил, предоставил благо своей душе); *Una salus victis nullam sperare salutem* «Одно спасение для побежденных – не мечтать о спасении». Здесь *salus* можно интерпретировать как спасение, душевный комфорт, спокойствие, личная неприкосновенность, честь, свобода, физическое благополучие, отсутствие внешней угрозы, которое нарушает душевную гармонию.

«*Sanus*» репрезентует сему «здоровый»; часто употребляется в оппозиции «здоровый физически»/«здоровый душевно». *Etiā sanato vulnere cicatrix manet* «И зажившие раны оставляют рубцы». Паремия следует воспринимать как в прямом значении (раны оставляют рубцы), так и в переносном – душевные обиды, душевная боль оставляют свои следы. *Mens sana in corpore sano* – «В здоровом теле здоровый дух». Высказывание из X сатиры Ювенала, где полный контекст звучит: «Надо молить богов, чтобы ум здоровый (в смысле разумный, сознательный, осознанный) был в теле

здоровом». Выражение часто трактуют ошибочно: будто бы здоровье тела само по себе ведет к душевному здоровью. Однако, это противоречит первоначальному смыслу, вложенному автором. *Pars sanitatis velle sanari fuit* «Желания выздороветь – часть выздоровления»; *Medicus curat, natura sanat* «Врач лечит, природа исцеляет». В этих сентенциях глагол *sanare* имеет прямое значение «лечить, исцелять».

Рассмотренные лексемы, которые вербализуют концепт «здоровье» в латинских афоризмах, представляют разные референтные ситуации. «*Sanus*» является ключевым номеном в паремиях для обозначения здоровья; этому слову не свойственны другие значения. «*Valetudo*» имеет периферийные семы, которые соотносят это понятие с «благом». Существительное «*salus*» имеет сему «благо»: «спокойствие, удовлетворенность жизнью, спасение, безопасность, спасение»

Косторев А.С., Кустов Д.Ю., Москаленко А.М., Стоялова Ю.В.

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

ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ ДОЗ ПРОГЕСТЕРОНА НА КАРТИНУ БЕЛОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОЧЕТАННОГО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Актуальность. Аутоиммунные заболевания (АИЗ) являются гетерогенной группой заболеваний со сложным патогенезом, оказывающих негативное влияние на работу нейроиммуноэндокринной системы (НИЭС). Лечение АИЗ представляет собой сложный комплекс мер, направленный на достижение стойкой ремиссии. В настоящее время наблюдается значительный рост числа заболеваний данной группы среди взрослого населения. Аутоиммунный гипогонадизм (АИГ) и ревматоидный артрит (РА) относятся к распространенным АИЗ, частота встречаемости которых у женщин значительно выше, чем у мужчин. Одной из предполагаемых причин полового диморфизма является свойство женских половых гормонов в сверхфизиологических концентрациях оказывать иммуномодулирующее действие. В частности, подобное свойство имеет прогестерон (ПРГ). Однако в ряде исследований было выявлено, что ПРГ в малых дозах может обладать иммуносупрессивным действием, что позволяет предположить возможность использования гормона для улучшения качества жизни пациента.

Цель: смоделировать АИГ ассоциированный с РА (АИГ+РА). Изучить влияние прогестерона на картину белой крови у крыс с моделью сочетанной аутоиммунной патологии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 30 половозрелых самцах белых лабораторных крыс. Моделирование АИГ+РА осуществлялось по оригинальной методике, путем введения гомогената семенников и коллагена 2-го типа в эмульсии неполного адьюванта Фрейнда. Моделирование АИЗ подтверждалось наличием антитестикулярных аутоантител и ревматоидного фактора в сыворотке крови. Так же косвенным показателем аутоиммунного процесса являлся лимфоцитоз и сокращение времени свертываемости крови. Забор крови и подсчет лейкоцитов проводился по стандартной методике. Введение малых доз ПРГ осуществлялось подкожно в течение 90 дней. Полученные в ходе эксперимента данные были систематизированы с помощью программы Excel.

Результаты. В группе самцов АИГ+РА был выявлен выраженный лимфоцитоз на фоне снижения количества сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов в периферической крови относительно показателей интактных особей. После проведения коррекции в группе АИГ+РА+ПРГ малыми дозами гормона наблюдалось снижение уровня лимфоцитов при повышении количества сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов, что приблизило показатели лейкоцитарной формулы к данным интактной группы; также введение ПРГ значительно ускорило процесс свертывания крови.

Выводы. Полученное снижение количества лимфоцитов в ходе введения ПРГ самцам белых лабораторных крыс с моделью АИГ+РА может свидетельствовать о его иммуносупрессивном воздействии в малых дозах при АИЗ. Значительное увеличение показателя времени свертывания крови относительно интактных особей и группы АИГ+РА вследствие введения ПРГ может быть связано с особенностями его влияния на гемостаз при учете полового диморфизма. Необходимо проводить

дальнейшее изучение влияния ПРГ на НИЭС в различных концентрациях с учетом взаимозависимых сигнальных путей половых гормонов в мужском и женском организме.

Костямин Ю.Д., Курилов В.Л., Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Коняшин А.А.

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

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОВЕНОЗНОГО ТРАНСПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Цель: оценить возможность формирования аутовенозного трансплантата на верхней конечности и использование его для реконструктивных операций на бедренно-подколенно-тибиальном сегменте.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ 9 оперированных больных: 6 мужчин (67%), 3 женщин (33%), с критической ишемией нижних конечностей находившихся на лечении с января 2020г. по март 2021г. в отделении хирургии сосудов ИНВХ им. В.К.Гусака. Средний возраст больных - 65 лет. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца выявлена у 6 пациентов, фибрилляция предсердий – у 2, сахарный диабет – у 4, язвенная болезнь в стадии ремиссии - у 3, ХОЗЛ – у 1 пациента. Семеро больных поступили с IV степенью хронической артериальной недостаточности (по классификации Фонтейна-Покровского), двое – с III степенью. На период формирования артериовенозной фистулы (АВФ) больным проводился комплекс консервативного лечения для стабилизации ишемического процесса в конечности. С этой целью использовались – внутриаартериальная терапия, в/в терапия, обезболивание через эпидуральный катетер и другое. У всех больных была сформирована АВФ на предплечье с целью формирования венозного кондуита и использования его для будущей реконструктивной операции на бедренно-подколенно-берцовом сегменте. Случаев венозной недостаточности на верхней конечности не выявлено. В шести случаях больным формировалась АВФ, так как большая подкожная вена была непригодна для шунтирования в связи с малым диаметром (установленным по доплеровскому мониторингованию обеих нижних конечностей). В трёх случаях больным выполнялось формирование АВФ в связи с отсутствием венозного материала на обеих нижних конечностях, использованного ранее при выполненных операциях: бедренно-тибиальном, бедренно-подколенном шунтированиях.

Результаты: В итоге во всех случаях удалось сформировать аутовенозный трансплантат на верхней конечности достаточного диаметра. У семи пациентов он был использован для реконструктивных операций. В четырёх случаях выполнены первичные шунтирующие операции: бедренно-заднебольшеберцовое шунтирование (у одного больного необходимо было проводить сплайсинг вены с руки и вены с ноги), в трёх случаях выполнены повторные операции: бедренно-переднеберцовое, бедренно-малоберцовое, бедренно-тибиоперонеальное шунтирования. У одного пациента АВФ была успешно сформирована, но в связи с сопутствующей патологией провести реконструктивную операцию было невозможно. Один пациент отказался от проведения оперативного вмешательства ввиду купирования болевого синдрома и критической ишемии консервативной терапией. У троих пациентов произошел тромбоз фистулы: в первом случае пришлось сформировывать АВФ на предплечье другой руки, во втором проведена успешная тромбэктомия, в третьем – разрушение клапанов. У всех троих реконструктивные операции прошли успешно.

Обсуждение: Облитерирующий атеросклероз – лидирующее заболевание при поражении сердечно-сосудистой системы. Наиболее сложной проблемой в сосудистой хирургии является помощь больным с окклюзией бедренно-подколенно-тибиального сегмента при критической ишемии нижних конечностей. При выполнении реконструктивных вмешательств на инфраингвинальном сегменте используют различные виды трансплантатов. Нередко, сосудистые хирурги, сталкиваются с проблемой отсутствия венозного материала ввиду рассыпного типа строения, малого диаметра, варикозной трансформации, использования в качестве трансплантата при ранее выполненных операциях или ее предшествующем удалении. Одним из выходов в данной ситуации есть формирование аутовенозного трансплантата на верхней конечности и его использование в реконструктивных операциях.

Вывод: Формирование артериовенозного трансплантата на верхней конечности – способ, который можно использовать при отсутствии подходящей аутовены на нижних конечностях и таким образом увеличить операбельность больных с облитерирующим атеросклерозом. Данная методика требует дальнейшего изучения, но благодаря ей можно предотвратить прогрессирования хронической артериальной ишемии, купировать развитие трофических нарушений и в итоге уменьшить количество ампутаций нижних конечностей.

Котов В.С.

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

НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ В НОРМАХ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Нормы радиационной безопасности как ДНР так и РФ основаны на рекомендациях и нормах международных организаций – Международной комиссии по радиологической защите (МКРЗ) и Международного агентства по атомной энергетике (МАГАТЭ). Действующие в ДНР Нормы радиационной безопасности Украины (НРБУ-97/Д2000) основаны и на отдельных положениях российских НРБ-96 – предшественников НРБ-99/2009.

Российские НРБ-99/2009 учитывают более поздние рекомендации МКРЗ и нормы МАГАТЭ, чем НРБ-96 и НРБУ-97/Д2000.

Кроме того, у нас продолжают действовать некоторые санитарные правила, касающиеся радиационной безопасности, принятые при СССР, в то время как в России эти правила были пересмотрены и вместо них введены новые.

Согласно НРБУ-97 предел годовой эффективной дозы для персонала категории Б составляет 2 мЗв; в то же время, согласно российских НРБ-99/2009 эта же величина должна составлять 1/4 от предела дозы для категории А – 5 мЗв. Аналогично, более жёсткими в ДНР являются и пределы эквивалентной дозы внешнего облучения для хрусталика глаза, кожи, кистей и стоп, а также допустимые уровни для категории Б. При этом установленные пределы доз для категорий А и В (население) совпадают.

Исходя из того, что лица категории Б непосредственно не заняты работой с ИИИ, но работают в сфере воздействия техногенных источников, более реальным и логичным для них представляется предел годовой дозы, установленный российскими нормами – 5 мЗв.

На территории обеих стран присутствуют радоноопасные регионы. Территория ДНР по особенностям геологического строения и структурно-тектоническим особенностям сходна с большей частью территорией России. Радиоактивный газ радон вносит основной вклад в дозу облучения населения от природных источников. Нормы радиационной безопасности у нас и в России устанавливают норму содержания радона в воздухе жилых и общественных помещений в единицах среднегодовой эквивалентной равновесной объемной активности. При этом учитывается содержание в воздухе двух изотопов радона: радона-222 и радона-220 (торона).

Согласно НРБ-99/2009 при проектировании новых зданий жилищного и общественного назначения должно быть предусмотрено, чтобы среднегодовая эквивалентная равновесная объемная активность дочерних продуктов радона и торона в воздухе помещений не превышала 100 Бк/м³. В эксплуатируемых жилых и общественных зданиях – 200 Бк/м³.

В ДНР эти величины согласно с НРБУ-97/Д2000 составляют 50 Бк/м³ и 100 Бк/м³ для радона и 3 Бк/м³, 6 Бк/м³ для торона соответственно.

Учитывая различие в расчёте ЭРОА (в России ЭРОА радона и ЭРОА торона сводятся к одному значению, в ДНР – нормируются отдельно), получается, что у нас устанавливаются более жёсткие нормы по радону в воздухе помещений.

Более жёсткий норматив может потребовать проводить мероприятия по снижению содержания радона в воздухе жилых и общественных зданий, что как технически, так и экономически невозможно.

Таким образом НРБ-99/2009 устанавливают более реальные требования с учётом природных особенностей, а также технических и экономических возможностей по сравнению с НРБУ-97/Д2000, что подчеркивает необходимость унификации норм радиационной безопасности Донецкой Народной Республики и Российской Федерации.

Котова И.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2-ГО ТИПА В ПЕРИОД НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИД. ОБСТАНОВКИ

Вспышка заболеваемости в 2020-20221 годах вызвала необходимость принятия более эффективных профилактических мер среди населения. Особое внимание необходимо уделять пациентам с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, так как пациенты с обострением ХОБЛ в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки составляют группу риска по заболеваемости ОРВИ, гриппом и вирусными пневмониями.

Цель работы- повысить эффективность медицинской профилактики обострений ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на амбулаторном этапе с применением мельдония и бронхомунала в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы исследования. На амбулаторном этапе исследованию подлежали 84 пациента с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа в стадии ремиссии, которые были разделены на две группы. Основная группа включала 46 пациентов, которые получали препараты с целью профилактики ХОБЛ, и группа сравнения - 38 пациентов, которые их не получали. Пациентам основной группы, было предложено комплексное применение препарата мельдония, оказывающим плеiotропное действие, в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 3-х недель и 3 курса приема препарата «Бронхо-мунал» по 1 таб. (7 мг) 1 раз в день в течение 10 дней с 20-дневным перерывом, который является иммуномодулятором и снижает риски обострений ХОБЛ. После предложенных курсов медицинской профилактики через 6 месяцев и через 1 год, проводилась клиническая оценка общего состояния, частоты и длительности обострений ХОБЛ, оценивались показатели САТ-теста, mMRC и теста с 6-минутной ходьбой.

Результаты и обсуждение. Проведение медицинской профилактики обострения ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, способствовало уменьшению показателей САТ-теста к концу года наблюдения в 1,7 раза, mMRC в 1,6 раз увеличению дистанции прохождения в тесте с 6-минутной ходьбой, в среднем, на 48 м и урежению обострений ХОБЛ в течение года в 1,5 раза.

Выводы. Пациентам с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, рекомендуется проведение медицинской реабилитации с целью профилактики обострений ХОБЛ, так как достоверно уменьшает частоту обострений ХОБЛ, уменьшает показатели САТ-теста, mMRC и способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Котова И.С., Победенная Г.П.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2-ГО ТИПА В ПЕРИОД НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИД.ОБСТАНОВКИ.

Вспышка заболеваемости в 2020-20221 годах вызвала необходимость принятия более эффективных профилактических мер среди населения. Особое внимание необходимо уделять пациентам с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2-го типа,

так как пациенты с обострением ХОБЛ в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки составляют группу риска по заболеваемости ОРВИ, гриппом и вирусными пневмониями.

Цель работы - повысить эффективность медицинской профилактики обострений ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на амбулаторном этапе с применением мельдония и бронхомунала в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы исследования. На амбулаторном этапе исследованию подлежали 84 пациента с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа в стадии ремиссии, которые были разделены на две группы. Основная группа включала 46 пациентов, которые получали препараты с целью профилактики ХОБЛ, и группа сравнения - 38 пациентов, которые их не получали. Пациентам основной группы, было предложено комплексное применение препарата мельдония, оказывающим плеiotропное действие, в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 3-х недель и 3 курса приема препарата «Бронхо-мунал» по 1 таб. (7 мг) 1 раз в день в течение 10 дней с 20-дневным перерывом, который является иммуномодулятором и снижает риски обострений ХОБЛ. После предложенных курсов медицинской профилактики через 6 месяцев и через 1 год, проводилась клиническая оценка общего состояния, частоты и длительности обострений ХОБЛ, оценивались показатели САТ-теста, mMRC и теста с 6-минутной ходьбой.

Результаты и обсуждение. Проведение медицинской профилактики обострения ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, способствовало уменьшению показателей САТ-теста к концу года наблюдения в 1,7 раза, mMRC в 1,6 раз увеличению дистанции прохождения в тесте с 6-минутной ходьбой, в среднем, на 48 м и урежению обострений ХОБЛ в течение года в 1,5 раза.

Выводы. Пациентам с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа, рекомендуется проведение медицинской реабилитации с целью профилактики обострений ХОБЛ, так как достоверно уменьшает частоту обострений ХОБЛ, уменьшает показатели САТ-теста, mMRC и способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Коценко Ю.И.

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

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Цель: определить особенности неврологических симптомов диабетической полинейропатии (ДПНП) при сахарном диабете 2 типа (СД2) и оценить тяжесть течения у пациентов молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные 171 больного в возрасте $33,8 \pm 1,9$ лет (мужчин – 48%, женщин – 52%) с СД2 длительностью $4,7 \pm 1,2$ лет (1-13 лет) и гипергликемией $7,1 \pm 1,4$ ммоль/л. Всем обследуемым выполнен неврологический осмотр с использованием специализированных шкал, в том числе шкалы оценки симптомов невропатии (TSS; NSS), инвалидизации (NDS), диагностики болевой диабетической невропатии (DN4), клинико-лабораторные (гликемический профиль, глюкоза крови натощак, HbA1c) и инструментальные исследования (ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий с эффектом доплера, МРТ головного мозга в ангиорежиме и электронейромиография рук и ног). Данные обработаны статистически.

Результаты. После комплексного обследования у 91 больного ($53,2 \pm 3,8\%$) с СД2 выявлена ДПНП, где $40,7 \pm 5,1\%$ были пациенты молодого возраста (35-44 лет) и $59,3 \pm 5,1\%$ – среднего возраста (45-59 лет). Длительность СД2 у молодых составил $5,2 \pm 2,8$ лет с гипергликемией $8,1 \pm 3,2$ ммоль/л, в среднем возрасте длительность СД2 была $8,4 \pm 2,1$ лет с гипергликемией $11,7 \pm 1,9$ ммоль/л. У всех пациентов ДПНП развивалась не ранее 2 месяцев после постановки диагноза СД. При СД2 у молодых чаще имела место тонковолокнистая ДПНП ($40,5 \pm 8,1\%$), изолированные сенсорные ($35,1 \pm 7,9\%$) и моторные ($24,3 \pm 7,1\%$), в среднем возрасте преобладали сенсо-моторные ($46,3 \pm 6,8\%$), изолированные сенсорные ($31,5 \pm 6,3\%$) и моторные ($22,2 \pm 5,7\%$) формы ДПНП. Все обследуемые с ДПНП испытывали комбинацию сенситивных и моторных нарушений, которые манифестировали у молодых в среднем че-

рез $3,7 \pm 2,2$ лет от диагностики СД2 и в среднем возрасте через $5,2 \pm 1,9$ лет. Молодые пациенты чаще жаловались на онемение ($67,6 \pm 7,7\%$), жжение ($78,4 \pm 6,8\%$), тяжесть и усталость в ногах ($56,8 \pm 8,1\%$) с жгучими ($43,2 \pm 8,1\%$) и стреляющими болями в них ($51,3 \pm 8,2\%$). В среднем возрасте отмечали покалывание ($68,5 \pm 6,3\%$), чувство «ползания мурашек» ($48,1 \pm 6,8\%$), «шлепание» стоп ($63 \pm 6,6\%$) и шаткость при ходьбе в темное время суток ($44,4 \pm 6,8\%$), слабость в кистях и стопах ($61,1 \pm 6,6\%$), затруднение при подъеме по лестнице ($70,4 \pm 6,2\%$). В неврологическом статусе при СД2 преобладали ($p < 0,05$, хи-квадрат) нарушения болевой ($43,2 \pm 8,1\%$) и тактильной ($45,9 \pm 8,2\%$) чувствительности, снижение ахилловых рефлексов ($37,8 \pm 8\%$), у больных среднего возраста чаще ($p < 0,05$, хи-квадрат) отмечали снижение вибрационной чувствительности ($53,7 \pm 6,8\%$), снижение коленных ($40,7 \pm 6,7\%$) и отсутствие ахилловых рефлексов ($38,9 \pm 6,6\%$), периферические дистальные парезы стоп ($20,4 \pm 5,5\%$). У молодых обследуемых с ДПНП при СД преобладала ($p = 0,045$, хи-квадрат) умеренная степень тяжести невропатии по TSS ($59,5 \pm 8,1\%$) (средний балл (СБ) $7,3 \pm 3,7$; Ме 6 [4;8]) и NSS ($51,4 \pm 8,2\%$) (СБ $4,2 \pm 2,8$; Ме 4 [3;6]) с развитием умеренной степени инвалидизации по NDS ($45,9 \pm 8,2\%$) (СБ $12,9 \pm 3,5$; Ме 13 [5;15]). В среднем возрасте превалировала ($p = 0,0037$, хи-квадрат) выраженная степень клинических проявлений ДПНП по TSS ($53,7 \pm 6,8\%$) (СБ $9,6 \pm 2,6$; Ме 9 [7;10]) и NSS ($57,4 \pm 6,8\%$) (СБ $6,1 \pm 2,4$; Ме 6 [5;9]) с формированием выраженной инвалидизации по NDS ($42,6 \pm 6,7\%$) (СБ $16,8 \pm 2,5$; Ме 17 [9;20]). По DN4 у молодых чаще ($p = 0,042$, хи-квадрат) имела место легкая ($37,8 \pm 8\%$) и умеренная ($51,4 \pm 7,5\%$) степень выраженности нейропатической боли (СБ $7,8 \pm 2,6$; Ме 7 [5;8]), в среднем возрасте – легкая ($64,8 \pm 6,5\%$) степень (СБ $8,9 \pm 2,3$; Ме 9 [6;9]) ($p = 0,04$, хи-квадрат).

Выводы. В среднем возрасте при ДПНП преимущественно ($p < 0,05$) встречалась комбинация сенсо-моторных нарушений ($46,3\%$) с выраженным неврологическим дефицитом ($53,7\%$) и степенью инвалидизации ($42,6\%$) по сравнению с молодыми, при этом умеренную нейропатическую боль чаще испытывали молодые пациенты ($51,3\%$) с СД2 ($p < 0,05$).

Коценко Ю.И., Статинова Е.А.

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

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Цель: определить особенности когнитивных функций у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) при сахарном диабете (СД).

Материалы и методы. Проанализированы данные 142 пациентов в возрасте $43,8 \pm 2,2$ лет (мужчин – $47,2\%$, женщин – $52,8\%$) с СД, где СД1 выявлен в $36,6\%$ случаев длительностью $3,9 \pm 1,9$ лет (1-10 лет) и гипергликемией $9,1 \pm 2,8$ ммоль/л, СД2 – $63,4\%$ длительностью $4,4 \pm 2,8$ лет (4-13 лет) и гипергликемией $8,3 \pm 2,1$ ммоль/л. Все пациенты страдают хронической ишемией мозга при СД. С сентября 2020 года по март 2021 год $33,8\%$ перенесли COVID-19 с умеренными клиническими проявлениями, где при СД1 COVID-19 (GrO1) имел место в $35,4\%$ случаев, при СД2 (GrO2) – в $64,6\%$. Остальные пациенты сформировали контрольные группы с СД1 (GrC1) ($37,2\%$) и СД2 (GrC2) ($62,8\%$). Группы пациентов с COVID-19 и без него были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем обследуемым выполнен неврологический осмотр, клиничко-лабораторные (гликемический профиль, глюкоза крови натощак, HbA1c) и инструментальные исследования (ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий с эффектом доплера, МРТ головного мозга в ангиорежиме). Когнитивный профиль оценивался с использованием шкал: батарея лобной дисфункции (FAB), краткая шкала ментального статуса (MMSE), таблицы Шульце (ТШ), методика «Заучивания 10 слов» А.Р. Лурия (МЛ) и тест рисования часов (ТРЧ). Данные обработаны статистически.

Результаты. У всех пациентов при СД с COVID-19 выявлены когнитивные нарушения (КН), где в GrO1 преобладали умеренные КН (УКН) ($82,4 \pm 9,2\%$), в GrO2 – выраженные (ВКН) ($54,8 \pm 8,9\%$) и УКН ($38,7 \pm 8,7\%$). В GrC1 преимущественно были УКН ($63,6 \pm 8,4\%$), в GrC2 – легкие (ЛКН) ($58,3 \pm 7,1\%$) и УКН ($31,3 \pm 6,7\%$). В GrO1 чаще жаловались на нарушение переключения внимания ($64,7 \pm 11,6\%$), замедление мышления ($76,5 \pm 10,3\%$), нарушение памяти ($88,2 \pm 7,8\%$), в GrO2 – снижение объема

(48,4±9%) и концентрации внимания (51,6±9%), быструю истощаемость (87,1±6%) и затруднения при обобщении (61,3±8,7%).

В группах пациентов с СД без COVID-19 при СД2 КН имели место в 94,3% случаев, при СД2 – в 81,4%. В GrC1 пациенты чаще отмечали снижение объема (63,6±8,4%) и концентрации внимания (54,5±8,7%), быструю истощаемость (48,5±8,7%) и снижение простой реакции выбора (51,5±8,7%), в GrC2 – нарушение переключения внимания (58,3±7,1%), замедление мышления (64,6±6,9%) и снижение простой реакции выбора (52,1±7,2%).

В GrO по MMSE при СД1 чаще диагностировали УКН (88,2±7,8%), при СД2 – УКН (41,9±8,7%) и ВКН (58,1±8,7%) с легкой лобной дисфункцией (FAB) (GrO1 – 64,7±11,6%, GrO2 – 67,7±8,4%) (FAB). В GrC1 преобладали ЛКН (30,3±8%) и УКН (33,3±8,2%) (MMSE), в GrC2 – ЛКН (66,7±6,8%). По МЛ в GrO чаще были умеренные нарушения (GrO1 – 52,9±12,1%, GrO2 – 71±8,2%), в GrC – легкие (GrC1 – 54,5±8,7%, GrO2 – 72,9±6,4%). По ТШ в GrO1 преобладали легкая (64,7±11,6%) и умеренная (35,3±11,6%) замедленности, в GrO2 – умеренная (77,4±7,5%), в GrC – легкая замедленность (GrC1 – 72,7±7,8%, GrC2 – 79,2±5,9%). По ТРЧ в GrO1 пациенты чаще получали 8 баллов (82,4±9,2%), в GrO2 – 7 баллов (83,9±6,6%), в GrC1 – 9 (54,4±8,7%) и 8 баллов (45,4±8,7%) и в GrC2 – 9 баллов (60,4±7,1%).

Выводы. Отмечено, что у всех пациентов при СД после перенесенной COVID-19 выявлены КН, где при СД1 преобладали УКН (82,4%), при СД2 – ВКН (54,8%) и УКН (38,7%). Выраженность КН при СД2 после COVID-19 возрастала у обследуемых по сравнению с пациентами при СД2 без COVID-19 ($p<0,05$). В результате проведенного исследования целесообразно мониторировать в динамике мнестическую сферу при СД после COVID-19.

Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Гольнева А.П.

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

САМООБУЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ НЕВРОЛОГИЯ

Одной из ведущих компетенций освоения дисциплины «Неврология» является способность к самосознанию потребностей в получении новых знаний и навыков. В связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией и с целью предотвращения распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) обучение в медицинском ВУЗе в 2020-2021 учебном году проходило с применением дистанционных образовательных технологий в системе MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment). Обучающимся приходилось получать знания по дисциплине «Неврология» в интерактивной режиме в виде самообучения и под контролем преподавателя в виде обратной связи.

Однако, не следует отождествлять дистанционное изучение дисциплины и самообучение. Ведь самообучение – это вид деятельности человека, направленный на самостоятельное познание чего-то нового. Для реализации самообучения необходима собственная мотивация студента и умение находить материал, доступный для изучения, при самообучении информация запоминается быстрее и на более длительный срок. Ответы на вопросы и разъяснения замечаний, возникшие во время занятий, обучающийся может получить только на просторах интернета, а их качество и компетентность зачастую подвергаются сомнению.

При традиционном (в т.ч. дистанционном) обучении слушателю необходимо взаимодействовать с преподавателем, который мотивирует, контролирует, направляет и корректирует во время занятий, что в последующем положительно сказывается на уровне знаний, умений и навыков. Наличие доброжелательной атмосферы во время занятий позволяет получить лучший результат освоения дисциплины «Неврология» у обучаемого.

При внедрении дистанционных образовательных технологий эффективность самостоятельной работы заключается в интерактивном взаимодействии преподавателя и слушателя, качественно разработанном курсе на образовательной платформе, а также способе предоставления учебных и ме-

тодических материалов. Для комплексной работы преподаватель должен владеть компетенциями в области педагогики, психологии общения в виртуальной среде и информационных технологий.

Дистанционное обучение освоения дисциплины «Неврология» структурировано взаимосвязанными блоками: целевой, методический, учебный, консультативный и контролирующий. Поставленная цель обучения позволяет слушателю понять полученный результат. Методический и учебный блоки показывают степень выраженности способности к самообучению. Для определения уровня полученных знаний используется контрольный блок с решением тестовых заданий. На данном этапе можно верифицировать недостатки самообучения, которые связаны с низкой мотивацией студента, неспособностью обучаемого получить необходимый объем знаний и структурировать их. Для устранения недостатков самообучения в интерактивном режиме используется консультативный блок, который позволяет осуществлять активацию познавательной деятельности слушателей, решение ситуационных заданий в виде беседы и обсуждения.

Таким образом, самообучение является необъемлемой частью получения новых знаний или обновление прежних. Применение дистанционных технологий при изучении дисциплины позволяет аккумулировать знания и приобрести практические навыки под контролем преподавателя. Отсутствие способности к самообучению может приводить к низким результатам освоения дисциплины. Несмотря на эпидемическую ситуацию, связанную с COVID-19, обучающийся должен постоянно совершенствоваться, приобретая новые знания, умения и навыки путем самообучения с применением дистанционных образовательных технологий в интерактивном режиме.

Кравченко А.В.*., Лимановский А.И.., Службин Ю.А.**., Колесниченко Г.Е.*., Джерелей О.Б.*., Якубенко Я.В.*., Добродомова Н.Б.*., Вертыло Н.А.***

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР

**ГУ «Донецкий физико-технический институт им. А. А. Галкина»

ПРИМЕНЕНИЕ КОНТАКТНОЙ ЦИФРОВОЙ ТЕРМОГРАФИИ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ЗОН МИОФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Распространенность остеоартрозов среди населения достигает 6,43%, а максимальные показатели у лиц старше 45 лет достигают 13,9%. На фоне общемировой тенденции роста продолжительности жизни, изучение остеоартроза приобретает все более важное практическое значение.

Остеартроз (ОА) коленного сустава характеризуется сопутствующими изменениями в параартикулярных тканях. А именно, формируются болезненные мышечные уплотнения (триггеры) и контрактурное укорочение мышц и связочного аппарата, возникает спаечный миофасциальный синдром. Следует упомянуть о доказанной эффективности миорелаксантов в лечении ОА крупных суставов в серии открытых клинических исследований, что сделало данную группу препаратов частью стандартов по лечению скелетно-мышечной боли.

Для выявления зон болезненных мышечных уплотнений (миофиброза или триггеров) может применяться термографический метод. На сегодняшний день наиболее распространена дистанционная инфракрасная термография. В нашем исследовании изучение триггеров проводилось контактным цифровым термографом КТЦ-1, разработанным в ГУ «Донецкий физико-технический институт им. А. А. Галкина». Главной особенностью разработанного прибора являются его высокие разрешающие возможности. Так, между двумя точками измерения минимальный перепад температур составляет у КТЦ-1 - 0,06С0, а при дистанционной термографии - 0,3С0.

Нами исследованы пациенты с деформирующим остеоартрозом коленных суставов II-III степени (согласно классификации Kellgren и Lawtence), у которых выявлялись участки миофиброза и взаимосвязанное с этими участками расположение триггеров. Термограммы произведены с интервалом 10 дней.

По данным Melzack R., основанными на применении дистанционной термографии, биологически активные точки совпадают с триггерными точками в 70-95% и имеют температуру выше изотермы на Δt 2,30С.

В нашем исследовании выявлена Δt триггерной точки в диапазоне от 0,40С до 2,20С. Таким образом, по нашим данным триггерные точки на кожной поверхности находятся в режиме охлаждения. Сопоставление размеров, формы, площади выявленных триггеров показывает существенные различия у мужчин и женщин, что может быть обусловлено разной степенью двигательной активности. Так же нами выявлено сниженное в 1,9 раза количество триггеров у мужчин, по сравнению с женщинами. Форма триггеров у мужчины приближается к кругу с площадью около 3 см². Диагностированные триггеры у женщин вытянуты по форме мышечных волокон с плотным контуром, вызванным контрактурной перестройкой участка мышцы и гораздо большей площадью (до 10 см²).

Таким образом, возможности КТЦ-1 позволяют с высокой точностью регистрировать размер, площадь, форму триггера по его температурному полю, что, в свою очередь, позволяет врачу определять измененные ткани, достоверно классифицировать триггерно-алгический компонент в общем болевом синдроме при ОА, доля которого достигает 40-50%. Дифференцировать болевой синдром, применять к лечению ОА коленного сустава и сопутствующих им болезненных мышечных уплотнений различные подходы.

Кравченко А.И.

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

ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Цефалгия — это одна из наиболее частых причин обращения к врачу, ею страдают от 24 до 48 % школьников, более 70% населения развитых стран Европы и Америки страдают от головных болей.

Цель работы: верифицирование диагностических критериев у детей с цефалгическим синдромом на фоне диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника. Материалы и методы: Исследования проведены у 133 детей с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника, находившихся на лечении в клинике ортопедии и травматологии для детей РТЦ в 2016-2021 годах. По возрасту, пациенты распределялись от 10-14 лет - 63 чел, от 15-17 лет - 70 чел. По полу мальчиков - 60, девочек - 73.

Результаты исследований. У всех пациентов при диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника имели место, нарушения гемодинамики в области цервикального отдела позвоночника и головного мозга. Нарушения сосудистой геометрии – отмечены практически у 43,3%; деформация S-образной формы позвоночных артерий и не прямолинейность их хода у каждого третьего пациента, асимметрия кровенаполнения по позвоночным артериям – имела место у 80 %; наличие застойных нарушений кровообращения – присутствовало 62 %наблюдаемых детей.

Реоэнцефалографические исследования показали, что на фоновой РЭГ отмечалась асимметрия кровенаполнения в диапазоне от 150 до 250%. При проведении функциональных проб с наклоном головы вперед отмечается общее снижение кровенаполнения в бассейне позвоночных артерий от 1,4 до 1,9 раза. Данные изменения мы связываем с уменьшением просвета позвоночных артерий в результате смещения позвонков. Пробы с наклоном головы назад дают общее снижение кровенаполнения от 1,3 до 1,7 раза.

Выводы: 1.Одним из ведущих проявлением диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника является цервикогенный цефалгический синдром.

2. Генез цервикогенной головной боли у пациентов с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника - сосудистый.

3. В основе характера клинических проявлений, развивающихся на фоне диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника, заложена анатомо-функциональная патология экстракраниальных сосудов шеи и позвоночно-двигательных сегментов.

*Кравченко А.И.², Лобанов Г.В.¹, Кирьякулова Т.Г.¹, Труфанов И.М.²,
Кошкин А.В.², Мазниоглов А.В.²*

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, Донецк.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЛИПОАСПИРАТА У ПАЦИЕНТКИ С ГОНАРТРОЗОМ

Актуальность. Остеоартроз - хроническое и прогрессирующее заболевание суставов, при котором нарушается метаболизм и структура суставного хряща, что приводит к его дистрофии и деструкции. На более поздних стадиях заболевания разрушаются суставные поверхности, появляются остеофиты, определяются нарушения в организации субхондральной костной ткани. Низкая способность суставного хряща к самовосстановлению существенно ограничивает возможности лечения пациентов с остеоартрозом. Традиционно используемые нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды подавляют воспаление и достаточно эффективны в купировании болевого синдрома, однако не способны стимулировать регенеративные процессы в поврежденном хряще. В последние десятилетия тканевая инженерия и клеточная терапия занимают все более прочные позиции в клинической медицине. Применение биотехнологий для ускорения процессов регенерации при повреждении кости и мягких тканей стало одним из современных направлений в реконструктивно-восстановительной хирургии. В этой связи в настоящее время большой интерес у исследователей вызывает возможность использования клеток стромально-васкулярной фракции при лечении больных с деформирующим остеоартрозом.

Цель исследования. Клиническая апробация аутологичных клеток стромально-васкулярной фракции у пациентки с длительно текущим гонартрозом 2 степени по Kellgren–Lawrence.

Материалы и методы. Пациентка Д., 57 лет, поступила 20.04.2021 г. с диагнозом: левосторонний гонартроз 2 ст. с болевым синдромом с поражением медиального отдела. Со слов пациентки, 3 года назад впервые почувствовала ноющие боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при нагрузке, травмы колена отрицала. 25.04.2021 г. был произведен забор жировой ткани объемом 30 мл из передней стенки живота путем липосакции под местной анестезией. Механическим путем, при помощи двойного центрифугирования выделена стромально-васкулярная фракция, введена в полость коленного сустава. Послеоперационный период протекал без особенностей, в раннем периоде пациентка передвигалась при помощи костылей с дозированной нагрузкой на левую нижнюю конечность. Клиническая оценка результатов проводилась по шкале WOMAC и альгофункциональному индексу Лекена. Выраженность боли в суставе оценивалась самим пациентом с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. Первая оценка результатов проводилась до проведения терапии, вторая через 1 неделю после внутрисуставного введения стромально-васкулярной фракции и третья через 2 месяца. При ответе на вопросы касательно болевой симптоматики и выраженности ригидности суставов по шкале WOMAC пациентка отмечала вариант №3 «сильная активность» или «крайне сильная». После проведенной терапии болевой симптоматики снизилась до «слабой» и «средней» и снижалась тенденция к суммарному индексу WOMAC. Анализ динамики боли по ВАШ выявил статистически значимое снижение уровня боли к концу лечения по сравнению с исходным уровнем ($65,3 \pm 7,4$ мм исходно против $45,4 \pm 8,3$ мм). На сроке 2 месяца после проведенной терапии больная отмечала возникновение болевого синдрома при значительной нагрузке и носило временный характер.

Заключение. Полученные данные при лечении аутологичными клетками стромально-васкулярной фракции у пациентки с гонартрозом 2 степени свидетельствуют о существенной положительной динамике, выражающейся в уменьшении болевого синдрома (ВАШ, WOMAC), увеличении мобильности пациентки и функциональных возможностей сустава. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о безопасности и хорошей переносимости внутрисуставного введения аутологичных клеток стромально-васкулярной фракции у пациентов с деформирующим остеоартрозом коленных суставов. Данный подход можно рассматривать как один из методов, предупреждающих дальнейшую прогрессию заболевания, подобная терапия может помочь уменьшить боль и другие проявления артрита.

Кравченко А.И., Мазниоглов А.В., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ ГОНАРТРОЗА НА ОСНОВЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Гонартроз, или остеоартроз коленных суставов, представляет собой системную метаболическую болезнь, в которой многие его патогенетические факторы являются общими для ишемической болезни сердца, атеросклероза и сахарного диабета второго типа. Прогнозирование функциональной недостаточности коленных суставов в зависимости от нарушений отдельных видов обмена веществ и уровня цитокинов в крови представляет собой важную и недостаточно разработанную в научном плане медико-социальную проблему, от решения которой, в частности зависит совершенствование тактики оказания медицинской помощи пациентам.

Цель исследования: разработка метода прогнозирования возникновения и тяжести гонартроза на основе биохимических показателей.

Материал и методы исследования. Выделено две группы больных. У больных первой группы (n=79) был выявлен гонартроз (ГА) I-III степени тяжести. У больных второй группы (n=22) диагностирована III степень тяжести ГА и сахарный диабет второго типа. У пациентов определяли показатели минерального, белкового и жирового обмена, концентрацию остеокальцина, паратиреоидного, тиреоидных гормонов, метаболита витамина D3, продуктов деградации коллагена, С-реактивного белка, показатели перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы и цитокинов.

Результаты и обсуждение. За объект прогноза принимали числовые обозначения (от 1 до 5) состояний здоровых и пораженных коленных суставов и их функциональной недостаточности. После выполнения корреляционно-регрессионного анализа, в котором сравнивали значения биохимических показателей с объектом прогноза, получена система прогностических уравнений. Выполнено построение прогностических уравнений. На контрольной выборке историй болезни определена точность расчетов. Наиболее точным в прогностическом плане явилось следующее уравнение:

$$U3 = -1,52 - 0,017 \cdot X7 + 0,025 \cdot X8 + 0,074 \cdot X9 \quad (R3 = 0,73),$$

где: X7 – концентрация в сыворотке крови ДК, ммоль/л;

X8 – МДА, мкмоль/л;

X9 – активность каталазы, мкат/ч*л.

Анализ уравнения подчеркивает, что при гонартрозе развивается окислительный стресс, при котором нарушается баланс между перекисным окислением липидов и антиоксидантной системой, в частности, между показателями ДК и МДА с одной стороны и активностью каталазы с другой.

Выводы. 1. Морфофункциональное состояние коленных суставов в динамике гонартроза отражает ряд биохимических маркеров местного и общего дегенеративного, воспалительного процессов и нарушенного метаболизма.

2. Функциональная недостаточность и тяжесть поражения коленных суставов может быть описана с помощью системы регрессионных уравнений, в которых их аргументами являются значения показателей сыворотки крови: гликопротеинов, хондроитинсульфатов, С-реактивного белка, метаболита витамина D3, тироксина, β -CrossLaps, диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, активности каталазы, цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- α и коэффициента атерогенности.

3. Точность прогноза по регрессионным уравнениям, проверенная на независимой выборке 20 историй болезни, составляет по первому уравнению 75%, по второму 75%, по третьему 80%, по четвертому 80%, по пятому 85%.

Краснощёких А.А., Гольченко В.М.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

Цель: изучить применение гипокситерапии в комбинированном лечении некоторых хронических дерматозов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 амбулаторных пациентов (5 (50%) женщин и 5 (50%) мужчин, средний возраст составил $45,2 \pm 10,4$ года). У больных была диагностирована папулопустулезная форма розацеа. Дебют заболевания отмечался в $35,8 \pm 5,3$ года. Все пациенты получили системное лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным розацеа. В комплексной терапии пациенты получали курс интервальной нормобарической гипокситерапии на аппарате БИО-НОВА 204. Перед назначением гипокситерапии проводился осмотр врача и выполнялся обычный набор исследований (измерение артериального давления, подсчет частоты пульса, ЭКГ, функция внешнего дыхания, анализ крови и пр.). Всем участникам проводили дерматоскопическое исследование области лба, щек, носа, подбородка, при помощи дерматоскопа DermLite 3gen (США), соединенного с камерой телефона для получения микроизображения, методом кросс-поляризации. До начала и в ходе терапии изучали качество жизни пациентов методом анкетирования с использованием дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР), элементами которой являются распространенность поражений (в %); объективные (папулы, пустулы, эритема, телеангиэктазия, отек, офтальморозацеа) и субъективные проявления (жжение и покалывание кожи). Максимальное количество баллов, указывающее на тяжелое течение розацеа, составляет 21 балл; минимальное количество баллов — 0. Так же использовали шкалы СКИНДЕКС-29, IGA. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 («StatSoft», USA).

Результаты: у всех пациентов с папулопустулезной формой розацеа ШДОР характеризовался 10 баллами. На фоне стойкой эритемы и отечности кожи лица отмечались папулы плотно эластической консистенции ярко-красного цвета (до 30 штук), единичные пустулы с гнойным содержимым. На коже крыльев носа располагались мелкие телеангиэктазии. Отмечались незначительное шелушение кожи и не резко выраженная гиперемия конъюнктивы век. Субъективно пациентов беспокоило умеренное чувство жжения. До терапии средние значения ШДОР составили $10 \pm 0,3$ баллов, ДИКЖ — $11 \pm 0,8$ баллов, СКИНДЕКС-29 — $25 \pm 1,2$ баллов, IGA — $3 \pm 0,2$ баллов. Эти данные свидетельствуют о том, что влияние заболевания на жизнь пациента было от умеренного до сильного. Эффективность терапии оценивалась в конце 1-го месяца лечения и через 3 мес. У 7 (70%) пациентов в конце 1-го месяца отмечалось купирование обострения СКИНДЕКС-29 — $10 \pm 1,1$ баллов, IGA — $2 \pm 0,1$ балл ($p < 0,001$), однако значение индексов (ШДОР и ДИКЖ) снизились незначительно. ШДОР через 3 месяца лечения снизился с 9 до 4 баллов. Также отмечалось снижение ДИКЖ с 10 до 1 балла. Через 3 месяца ДИКЖ держался в пределах $1 \pm 0,1$ балла, СКИНДЕКС-29 — $5 \pm 0,5$ баллов, IGA — $1 \pm 0,1$ балл ($p < 0,001$). Все пациенты отмечали положительную динамику и улучшение качества жизни, что выражалось нормальными показателями ДИКЖ через 3 месяца терапии.

Выводы: представляется актуальным дальнейшее изучение влияния интервальной нормобарической гипокситерапии в комплексной терапии на течение хронических дерматозов.

Кривенко С.Н., Медведев Д.И., Самерок С.И.

Республиканский травматологический центр, г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С НАЛИЧИЕМ ИМПРЕССИИ СУСТАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Повреждения проксимального эпифиза большеберцовой кости в 87% случаев сопровождается импрессией части суставной поверхности ее. В результате инконгруэнтности суставных поверхностей коленного сустава и неравномерности нагрузки на большеберцовую кость, развиваются артрозные изменения, которые в конечном итоге заканчиваются анкилозом коленного сустава. Для успешного лечения и раннего восстановления функции сустава крайне важна анатомичная репозиция и фиксация отломков, что способствует восстановлению статикокинематической функции коленного сустава. При наличии импрессионного дефекта плато большеберцовой кости необходима элевация суставной поверхности ее с установкой в зону дефекта аутогенного или аллогенного материала.

Нами изучены результаты лечения 20 пациентов в возрасте от 49 до 62 лет. Из общей выборки пациентов с переломами плато большеберцовой кости диагностировано 16 случаев (80%) с импрессионными переломами (группа А): 6 (30%) пациентов с переломом латерального мыщелка большеберцовой кости (тип II по Schatzker), 6 (30%) больных – с переломом медиального мыщелка (тип IV) и 4 (20%) пострадавших с переломом обоих мыщелков большеберцовой кости (тип V). Для группы В (4 - 20%) импрессия отсутствовала (Тип I).

Нами была произведена открытая репозиция переломов с внутренней фиксацией их пластинами типа LCP у всех пострадавших с данным видом травмы в период от 10 до 14 суток после травмы. У пациентов группы А выполнялась пластика дефекта губчатой кости в субхондральной и эпифизарной зоне с использованием аутотрансплантата, взятого из крыла подвздошной кости. Размер трансплантата определялся интраоперационно и зависел от величины импрессии. У 4 (20%) пациентов (группа В, все переломы тип I) конгруэнтность поверхностей плато большеберцовой кости достигалась посредством открытой репозиции перелома с фиксацией пластинами LCP. Трансплантат при этом не применялся.

Результаты оперативного лечения всех пострадавших изучены нами спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства. При этом мы оценивали рентгенологическую картину перелома и функциональный опросник по Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). Полученные результаты статистически обработаны с помощью программы MedCalc. Результаты достоверны при уровне значимости $p > 0,05$.

Таким образом, с учетом успешного репонирования переломов и пластики имеющейся импрессии, у больных группы А отмечались удовлетворительные результаты оперативного лечения в 78% случаев. В то же время отмечалась потеря высоты наружного мыщелка большеберцовой кости 2.6 ± 0.3 мм с вальгусным смещением отношения оси бедро-голень до $170.3 \pm 1.2^\circ$ для переломов типа II. Для переломов типа IV потеря высоты внутреннего мыщелка – 3.2 ± 0.2 мм с варусным смещением оси до $169.0 \pm 1.4^\circ$. У пациентов с переломами типа V – 3.1 ± 0.1 мм, с варусным смещением оси до $167.1 \pm 2.1^\circ$.

У больных, включенных в группу В отмечалась потеря высоты большеберцовой кости 1.2 ± 0.3 мм. Вальгусная деформация оси бедро-голень была незначительной и составила $173.0 \pm 1.1^\circ$ (рентгенологически).

При опросе по шкале KOOS у пациентов группы А спустя 6 месяцев после оперативного лечения были получены интегральные показатели функции коленного сустава: для переломов типа II – $85 \pm 2.3\%$, типа IV – $83.2 \pm 0.5\%$ и для типа V $83.1 \pm 1.2\%$. У больных группы В функциональность коленного сустава составила $85.2 \pm 2.2\%$.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что восстановление зоны импрессионного нарушения целостности проксимального эпифиза большеберцовой кости с использованием аутотрансплантата, взятого из крыла подвздошной кости, является архиважной для восстановления статикокинематической функции нижних конечностей.

Кривобок А.А., Мурадов Т.М.

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

ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуализация проблемы. Рак предстательной железы (РПЖ), представляет собой серьезную медико-социальную проблему. По данным Организации Объединенных Наций в 2020г. РПЖ признан вторым самым опасным онкологическим заболеванием для мужчин после рака легких. При этом более трети случаев первичного выявления РПЖ приходится на поздние стадии, сопровождающиеся экстракапсулярным ростом опухолевой ткани и метастазированием. Данная ситуация свидетельствует о недостаточной эффективности диагностических методов при выявлении РПЖ, а так же отсутствии возможностей точного прогнозирования течения заболевания для формирования персонифицированного лечения пациента. Выявлено, что частота развития онкологических заболеваний у пациентов на фоне имеющегося иммунодефицита (ИД) почти в 200 раз выше, чем у пациентов с нормальным иммунным статусом (ИС). Следовательно, исследование изменений ИС при прогрессировании РПЖ позволит повысить качество его первичной диагностики и лечения.

Цель работы. Изучить изменения ИС пациентов на различных стадиях РПЖ и определить возможности прогнозирования течения заболевания на основе количественных и качественных изменений компонентов иммунной системы (ИМС).

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных ученых, посвященные изучению изменений в ИМС на различных стадиях РПЖ.

Результаты и их обсуждение. Появление ИД на фоне развития РПЖ обусловлено присутствием в очаге поражения специфических регуляторных Т-лимфоцитов (РТЛ), имеющих фенотип CD3+, CD4+, CD25+, CD45R0+, CD95+. Повышенные концентрации РТЛ в опухолевой ткани вызывают иммунологическую толерантность организма и блокируют противоопухолевую активность ИМС. При более поздних стадиях РПЖ к имеющемуся ИД присоединяются нарушения гуморального звена ИМС. В исследованиях выявлена корреляционная зависимость между уровнем концентрации РТЛ в очаге поражения и быстротой прогрессирования РПЖ. При этом наименее благоприятный прогноз у таких пациентов отмечен при РТЛ с фенотипом CD4+, а совместное присутствие в очаге поражения M2-макрофагов и РТЛ обуславливает усиление ИД и приводит к повышению смертности от РПЖ. Авторы исследования считают, что данный факт может быть использован как диагностический критерий при определении прогноза течения РПЖ, поскольку выявленная инфильтрация опухолевых тканей Т-хелперами и Т-цитотоксическими клетками не влияла на выживаемость. Следует отметить тот факт, что выявленные изменения ИМС не показали наличие корреляционной зависимости с показателем Глисона и уровнем простат-специфического антигена у пациентов, что может рассматриваться как независимый фактор прогрессирования РПЖ. При определении скорости прогнозирования развития РПЖ необходимо также помнить, что стандартные методы лечения больных с РПЖ и их комбинации сами по себе усугубляют имеющийся ИД, который повысит частоту развития неблагоприятных исходов заболевания.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлено, что изменения ИМС при РПЖ имеют свои специфические качественные и количественные характеристики. Данный факт может быть использован для прогнозирования течения выявленного РПЖ, составления персонифицированных схем лечения с учетом выявленных изменений и контроля эффективности проводимой терапии. Несмотря на большое количество исследований ИМС при онкологических поражениях предстательной железы, четких критериев и рекомендаций по прогнозированию их течения на данный момент нет. Учитывая высокую медико-социальную значимость РПЖ, исследования в данной области следует продолжить и обобщить полученные результаты в форме разработанных методик по оценке прогноза течения и контроля эффективности терапии РПЖ.

Кривобок А.А., Середич В.А.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО», г. Донецк

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность. По данным Европейской ассоциации урологов рак предстательной железы (РПЖ) в 2019г. занял первое место среди всех новообразований у мужчин старше 50 лет и характеризовался высокой летальностью (свыше 10%), которая обусловила второе место в структуре смертности среди онкологических больных после рака лёгких. Причиной такой ситуации является отсутствие эффективных критериев прогнозирования заболевания, что приводит к снижению эффективности диагностики и лечения заболевания. Вследствие гетерогенности форм РПЖ существует вариабельность его прогноза у пациентов, что требует внедрения в рутинную практику уролога более специфичных и чувствительных маркеров диагностики и стадирования заболевания, чем стандартные методы исследования.

Цель. Проанализировать современные методы прогнозирования развития РПЖ с использованием специфических биомаркеров.

Материалы и методы. В работе были использованы современные данные отечественных и зарубежных изданий, посвященные прогнозированию развития РПЖ.

Результаты и обсуждения. В настоящее время для диагностики РПЖ широко используется определение в крови простат-специфического антигена (ПСА). По данным европейских исследований ПСА обладает низкой специфичностью, его положительная предсказательная ценность составляет около 25%, что приводит к гипердиагностике заболевания и проведения нецелесообразных биопсий. В исследовании ERSPC оценивалась польза от скрининга ПСА, которая продемонстрировала, что 14% тестируемым потребовалась последующая биопсия для подтверждения РПЖ. Более специфичным маркером диагностики РПЖ является интегральный расчетный показатель РНІ (индекс здоровья простаты), используемый для оценки риска РПЖ у пациентов с уровнем ПСА от 3 до 10 нг/мл. В исследованиях определение РНІ в 23% случаях предотвратило отрицательные результаты биопсии среди пациентов с подозрением на РПЖ. Еще один интегральный показатель 4Kscore включает оценку свободного, интактного и общего ПСА, а также калликреинподобную пептидазу 2 позволяет с высокой точностью выявлять РПЖ на ранних стадиях, без яркой клинической симптоматики. При оценке эффективности теста 4Kscore перед выполнением биопсии предстательной железы оказалось, что количество необоснованных биопсий снижается на 41% с отрицательной прогностической ценностью 97%. SelectMDx – метод основан на определении специфических биомаркеров в моче пациента с РПЖ. Исследования Van Neste и соавт. показали, что определение SelectMDx с уровнем ПСА менее 10 нг/мл позволили избежать 53% случаев биопсий с вероятностью 95%. MiR Sentinel PCa - тест основан на анализе некодирующей РНК, выделенной из мочи пациента. В исследовании 2020 г. тест продемонстрировал специфичность 92%, диагностическая ценность 92% и негативная прогностическая ценность 94%. Таким образом, на сегодняшний день существует ряд методов прогнозирования развития РПЖ, однако рутинным методом по-прежнему остается определение ПСА.

Выводы. В результате проведенного анализа выявлено, что существует достаточное количество биомаркеров для определения РПЖ, обладающих различной чувствительностью и точностью диагностики. Такое разнообразие объясняется тем, что рутинный метод диагностики РПЖ – определение ПСА является низкоспецифичным и приводит к увеличению необоснованных биопсий, гипердиагностике заболевания, а также к избыточному лечению. Проведение дальнейших исследований и формирование современных методик высокоспецифичной диагностики РПЖ, внедрение их в рутинную практику урологов и онкологов позволит улучшить качество диагностики РПЖ и снизить смертность от данного заболевания.

Кривобок А.А., Фролова С.Ю.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО», г. Донецк

ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуализация проблемы. Опухоль предстательной железы (ОПЖ), в Российской Федерации, занимает второе место среди онкологических заболеваний и третье по смертности у мужчин последние 5 лет. Несмотря на комплекс методов лечения ОПЖ (простатэктомия, лучевая терапия, гормонотерапия и др.) рецидив заболевания диагностируется у 40-50% пациентов. В современных исследованиях одним из факторов рецидива ОПЖ признана способность неопластической ткани вызывать иммуносупрессию организма, а так же избегать противоопухолевого иммунологического надзора. Инфильтрация опухолевой ткани Т-регуляторными лимфоцитами вызывает снижение антигензависимой активности Т-лимфоцитов и уменьшение функциональной активности естественных клеток-киллеров. В связи с выявленными фактами, роль иммунотерапии в лечении и улучшении прогноза при ОПЖ, приобретает высокую актуальность.

Цель работы. Проанализировать виды иммунотерапии при ОПЖ.

Материалы и методы. В работе были использованы данные отечественных и зарубежных изданий, посвященные оценке эффективности иммунотерапии при онкологических заболеваниях предстательной железы.

Результаты и их обсуждения. Иммунотерапия в современной медицине направлена на восстановление способности иммунной системы организма распознавать чужеродный агент и ликвидировать его. Иммунотерапию при ОПЖ можно условно разделить на две категории: пассивную и активную. Пассивная используется для адаптивного восстановления иммунной реакции клеток Т-хелперов путем предоставления экзогенных провоспалительных цитокинов и моноклональных антител, активная приводит к стимуляции собственного иммунного ответа пациента выработке антител, направленных на опухолеспецифические антигены. Основываясь на первоначальном наборе потенциальных антигенов ОПЖ, включая простатспецифический антиген (ПСА), были предприняты попытки различных подходов иммунотерапии при данном заболевании. В результате выявлено что иммунотерапия увеличивает выживаемость на 4,1 месяца и снижает относительный риск смертности на 22%. При этом отмечалось снижение уровня ПСА на 25-49%. Несмотря на то, что нарушения иммунной системы играют значительную роль в прогрессировании ОПЖ, имеющийся арсенал лекарственных средств не показывает достаточной эффективности при лечении. Авторы исследований пришли к выводу, что при анализе эффективности иммунотерапии были учтены лишь стандартизированные показатели и не были исследованы дополнительные, которые могли бы в полной мере оценить клинический эффект препаратов. Следует отметить тот факт, что для выбора схемы иммунотерапии при ОПЖ помимо коррекции количественного и качественного состава клеток, отвечающих за иммунологический надзор необходимо учитывать влияние микросреды опухолевой клетки, которая также содержит иммунокомпетентные клетки. Учитывая о, что опухолевая клетка претерпевает постоянные изменения, необходимы дополнительные исследования специфических биомаркеров: интерлейкин-6 и 4, хромогранин, калликреинсвязанная пептидаза-2 и 11, урокиназа, Ki67, ранний антиген рака предстательной железы, антиген стволовых клеток предстательной железы, и др. Таким образом, комплексная оценка эффективности иммунотерапии и обоснованность выбора препаратов для ее проведения в данный момент детально не изучены и являются объектом перспективных исследований.

Выводы: Проведенный анализ свидетельствует о том, что иммунотерапия при ОПЖ является перспективным методом лечения, поскольку возникающая при заболевании иммунодепрессия существенно ухудшает его прогноз. Вместе с тем, для подбора такой терапии необходим индивидуальный подход к пациенту и формирование методик комплексного контроля при выборе препаратов и оценки эффективности проводимой терапии, что требует дальнейших исследований.

Кривущев Б.И.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В Донецкой Народной Республике сложилась очень тревожная ситуация с репродукцией населения. Баланс отрицательный. И он таков, что через 75-100 лет население просто исчезнет. Если не предпринимать конкретных действий по исправлению данной ситуации.

Репродукция населения зависит от многих факторов. Во-первых, социально-экономическое благополучие. С этим пока сложно и неоднозначно. Во-вторых – репродуктивное здоровье населения.

Известно, что здоровье человека на 50% зависит от самого человека – соблюдение здорового образа жизни (ЗОЖ) и отказ от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики). Но образ жизни закладывается с раннего детства – это пример родителей. Получается, что репродуктивное здоровье программируется с дошкольного и раннего школьного возраста. Но даже в перинатальном периоде некоторые факторы (в том числе гипоксически-ишемическое поражение головного мозга) могут негативно сказаться на репродуктивном здоровье в будущем (Романов А.Б., 2005 г.). Более того, если родители хотят, чтобы родился здоровый и крепкий ребенок, они должны подумать об этом еще до зачатия. И опять-таки – соблюдать ЗОЖ и отказаться от вредных привычек. Знают об этом почти все. А сколько людей следуют этим принципам? Достаточно посмотреть вокруг: сколько людей с ожирением, курящих, употребляющих алкогольные напитки? Множество. А сколько людей мы видим на пробежках или во время физических упражнений в парках и на спортивных площадках? Единицы в поле зрения. Видим ли мы вообще спортивные площадки? Даже если мы (врачи и педагоги) убедим подростков и взрослых заниматься спортом, есть ли у них для этого условия? Мало иметь желание кататься на велосипеде. Нужно еще иметь этот велосипед.

К сожалению, профессиональная работа врачей определяет здоровье населения только на 10-15 %. У нас в ДНР есть Центр охраны материнства и детства, НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, Центр здоровья, Клиники дружественные к молодежи, Школы здоровья в учреждениях здравоохранения, Приказ МЗ ДНР «Об организации работы по формированию здорового образа жизни, гигиеническому воспитанию и обучению населения Донецкой Народной Республики» от 2015 г., «Концепция формирования здорового образа жизни детей и молодежи ДНР» (МОН ДНР, 2016 г.). Проводятся различные научно-практические съезды, форумы, конференции, посвященные охране репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи. Студенты-педиатры на 3-м курсе изучают дисциплину «Основы формирования здоровья детей». В марте 2019 года Глава ДНР утвердил «Концепцию формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Донецкой Народной Республике на период до 2025 года». Но недостаточно иметь желание кататься на велосипеде и иметь этот велосипед. Нужны велодорожки и чистый воздух. И надежда в этом плане только на государство. Врачи и педагоги спортивные площадки и велодорожки не построят. Очень надеемся, что намеченное государством «повышение доступности оздоровительных мероприятий в 2021-2023 г.г.» будет реализовано.

Кузнецов Н.А., Залюбовская Л.В.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМАТОМАМИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ

Одним из наиболее частых хирургических осложнений после имплантации кардиальных электронных устройств (КЭУ) является образование гематом. Большинство пациентов, которые нуждаются в постоянной электрокардиостимуляции, для профилактики тромбообразования принимают антиагреганты и/или антикоагулянты, которые могут увеличивать риск возникновения гематом.

Цель работы: выявить медикаментозные факторы риска образования раневых гематом после имплантации КЭУ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 121 истории болезни пациентов, оперированных на базе отделения кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДОКТМО за 2015-2020 гг. по поводу тахи-брадиаритмий. В зависимости от характера проводимой антиагрегантной и/или антикоагулянтной терапии все пациенты разделены на 5 групп. Группа 1 (контрольная, n=30) - пациенты, которые не принимали антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов. Группа 2 (n=28) - пациенты, которые принимали моноантиагрегантную терапию в виде клопидогреля 75 мг или кардиомагнила 75 мг. В группу 3 (n=21) входили пациенты с брадиаритмиями, которые принимали двойную антиагрегантную терапию (клопидогрель 75 мг утром и кардиомагнил 75 мг вечером). Группа 4 (n=19) состояла из пациентов, которые принимали варфарин или непрямые оральные антикоагулянты. Группа 5 (n=23) – пациенты, принимавшие и антиагреганты, и антикоагулянты.

Результаты и их обсуждение. Гематомы после имплантации КЭУ были диагностированы у 18 больных (14,88%). Наиболее часто они встречались в группах 4 и 5. У 5 пациентов из групп 2 и 3 гематомы были поверхностные, в виде небольших инфильтратов в области шва и небольшого диффузного распространения гемолизированной крови на области передней грудной клетки и медиальной поверхности плеча. Они не требовали местного лечения или назначения антибиотикотерапии. Швы у данных больных сняты на 6-е сутки. У 12 пациентов из групп 4 и 5 была выполнена аспирация гематом в 1-е сутки послеоперационного периода, из них у 10 пациентов получена гемолизированная кровь. В последующем аспирация проводилась по мере накопления экссудата, ежедневно выполнялась перевязка с наложением компрессов с содержанием спирта 35-40% и назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС). Температура тела у данных пациентов не превышала 37,5°C. У 4-х пациентов в группе 4 (электрод имплантирован методом венесекции плечевого плечеголовной вены) аспирацию прекратили на 5-е сутки после операции. У 3 пациентов из той же группы, но у которых электрод был имплантирован пункционно, экссудация прекратилась на 6-е сутки. Все пациенты получали антибиотики перорально. Швы у пациентов с гематомами в данной группе были сняты на 7-е сутки. В группе 5 у 4-х пациентов гематомы велись консервативно: эмпирическая антибиотикотерапия внутривенно, НПВС, местное лечение. У 2-х пациентов (пункционная методика и венесекция грудной вены) на следующий день была выполнена ревизия ложа ЭКС. В обоих случаях при ревизии раны из ложа ЭКС были удалены сгустки в объеме 50-60 мл. Раны ушиты послойно до дренажа. Швы после повторной операции сняты на 7-е сутки и пациенты выписаны домой.

Закключение. Исходя из полученных результатов, моно- или двойная антиагрегантная терапия не увеличивает риск образования гематом, по сравнению с пациентами, которые не получают антиагреганты. У пациентов, которые принимают непрямые или прямые оральные антикоагулянты или их комбинацию с антиагрегантом, риск возникновения гематом повышается, что свидетельствует о более значительном вкладе в патогенез этого осложнения блокады ферментативного звена коагуляции, чем сосудисто-тромбоцитарного.

Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М., Каплун А.И.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Цель работы - улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) путем оптимизации и усовершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОДП с учетом стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОДП. Мужчин было 368, женщин - 194 в возрасте от 18 до 70 лет. ОДП средней степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая постнекротическая киста - 48 (8,5%),

абсцесс сальниковой сумки - у 49 (9,5%). Диагноз был установлен в течение 24-48 часов с момента поступления больного в стационар. Оперировано 357 (63%) больных, умерло после операции – 17 (4,7%). Всем больным производили стандартные клинические и биохимические анализы и исследования, УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Результаты и их обсуждение. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОДП по J. Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как средняя, тяжелый ОДП был у 76 (13,5%) больных (шкала Ranson). Среднетяжелый ОДП (143 больных) являлся показанием для проведения комплексной противопанкреатической терапии, малоинвазивные оперативные вмешательства выполнялись только при развитии осложнений. Выполнено 41 (28,7%) оперативное вмешательство перкутанное дренирование жидкостных коллекторов под УЗИ контролем. При остром билиарном деструктивном панкреатите больным проводилась консервативная терапия в качестве предоперационной подготовки, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме острого деструктивного панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия, холедохостомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. При наличии холедохолитиаза нами выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, в дальнейшем выполняем лапароскопическую холецистэктомию. Больным с ОДП тяжелой степени хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания, что считается оптимальным для обеспечения необходимых условий для некрсеквестрэктомии. Эта тактика уменьшает риск осложнений в послеоперационном периоде и снижает летальность.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных, все больные с инфицированным панкреонекрозом были оперированы. Выполнены следующие операции: вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны - 177, этапная некрэктомия - 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки - 5, илеостомия - 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия по Вельфлеру - 4.

Острая постнекротическая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов, оперировано 48 больных. Панкреатогенный абсцесс нами был выявлен у 49 больных, оперировано 49 пациентов, операцией выбора у этих пациентов являлось перкутанное дренирование под УЗИ контролем.

Выводы: Таким образом, показанием к хирургическому лечению являются ОДП билиарной этиологии, постнекротические кисты, абсцессы сальниковой сумки, инфицированный панкреонекроз и его осложнения. Среднетяжелый ОДП является показанием для проведения консервативной терапии, малоинвазивные оперативные вмешательства выполняются только при развитии осложнений.

Кузьменко Д.Е.

ИНВХ им.В.К.Гусака

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Острая сенсоневральная тугоухость (ОСНТ) – это нарушение функции слухового анализатора, проявляющееся частичной или полной потерей слуха. Около 6% населения нашей планеты имеют нарушения слуха различной степени выраженности.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность использования терапевтического лазера в лечении больных с острой сенсоневральной тугоухостью.

Материалы и методы: оперативные пособия производились под контролем хирургических отоскопов немецких фирм Aescular и Heine с использованием микрохирургического инструментария и лазерной установки Лика-терапевт М. Влияние воздействия данного лазера в при нарушениях микроциркуляции в слизистых оболочках и в подлежащих тканях изучалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК – 02 (Россия) по методике (Д.Е.Кузьменко 2012) и доложено на оториноларингологических конференциях (Севастополь 2013, Львов 2013).

Методика транстимпанального лазерофореза (ТТЛ) описана и доложена на форуме в г.Донецке (Кузьменко Д.Е. 2018). Лазерное воздействие (ЛВ) выполняется аналогично без использования медикаментозных средств. Сеансы выполнялись ежедневно 5-7-10 сеансов с аудиометрическим контролем.

Методика чистого лазерного воздействия: после макроотоскопии, к барабанной перепонке подводится волновод лазера с последующим воздействием без применения медикаментозных средств

В отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи в период с 2014 по 2021гг. по данным методикам было пролечено 127 пациентов с ОСНТ I-IV степени, в возрасте от 21 до 68 лет, женщин было 110 (86,6%). Первую группу (ТТЛ) составило 109 пациентов, женщин было 100 (91,7%). Вторую группу (ЛВ) – 17 пациентов с тугоухостью I степени, женщин было – 10 (58,8%).

Результаты и обсуждения. После первого сеанса ТТЛ улучшение было отмечено у 10 (9,1%) пациентов, после третьего сеанса – у 67 (60,9%), после пятого – 101 (91,8%), после седьмого – у 110 (100%). У пациентов с тугоухостью I-II степенью (80 пациентов (72,7%)) и сроком заболевания менее 7 дней (27 (24,5%)) наступило выздоровление после пяти сеансов, у 3 (2,7%) – после первого. При сроке заболевания 2 – 3 недели (65 пациента – 59,1%), выздоровление наступило после семи сеансов. Необходимо отметить, что после 6-7 сеанса при выполнении тональной аудиометрии определяется костно-воздушный интервал, а при макроотоскопии имеет место инъецированность барабанной перепонки, ее утолщение, одно – два кровоизлияния (реакция на ТТЛ), что ощущается пациентом как некоторое ухудшение слуха. Пациенты с тугоухостью III степени (27 пациентов – 24,5%) и сроком заболевания до 5 дней выздоровление наступило к десятому сеансу. У 3 пациентов с тугоухостью IV степени слух восстановился до нормы только в речевом диапазоне. В ходе проведенного исследования осложнений не выявлено.

У пациентов второй группы улучшение отмечено после третьего сеанса у 7 (41,2%), после пятого – 12 (70,6%), после седьмого – 15 (88,2%), к десятому – 17 (100%), однако полное восстановление (по данным тональной аудиометрии и надпороговых тестов) наступило у 13 (76,5%) пациентов. Осложнений не выявлено.

Выводы: использование ТТЛ в лечении ОСНТ высокоэффективно и может быть рекомендовано для более широкого применения. Применение лазеротерапии достаточно эффективно у пациентов с ОСНТ I степени и может быть рекомендовано как метод выбора, когда другие методики – невыполнимы и/или противопоказаны. Необходимо дальнейшее изучение и усовершенствование данных методик, что позволит расширить или сузить показания к их применению, определить пороги эффективности и целесообразности.

Куковинец В.Н., Ларичева Т.С., Ушич О.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГРАНИЦЫ ЧАСТИЧНОГО СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

Съёмные зубные протезы являются одними из наиболее часто используемых медицинских конструкций в практике ортопедической стоматологии при значительных дефектах зубных рядов. Ими пользуются люди всех возрастов. Они объединяют большую группу стоматологических конструкций применяемых для восстановления целостности зубных рядов.

Граница пластиночных протезов является важным конструктивным элементом протезирования, который позволяет повысить жевательную эффективность, рационально распределить жевательную нагрузку, ускорить адаптацию. Рациональное расположение является одним из основных элементов успеха ортопедического лечения частичными съёмными протезами.

Цель работы. Представить разработанную методику клинико-анатомическое расположение границы частичного съёмного протеза и её эффективность.

Методика планирования дентальной границы.

Съёмные частичные пластиночные протезы относятся к группе нефизиологических зубных конструкций. Жевательную нагрузку они передают на кость через слизистую. Данные ткани протезного ложа, не приспособлены к её восприятию. Такая неадекватная нагрузка ведёт к нарушению жизнедеятельности мягких тканей и атрофии подлежащей костной ткани. Но при соблюдении правил конструирования таких протезов побочные действия сводятся к минимуму.

Учитывая данные обстоятельства необходимо различать понятия максимальное расположение дентальной и гингивальной границы пластиночных частичных протезов.

Максимальная дентальная граница – на уровне начала окклюзионной поверхности боковых зубов, а у фронтальных для нижней челюсти до режущих краев и верхних окклюзионных контактов.

Дентальную границу определяют после обследования моделей в положении центральной окклюзии.

Данная методика применена при протезировании у 55 пациентов.

Результаты использования методики.

Клинико-лабораторная оценка результатов протезирования показала, что граница пластиночных протезов является важным конструктивным элементом протезирования, который позволяет повысить жевательную эффективность до 70%, равномерно распределить жевательную нагрузку на оставшиеся зубы в пределах 15-20%: ускорить адаптацию до 15 суток.

Ее рациональное расположение является одним из основных элементов успеха ортопедического лечения частичными съёмными протезами.

Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В., Папков В.Е., Моргун Е.И.

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

К ВОПРОСУ О МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ПОСТКОВИДНОМУ СИНДРОМУ

Цель работы – продемонстрировать собственный опыт мультидисциплинарного подхода кафедры интегративной и восстановительной медицины к восстановлению и профилактике постковидных патологических состояний.

Тема реабилитации после различных заболеваний и травм в настоящее время чрезвычайно актуальна, изучением и обсуждением ее занимаются многие специалисты, однако после окончания стационарного этапа лечения пациент, зачастую, остается без адекватного реабилитационного сопровождения. Постковидный синдром — опасное состояние (развивающееся во время или после инфекции COVID-19, продолжающееся свыше 12-ти недель и не объясняющееся другими заболеваниями), негативно влияющее на физическое и психологическое состояние человека; проявляется обычно кластерами часто перекрещивающихся симптомов, которые могут меняться со временем и поражать любую систему в организме (как правило, кардио-васкулярную и центральную нервную системы). В связи с полиморфизмом постковидных патологических состояний актуальным становится создание системы комплексного восстановления пациентов. Кафедральная научная тематика посвящена вопросам восстановления здоровья и, само собой разумеется, что совершенствование специализированной помощи пациентам с постковидным синдромом является прерогативой кафедры и базируется на уровне квалификационных соответствий сотрудников, которые разрабатывают системы персонализации восстановления пациентов с длительно текущими COVID-ассоциированными патологическими состояниями с учетом этапа реабилитации, наличия коморбидной патологии. В настоящее время нет долгосрочной доказательной базы, которая помогла бы определить, как долго продлятся текущие эффекты, наблюдаемые после инфицирования SARS-CoV-2, однако своевременное формирование персонализированных программ восстановления с применением всего спектра реабилитационных мероприятий будет способствовать сохранению и повышению уровня здоровья населения, в особенности, трудоспособного возраста.

Говоря о стратегии формирования персонализированных реабилитационных программ, внимание акцентируется на обязательной диагностике уровня здоровья, функциональной готовности, толерант-

ности к физической нагрузке, конституционального типа пациента, психодиагностике с применением соответствующих тестов, шкал, опросников; с последующим определением реабилитационного прогноза, постановкой реабилитационного диагноза и разработкой реабилитационного плана. Далее, на основании шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) формируется специалистов под руководством врача физической и реабилитационной медицины (ФРМ) с привлечением терапевта, невролога, врача ЛФК, специалиста по физической реабилитации, специалиста по эргореабилитации, клинического психолога и др., а затем составляется персональная программа реабилитации со степенью и объемом участия каждого участника бригады, а также возможностью динамического наблюдения и своевременной коррекции. Коллектив сотрудников кафедры, каждый из которых имеет несколько специальностей, по сути составляет мультидисциплинарную бригаду, в которой важную роль играет психологическая совместимость, выработанная на протяжении ежедневной деятельности и является залогом эффективности оказываемой помощи.

Устойчивой тенденцией клинического развития ФРМ является изучение и активное применение инновационных восстановительных технологий, основанных на внедрении немедикаментозных методов: рефлексотерапии, биопунктуры с использованием комплексных биологических препаратов (КБП), аналитической кинезотерапии, физиотерапии, гомотоксикологии, фито-, арома- и мануальной терапии, массажных техник, потенцирующей психокоррекции.

Куликова С.О.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С И БЕЗ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная устойчивая аритмия среди пациентов, страдающих гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), встречающаяся в 14-28% случаев. У больных с ГКМП ФП утяжеляет клиническую картину, плохо поддается лечению, увеличивает риск развития инсульта, повышает уровень общей смертности, способствует прогрессированию сердечной недостаточности и ухудшает качество жизни. В целом, больные с ГКМП и ФП имеют неблагоприятный прогноз, особенно в сочетании с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) и возрастом < 50 лет. Данные о частоте встречаемости ФП и соотношении её форм при обструктивной и необструктивной ГКМП немногочисленные и варьируют.

Цель. Изучить распространенность ФП и её форм у больных ГКМП с учетом наличия или отсутствия обструкции ВТЛЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 150 больных ГКМП (возрастом 18-88 лет, средний возраст – 61,9±12,9 лет). Мужчины и женщины составили 91 (61%) и 59 (39%) человек. Диагноз ГКМП устанавливался при определении с помощью двухмерной эхокардиографии гипертрофии межжелудочковой перегородки при толщине сегмента левого желудочка ≥15 мм. Обструктивная форма ГКМП определялась с помощью непрерывно-волновой доплерографии при градиенте давления в ВТЛЖ >30 мм рт. ст. в покое или после стимуляции (физическая нагрузка). Проанализированы ЭКГ больных, выполненные в покое, и заключения холтеровского мониторинга ЭКГ (102 больных). При выявлении ФП, ее классифицировали на основании клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов, 2020г., как впервые выявленную, пароксизмальную, персистирующую, длительно персистирующую и постоянную.

Результаты и обсуждение. Среди 150 больных 58 (39%) человек имели ту или иную форму ФП. Среди 47 больных необструктивной ГКМП ФП регистрировалась у 13 (28%) больных. При этом, чаще встречалась пароксизмальная форма (38%), преимущественно у женщин, и постоянная форма ФП (31%) с одинаковой частотой у мужчин и женщин. У 59 больных ГКМП, имеющих обструкцию в покое, ФП отмечалась у 27 (46%) человек. Наиболее часто встречалась пароксизмальная форма (44%), преимущественно у мужчин, и персистирующая форма ФП (26%) с небольшим различием

между мужчинами и женщинами. При обструктивной ГКМП после стимуляции (44 больных) ФП отмечалась у 18 (41%) больных. Чаще других форм определялась пароксизмальная ФП (39%), преимущественно у женщин, а персистирующая и постоянная формы ФП встречались с одинаковой частотой – у 22% больных без чёткого преобладания у мужчин и женщин.

Такая высокая частота ФП при ГКМП обусловлена отчасти тем, что 102 больным выполнялось длительное мониторирование ЭКГ, что позволяло выявить пароксизмы ФП, включая короткие эпизоды, часто асимптоматичные.

Выводы. Таким образом, ФП чаще встречалась у больных с обструктивной формой ГКМП именно в покое, реже – при необструктивной ГКМП. Наиболее часто встречаемой формой ФП у больных ГКМП как с обструкцией ВЛЖ, так и без таковой, оказалась пароксизмальная форма ФП с небольшим преимуществом у женщин. Довольно распространенными формами ФП при ГКМП являлись также персистирующая и постоянная. Использование холтеровского мониторирования ЭКГ позволяет выявить а- и субклинические эпизоды пароксизмальной ФП у больных ГКМП с основным синусовым ритмом.

Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИСТЕМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА

Введение. Разработка общих требований и правил создания и эксплуатации систем визуализации различных медицинских организаций (МО) — задача российского здравоохранения в ближайшей перспективе. В научной литературе практически не освещены вопросы квалитетической оценки навигационных систем, валидности качественных и количественных показателей эффективности навигационных элементов, а также имеются существенные различия в методиках оценки качества пространства в концепции бережливого производства.

Цель. Установить с помощью построения диаграммы Исикавы основные корневые причины отсутствия в РФ на федеральном уровне стандарта визуализации в МО государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Материалы и методы. Проведен структурно-функциональный и контент-анализ федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ за 1992—2021 годы, размещенных на официальных сайтах государственных структур РФ, официальном интернет-портале правовой информации и других сайтах правовой информации. В ходе исследования использовались информационно-аналитические и логические методы изучения 157 источников информации, размещенных в базах данных Elibrary, PubMed, Scopus и Google Scholar, а также экспертное интервью 20 организаторов здравоохранения – руководителей МО и сотрудников органов исполнительной власти с сфере охраны здоровья граждан. Выбранный для аналитического исследования метод - диаграмма Исикавы, использовался в классическом представлении с отображением осевого скелета и ребер 1-го, 2-го и 3-го порядков.

Результаты. Предварительный контентный и системный анализ позволил сформировать при построении диаграммы Исикавы пять крупных ребер 1-го порядка: несовершенство законодательства в области стандартизации и визуализации объектов здравоохранения, особенности архитектурно-планировочных решений зданий медицинских организаций, несовершенство менеджмента медицинских организаций, социоэкономическая дифференциация территорий РФ, внешняя среда. При поиске в базах данных литературных источников, посвященных вопросам визуализации в МО, за период 2000-2021 годов обнаруживается 23 научные работы. В соответствии с архивом (временной интервал поиска 2000-2021 года) Высшей аттестационной комиссии РФ на сегодняшний день отсутствуют диссертации, защищенные по указанной теме. Экспертное интервью позволило установить факт, что главным для руководителей МО регламентирующим вопросы визуализации в МО документом является методическое пособие Министерства здравоохранения РФ «Эффективная система навигации в медицинской организации» (80%, 16/20). Половина руководителей (10/20) при создании навигации

руководствовались методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Выводы. Анализ существующей нормативно-правовой базы и литературных источников с последующим построением диаграммы Исикавы позволил выделить 5 ключевых факторов, определяющих отсутствие в РФ на федеральном уровне стандарта визуализации в МО государственной и муниципальной систем здравоохранения. Экономическая разнородность субъектов РФ и различные языки отдельных республик и народов РФ являются ребрами второго порядка ответвления диаграммы Исикавы. Среди внешних факторов наиболее приоритетные для дальнейшего анализа следует рассматривать влияние пандемии COVID-19 на функционирование системы здравоохранения РФ и ограниченное количество научно-методической литературы по вопросам визуализации в МО.

Курмангулов А.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ АТРИБУТОВ СИСТЕМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Введение. Создание российского стандарта визуализации в государственных и муниципальных медицинских организациях должно привести к появлению единых принципов построения информационных указателей, правил применения текстовой и графической информации, разъяснений основных инструментов планирования и проектирования систем визуализации, предоставления рекомендаций применения технологий производства отдельных элементов. Выявление современного интента посетителей во время нахождения на территории объектов здравоохранения по отношению к визуальной информации позволит лучше понять наиболее приемлемые для населения условия получения медицинских услуг и усовершенствовать процесс оказания медицинской помощи различным категориям граждан.

Цель исследования — установить современный интент населения РФ по отношению к системам визуализации медицинских организаций.

Методы. В социологическом исследовании приняли участие 7356 граждан из 85 субъектов РФ. В качестве основного источника информации брались результаты формализованного опроса с многоступенчатой стратифицированной территориальной случайной выборкой. Для структурирования характеристик интента к системам визуализации медицинских организаций использовался метод Кано. В зависимости от параметров функциональности и удовлетворенности, характеристика визуализации была определена в одну из следующих категорий: привлекательные, линейные, обязательные, индифферентные или нежелательные атрибуты.

Результаты. Наибольший уровень одобрения среди характеристик систем визуализации установлен в отношении представления на информационных указателях достоверной информации. В группу с высоким уровнем одобрения респондентами вошли атрибуты наличия внешней навигации, представления информации по правилам и нормам русского языка, профессионального изготовления элементов систем визуализации, структурирования информации и использования современных информационных технологий. Различий в отношении респондентов к цветовой кодировке элементов визуализации между женщинами и мужчинами как в атрибуте «+» ($\chi^2 = 5,983$; $df = 4$; $p = 0,201$), так и в атрибуте «-» ($\chi^2 = 9,064$; $df = 4$; $p = 0,06$) не установлено. Изготовление элементов системы визуализации из профессиональных материалов на профессиональном оборудовании одобряют большинство респондентов, однако респонденты, проживающие в регионах с высоким уровнем социально-экономического развития, данный атрибут системы навигации относят к должным (79,7%; 2857/3584), в то время как для 43,5% (428/984) респондентов, проживающих в регионах с низким уровнем социально-экономического развития, это будет в большей степени неожиданностью. Наличие какого-либо структурирования информации, так же как и отсутствие ошибок на элементах системы визуализации, одобряет большая часть респондентов независимо от субъекта проживания

(77,8%; 5729/7356), однако, в отличие от атрибута «Представление информации по правилам и нормам русского языка», отсутствие какого-либо структурирования информации вызовет менее серьёзное недовольство со стороны посетителей медицинской организации.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что население РФ имеет преимущественно сходный интентный профиль основных атрибутов систем визуализации. В категорию обязательных атрибутов вошли два показателя: «Представление информации по правилам и нормам русского языка» и «Профессиональное изготовление элементов систем визуализации». Население РФ, проживающее в регионах с различным уровнем социально-экономического развития, имеет особенности в восприятии атрибутов систем визуализации медицинских организаций.

Куртунина Д.В., Абрамов В.Ал.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА

Проблемы жизнедеятельности человека в условиях коронавирусной ситуации должны рассматриваться с позиции теории адаптации и стресса, приспособления к новым условиям существования и совладания со стрессом и его неблагоприятными последствиями. Готовность индивида к резким и глобальным изменениям в привычном образе жизни, внесенным в него пандемической ситуацией в некоторой мере определяет антиципационная состоятельность. Под антиципационной состоятельностью (АС) понимается способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением.

Цель исследования. Изучить особенности антиципационной состоятельности у лиц молодого возраста в условиях коронавирусного стресса.

Материалы и методы. Обследован 91 студент медик в период с марта по май 2021 года. Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с марта по май 2021 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1 группа обследовалась в марте, 2-я группа – в апреле и 3-я группа – в мае. Изучение антиципационной состоятельности проводилось при помощи теста антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д. Менделевича. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. В результате анализа данных, полученных при использовании теста антиципационной состоятельности, было установлено, что среди обследуемых преобладал высокий уровень АС, он был выявлен у 58,2% испытуемых. Средние значения общей АС во всех исследуемых группах находились выше границ нормы (246,3±0,98 в 1й группе, 248,4±1,02 во 2й группе и 255,8±1,34 в 3й группе). В ходе исследования было установлено, что нормативные показатели личностно-ситуативной состоятельности определялись только у обследуемых 3й группы (166,8±0,76). В первой и во второй группах показатели по данной шкале были ниже нормативных значений (161,4±0,69 и 162,0±0,71 соответственно). Показатели пространственной и временной состоятельности во всех трех группах интервьюируемых были ниже нормы.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что с течением времени, у лиц молодого возраста, даже в условиях ухудшения пандемической обстановки личностно-ситуативная АС, связанная с умением прогнозировать ситуации, связанные с общением, имеет тенденцию к возврату в условия нормы. По-видимому, изначальное снижение показателей по данной шкале было продиктовано необходимостью социальной изоляции в связи с пандемией. Низкие показатели временной АС свидетельствуют о наличии проблем у обследуемых со способностью прогнозировать течение времени и точно распределять его, что, вероятно, обусловлено изменением привычного образа жизни из-за пандемии COVID-19.

Курызова Ш.М., Тошметова Б.Р., Алявия М.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО –КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЕЩАЮЩИЕ ДЕТСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Актуальность: Заболевания органов пищеварения у детей занимают ведущее место в структуре соматической патологии детского возраста. Хронические заболевания гастродуоденальной области и билиарной системы в современных условиях имеют раннее начало, начинаются в дошкольном возрасте и в последующем принимают непрерывно-рецидивирующее течение, значительно снижая качество жизни детей и подростков.

С целью ранней диагностики симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта и билиарной системы у детей.

Материалы и методы: Проведено скрининг-анкетирование 786 детей в возрасте от 1,5 до 7 лет, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ) г. Ургенча и в 2-х районах Хорезмской области. Среди них мальчиков — 385 (48,98%), девочек — 401 (51,02%), детей в возрасте от 1,5 до 3 лет — 205 (26,1%), от 4 до 7 лет — 581 (73,9%). На каждого ребенка, считающегося условно здоровым и посещающим на момент исследования ДДУ, при участии родителей заполнялась скрининг-анкета. Выявленные при анкетировании дети с симптомами заболеваний органов пищеварения (370) в дальнейшем прошли углубленное обследование: изучение анамнеза жизни и заболевания, клинический осмотр, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы, по показаниям — ФГДС, дуоденальное зондирование.

Результаты и обсуждения: Анализ полученных данных показал, что у $47 \pm 3,5\%$ обследованных детей, в том числе в возрасте от 1,5 до 3 лет — у $23,4 \pm 5,8\%$ и от 4 до 7 лет — $55,4 \pm 4\%$ — имеются симптомы заболеваний органов пищеварения: рецидивирующие боли в животе, диспепсические явления (отрыжка, тошнота, изжога, рвота), неустойчивый стул (склонность к запорам, диарее), нарушение аппетита. В целом данные симптомы с одинаковой частотой отмечаются как среди мальчиков, так и среди девочек, а их частота составляет соответственно — $46,5 \pm 5,0\%$ и $47,6 \pm 1,9\%$ (табл. 1). Эти дети отобраны в группу риска и требуют углубленного обследования для уточнения диагноза и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

Выводы: Таким образом, проведенное сплошное скрининг-анкетирование детей в возрасте от 1,5 до 7 лет показало, что выявлены существенные различия в структуре заболеваний органов пищеварения в зависимости от возраста. Так, у детей от 1,5 до 3 лет диагностируются только функциональные поражения органов пищеварения, в том числе ДЖВП — 87,5% и ФРЖ — 12,5%. Хронических заболеваний органов пищеварения в данной возрастной группе не выявлено. У детей в возрасте от 4 до 7 лет в структуре заболеваний органов пищеварения ДЖВП составляют 67,4%, ХГ и ХГД — 16,8%, хронические холециститы — 10,2%, ФРЖ — 5%, а ЯБДК — 0,6%. В данном возрастном периоде встречаются не только функциональные нарушения органов пищеварения, как у детей от 1,5 до 3 лет, но и достаточно высока частота хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и билиарной системы.

Кустов Д.Ю., Зимбалецкий И.Я., Верещагина А.Д., Ашихман С.А.

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

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНА НА ГРУМИНГ У САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА

Актуальность. Аутоиммунный гипогонадизм (АИГ) является заболеванием, нарушающим работу репродуктивной системы, в первую очередь, и оказывающим существенное влияние на различные компоненты единой психонейроиммунноэндокринной системы (ПНИЭС). Прогестерон принадлежит к группе стероидных гормонов, прогестагенов, и является главным прогестагеном в организме. Он также является ключевым метаболическим промежуточным звеном в производстве других эндогенных стероидов, включая половые гормоны и кортикостероиды. Учитывая иммунокорригирующие свойства стероидных гормонов, можно предположить, что прогестерон способен выступать в роли модулятора ПНИЭС при данном аутоиммунном заболевании.

Цель. Оценить влияние прогестерона на груминг самцов и самок белых крыс с моделью аутоиммунного гипогонадизма.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 60 половозрелых беспородных белых крысах массой 250-350 г, содержащихся в стандартных условиях вивария. Моделирование АИГ осуществлялось по оригинальной методике, включавшей введение гомогената соответствующих половых желез. Прогестерон вводился животным подкожно в течение 90 дней после формирования модели АИГ в дозировке 0,06 мг/кг. Исследовались различные компоненты грумингового поведения (умывание, лизание, чесание, отряхивание), а также время груминга и его интенсивность.

Результаты. Формирование АИГ привело к значительному снижению всех видов груминговой активности, однако интенсивность груминга возросла, также значительно сократилось время, затраченное животным на груминг. Длительное введение прогестерона способствовало дальнейшему снижению показателей груминговой активности, т.е., можно говорить об ухудшении психоэмоционального состояния опытных животных в сравнении с показателями интактной группы.

Выводы. Развитие аутоиммунного гипогонадизма способствует достоверному снижению грумингового поведения. Прогестерон, являясь регулятором функционирования психонейроиммунноэндокринной системы оказывает влияние на формирование поведенческих реакций самцов и самок белых крыс с моделью аутоиммунного гипогонадизма. Снижение груминговой активности может свидетельствовать о супрессорном воздействии прогестерона на психосоматические реакции крыс с моделью аутоиммунного гипогонадизма.

Кустов Д.Ю., Косторев А.С., Бурима Н.В., Петросова С.А.

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

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У САМОК БЕЛЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА И МАНИФЕСТАЦИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) является одним из распространенных системных аутоиммунных заболеваний, которое приводит к нарушению работы нейроиммунноэндокринной системы. Невзирая на успехи, достигнутые в понимании иммунных механизмов формирования заболевания, до конца не изучено влияние на них полового диморфизма. Нельзя исключать возможного проявления симптомов РА в сочетании с прогрессированием аутоиммунного гипогонадизма (АИГ). Частота проявления и сложность протекания данных патологий у женщин выше, что несомненно связано с влиянием функций женских половых желез и половых стероидов в период гормональных перестроек

в организме при развитии РА и АГ. Исследования указывают, что у больных женщин репродуктивного возраста фиксируется снижение концентрации половых гормонов, в особенности прогестерона (ПРГ) в сыворотки крови. ПРГ имеет тесную связь с Т-клеточным иммунитетом, а также в малых дозах может обладать иммуномодулирующим действием. В связи с чем большой клинико-научный интерес представляет изучение коррекции РА и АИГ прогестероном. Исследование данного вопроса поможет в продвижении изучения данных заболеваний и поиска оптимального метода терапии.

Цель исследования. Изучить влияние прогестерона на показатели периферической крови у самок белых крыс с моделью АИГ и РА.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 30 половозрелых самках, массой 250-350 г, содержащихся в нормальных условиях вивария. Моделирование АИГ с элементами РА было произведено по оригинальной методике, включающей введение гомогената ткани яичников и полного адьюванта Фрейнда. Кровь для исследования брали из хвостовой вены стандартным методом. Лейкоцитарная формула крови подсчитывалась в окрашенном по Романовскому-Гимзе мазке стандартным методом. Прогестерон вводился подкожно ежедневно в течение 90 суток по 0,06 мг/кг веса тела животного.

Результаты исследования. После иммунизирования количество циркулирующих в крови палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов значительно снизилось, на фоне выраженного лимфоцитоза (повышения количества лимфоцитов почти в два раза). Длительное введение прогестерона приводило к положительным изменениям показателей, относительно восстанавливая их значения до уровня интактных животных.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что длительное введение прогестерона приводило к положительным изменениям показателей белой крови у самок крыс с АИГ, сопровождающемся проявлениями РА, что говорит в пользу иммуномодулирующего действия данного стероида.

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

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Кафедра детских инфекционных болезней

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ SARS-COV-2 У РЕБЕНКА

Актуальность проблемы: наиболее часто клинически выраженная инфекция COVID-19 при тяжелых формах проявляется мультисистемным воспалительным синдромом (МВС) у детей, связанный с SARS-CoV-2, протекающим с симптоматикой неполного синдрома Кавасаки, а также гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом, синдромом активации макрофагов, гемофагоцитарным синдромом (ГФС).

Материалы и методы: приводим случай наблюдения пациента с COVID-19 инфекцией.

Результаты и обсуждение: Ребенок, 4-х лет поступил в клинику 12.10.20 с жалобами на повышение температуры до 39°C, боли в горле, кашель, двукратную рвоту, вялость. К концу недели присоединилась одышка, в связи с чем ребенок госпитализирован в местный стационар, произведена рентгенография органов грудной клетки (выявлена двусторонняя очаговая пневмония). Получал лечение: дексаметазон, цефатоксим, эуфилин, увлажненный кислород. Состояние не улучшалось, и ребенок по линии ДОЦЭМП переведен в ОМТдДиП ЦГКБ №1. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в детском саду, который посещал ребенок родители детей в группе перенесли Covid-19. При поступлении: состояние тяжелое выражена интоксикация, одышка смешанного типа до 70 дыханий в минуту, насыщение крови кислородом (SPO2) – 88%. В сознании, вялая, кожные покровы бледные, в ротоглотке – умеренная гиперемия, зернистость задней стенки. Со стороны легких – клинико-лабораторные и инструментальные признаки полисегментарной пневмонии (подтвержденный симптом «матового стекла» на КТ органов грудной клетки). Кислородозависима. Неврологиче-

ский статус представлен судорожным синдромом и очаговой церебральной симптоматикой. Ребенок переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Осмотр невролога и нейрохирурга: подтвердил наличие ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния. Осмотр окулиста: венозное полнокровие соотношения сосудов 1:3, 2:3, 5. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, выражен нейтрофилез. В крови выявлены иммуноглобулины G к вирусу Sars-cov2 в высоком титре. Получала лечение: дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия (Амикацин, Цефтриаксон, Меропенем, Левофлоксацин), противосудорожная терапия (Тиопентал натрия, Конвулекс, Сибазон, Кортексин, Актовегин, Леветицедам, Викасол, Церебролизин, Депакин).

Клинический диагноз: основной – Covid-19 (клинико-лабораторно, эпидемиологически), двусторонняя полисегментарная пневмония, состояние после продленной ИВЛ, катетеризации центральных вен.

Осложнение основного: нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средне-мозговой артерии по ишемическому типу (стадии кистозной инволюции). Гидроцефалия, геморрагический энцефалит, тетрапарез, апалический синдром.

Сопутствующий: ожирение 3 степени.

Вывод: Приведенный клинический случай течения заболевания у 4-х летнего ребенка отличался полиорганным поражением (мультисистемный воспалительный синдром у детей, связанный с SARS-CoV-2) с сохраняющейся неврологической симптоматикой, требующей длительной реабилитации в условиях неврологического отделения.

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

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Кафедра детских инфекционных болезней

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы: наиболее частыми симптомами у детей являются лихорадка, непродуктивный кашель, возможно появление признаков интоксикации: миалгии, тошнота, слабость. У некоторых отмечаются боль в горле, заложенность носа, симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: боли в животе, диарея, рвота; «ковидные» пальцы: внешне похожи на отмороженные. Диарея у детей на фоне инфекции COVID-19 отмечается чаще, чем у взрослых. Патогномичный для COVID-19 у взрослых симптом гипосмии, аносмии и/или дисгевзии отмечается и у детей, однако активных жалоб они в силу возраста не предъявляют.

Результаты и обсуждение: под нашим наблюдением в отделении интенсивной терапии для детей с инфекционной патологией (ОИТДиП) центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) №1 за период с сентября по ноябрь 2020 года находилось 8 больных детей, у которых клинически была заподозрена Covid-19 инфекция. Возраст больных: 7 детей – 4 - 5 лет, 1 ребенок – 14 лет.

В анамнезе – острое начало, повышение температуры до 37,4 – 37,8°C, к пятому – шестому дню болезни – 38 - 39°C и к этому же времени при сохраняющихся явлениях ринита, сухого кашля снижалась сатурация до 88 – 90%, физикально обнаруживались необильные разнокалиберные хрипы, преимущественно в межлопаточной области и в задне-нижних отделах легких. Из общих явлений, кроме лихорадки отмечалась умеренно выраженная интоксикация. Из признаков дыхательной недостаточности в эти же сроки болезни отмечался смешанный характер одышки с преобладанием экспираторного характера, в ротоглотке – умеренная гиперемия, зернистость, инъекция сосудов.

На рентгенограмме органов грудной клетки – документирована полисегментарная пневмония с очаговой эмфиземой, усилением сосудистого рисунка, у 1 ребенка (14 – лет) развилась пневмония.

Со стороны гемограммы у всех больных отмечался выраженный нейтрофилез без палочкоядерного сдвига (78 – 86%), увеличенная СОЭ, умеренный лейкоцитоз.

При наблюдении за больными в динамике выявлена диссоциация между скоростью обратного развития, купирования клинических симптомов и картиной рентгенограммы органов грудной клетки при повторных обследованиях. Явления полисегментарной пневмонии претерпевали обратное развитие в течение 14 дней пребывания в стационаре, при этом клинические симптомы, в том числе, признаки дыхательной недостаточности и кислородозависимость больных купировались в течение 6-7 дней (использовалась неинвазивная и инвазивная кислородотерапия). Все больные получали комплексную терапию: дезинтоксикационную, антибиотикотерапию, кортикостероиды, витамины группы В, С, биопрепараты. Противовирусная терапия использовалась у больных с явлениями отека-набухания мозга.

Вывод: наблюдение за больными с клиническими проявлениями Covid-19, находившимися на лечении в ОИТдДиП показало, что в данных случаях заболевание протекало с преимущественным поражением легких с развитием характерной клинической, рентгенологической и СКТ – картиной. Из особенностей гемограмм необходимо отметить у всех больных выраженный нейтрофилез с умеренным лейкоцитозом.

Кучерявая В.И., Долинная А.В., Цыба И.В., Кононенко И.Н.

Республиканский наркологический центр

ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ НА СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ДОНЕЦКА В ПЕРИОД НОВОГОДНИХ ПРАЗДНИКОВ С 20 ДЕКАБРЯ ПО 20 ЯНВАРЯ 2017-2020 ГГ.

В периоды общепризнанных государственных и религиозных праздников среди определенных категорий населения увеличивается количество потребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ. Данная тенденция способствует увеличению количества криминогенных ситуаций, участниками которых становятся лица в состоянии опьянения; травм, отравлений, обострений хронических заболеваний под влиянием токсического действия алкоголя и других психоактивных веществ. С целью активизации пропаганды здорового образа жизни в периоды роста потребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ, была изучена динамика медицинских освидетельствований на состояния опьянений, в т.ч. в период новогодних праздников, осуществленных специалистами Республиканского наркологического центра г. Донецка. В ходе изучения полученных статистических данных было установлено, что в общем количестве проведенных медицинских освидетельствований за аналогичные периоды времени имеют место следующие абсолютные показатели: 2017-2018 гг. (252 случая), 2018-2019 гг. (244 случая), 2019-2020 гг. (298 случаев), что свидетельствует о тенденции к их незначительному росту. В структуре исследований во всех периодах наблюдения основной удельный вес составляли мужчины (92%), из которых практически 54% – лица в возрасте от 18 до 35 лет. Основными причинами направлений на медицинское освидетельствование явились случаи нахождения в общественном месте в нетрезвом состоянии и в связи с ситуациями, связанными с управлением транспортным средством. Соотношение положительных результатов при выявлении алкоголя и наркотических веществ осталось практически неизменным: в 67-69% случаев выявлена острая интоксикация, обусловленная употреблением алкоголя и в 31-33% – острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов, каннабиноидов и психостимуляторов. Во втором варианте психотропные препараты представлены до 42% синтетическими каннабиноидами. Среди общего количества проведенных экспертиз женщины составляют 8%, из них преобладающая возрастная группа 18-35 лет – 78%. Среди женского контингента удельный вес положительных результатов на наличие опьянений колеблется от 33% до 47%. Следует отметить, что число «потребителей» наркотических веществ существенно увеличилось и преобладает в последний из исследуемых периодов. Однако, примечательно, что женщины более склонны к экспериментам с одновременным (либо за короткий временной промежуток) употреблением различных групп психотропных веществ: опиатов, психостимуляторов и каннабиноидов. В тоже время женщины менее склонны к управлению

транспортным средством в нетрезвом состоянии, о чем свидетельствуют единственный выявленный случай за три исследуемых периода. Выявить даты, на которые стабильно приходится максимальное количество проведенных экспертиз с положительным результатом в период новогодних праздников в данном исследовании, не представилось возможным. Проведенное исследование показало: - выявлена тенденция к незначительному росту общего количества медицинских освидетельствований, проведенных в период новогодних праздников с 20 декабря по 20 января 2017-2020 гг.; - стабильно соотношение мужского и женского населения, лиц в возрасте от 18 до 35 лет и соотношение выявленных алкогольных опьянений к опьянениям психотропными препаратами; - женщины менее склонны к управлению транспортным средством в нетрезвом состоянии, однако более подвержены экспериментам с различными группами психотропных препаратов. Полученный анализ свидетельствует о необходимости активизации в периоды общепризнанных государственных и религиозных праздников санитарно-просветительной работы среди населения по пропаганде здорового образа жизни с использованием средств массовой информации.

Ласачко С.А., Демина Т.Н., Яковлева Э.Б.

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

МАММОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

В клинической практике, как отечественной, так и зарубежной, внимание к здоровью молочной железы связано, прежде всего, с возросшей онконастороженностью специалистов, которая обусловлена ростом заболеваемости раком молочной железы во всем мире. Насколько это актуально для детского и подросткового гинеколога? Не приводит ли это к возрастанию числа необоснованных обследований и даже инвазивных вмешательств?

Для ответа на этот вопрос специалисту необходимо понимание четырех основных тезисов:

- Рак молочной железы в подростковом возрасте практически не встречается, описанные в литературе единичные случаи – это, скорее, казуистика;
- Молочная железа находится в динамическом процессе развития и требует чрезвычайно бережного отношения;
- Состояние молочных желез находится в тесной взаимосвязи с репродуктивным и соматическим статусом девочки;
- Для решения вопросов патологии необходимо четко понимать варианты нормы, которые могут быть чрезвычайно разнообразными в каждом индивидуальном случае.

Так, часто в процессе маммогенеза у подростков можно при ультразвуковом исследовании, а иногда даже и пальпаторно, обнаружить в субареолярной зоне кисты или расширенные до размеров кист молочные протоки. Обнаружение бессимптомных кист, к сожалению, часто на практике приводит к необоснованным биопсиям. Процедура инвазивная, имеет риск осложнений, начиная от гематомы и инфицирования, и заканчивая пневмотораксом или травмой межреберных сосудов. Невоспаленные кисты не требуют ничего, кроме динамического наблюдения

С другой стороны, клинические проявления дисгормональных процессов в молодом организме, например, галакторея, могут быть проявлением серьезных дисгормональных нарушений – гипотиреоза, опухоли гипофиза, и т.д. В этой связи, безусловно, чрезвычайно актуальны профилактические мероприятия. МЖ являются органом, доступным для обследования, и могут быть маркером других нарушений в репродуктивной сфере, в том числе нарушений развития.

Тесная взаимосвязь между состоянием МЖ и репродуктивным здоровьем (РЗ) позволяет нам рассматривать состояние МЖ, наряду с менструальной функцией и др.), как один из индикаторов состояния РЗ. Однако, тактика при дисгормональных нарушениях, доброкачественных опухолях (фиброаденома) и воспалительных процессах значительно отличается и требует качественной диагностики и взвешенного подхода к каждой пациентке.

В возрастной группе до 18 лет подход в диагностике и ведении заболеваний молочных желез должен быть максимально щадящим и индивидуализированным, без излишних обследований и, тем более, инвазивных вмешательств, если в таковых нет необходимости.

Таким образом, безусловно, обучение девочек самообследованию груди и ежегодный профосмотр являются полезными и оправданными мероприятиями. Дополнительное обследование – УЗИ, биопсия и т.д. – должны выполняться строго по показаниям, с учетом низких онкорисков, необходимости бережного отношения к органу и психологической чувствительности данной возрастной группы.

Ластков Д.О., Ежелева М.И.

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

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ДЕТЕЙ Г. ДОНЕЦКА

В настоящее время для нашего региона одной из центральных задач по сохранению репродуктивного здоровья населения являются, в том числе, меры по установлению причин, предупреждению, выявлению и эффективному лечению болезней сердца и сосудов, при этом большое внимание должно быть уделено детскому возрасту, в котором закладывается основа патологии, превалирующей у взрослых.

Цель работы состояла в оценке распространенности и заболеваемости эссенциальной гипертензией у детей г. Донецка в условиях локального военного конфликта.

В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 8 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве. Выполнен анализ распространенности и заболеваемости эссенциальной гипертензией среди детей (с учетом вклада девочек и мальчиков, дошкольников и школьников) 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, и со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенный (2010-2013 гг.) – I, военный переходный – период активных боевых действий (2014-2016 гг.) – II, военный стабильный (2017-2019 гг.) – III. Анализ показателей заболеваемости и распространенности проведен на основании официальных статистических материалов «Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения» Донецкой области (2010-2013 гг.) и ДНР (2014-2020 гг.). Межгрупповые и межрайонные различия оценивались методом множественных сравнений Шеффе.

Эссенциальная гипертензия является достаточно редкой патологией: в довоенный период она отсутствовала в районах П. и В. (контрольный), по городу нет случаев в группе «0-6 лет». Заболеваемость в течение всего периода регистрировалась только по городу в целом, поэтому межрайонные различия недостоверны. Максимальные уровни распространенности и заболеваемости – в самом «грязном районе» Б. (выше среднегородских), только в этом районе есть показатели в группе мальчиков. Уровни распространенности в районе Б. значимо ($p < 0,01$) превышают таковые: в районах В. и П. – по всем группам детей, в районе К. – по мальчикам и школьникам, среднегородские – по школьникам. Уровни распространенности нозологии в районе Б. достоверно ($p < 0,01$) превышают показатели в оба военных периода в группах «0-14 лет», мальчиков и «7-14 лет», при этом распространенность у школьников значимо выше, чем у дошкольников.

В период активных боевых действий распространенность и заболеваемость данной нозологией по-прежнему отсутствует в районе П., максимальные уровни отмечаются в контрольном районе В., причем среди мальчиков и дошкольников – только в этом районе. Соответственно, в районе В. наблюдаются противоположные по сравнению с остальными районами и городом гендерные и возрастные тенденции: если в целом для распространенности нозологии характерно преобладание показателей девочек над мальчиками и школьников над дошкольниками (по городу – достоверно, $p < 0,01$), то в контрольном районе – наоборот.

В военный стабильный период данная патология не диагностируется во всех загрязненных районах (Б., К., П.). При этом сохраняются те же противоположные гендерные и возрастные тенденции между районом В. и городом в целом.

Т.о, если в довоенный период отмечалась зависимость нозологии от загрязнения окружающей среды, то в оба военных периода максимальные показатели определяются в «чистом» районе, не пострадавшем от боевых действий.

Ластков Д.О.¹, Ежелева М.И.¹, Романченко М.П.², Габараева З.Г.³

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы ДНР,

³Юго-Осетинский государственный университет имени А.А. Тибилова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДНР

Проведен сравнительный анализ показателей общей заболеваемости населения ДНР на основании официальных статистических материалов «Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения» Донецкой области (2010-2013 гг.) и ДНР (2014-2020 гг.). Рассчитаны средние показатели за довоенный период (2010-2013 гг.) – I, военный переходный – период активных боевых действий (2014-2016 гг.) – II, военный стабильный (2017-2019 гг.) – III – в сопоставлении с периодом начала пандемии COVID-19 (2020 г.) как по возрастному (все население – взрослое население – взрослое женское население – дети – подростки), так и по территориальному признаку для этих же групп населения (область (ДНР) – города – г. Донецк). В 2013 г. за исключением показателей г. Донецка наблюдались отличия между данными МЗ Украины и МЗ ДНР: в ДНР все анализируемые показатели, кроме подросткового населения, были больше. Межгрупповые различия определяли методом множественных сравнений Шеффе.

Для ДНР, городов и г. Донецка ранговое распределение возрастных групп по уровню заболеваемости было неизменным все три периода: максимальные показатели отмечались у детей, далее – у подростков, всего населения, взрослого женского населения, взрослого населения. Достоверно минимальные уровни в ДНР определялись у лиц пенсионного возраста. Во всех случаях значимые ($p < 0,01$) отличия от прочих возрастных групп наблюдались у детей и подростков, в ДНР и городах в I и III периодах – у всего населения. По анализируемым территориальным группам во всех возрастных группах довоенные показатели достоверно ($p < 0,05 - 0,01$) превышали таковые в военные периоды (исключение составили дети и подростки г. Донецка), причем наименьшие уровни, как правило, были характерны для II периода, хотя значимые ($p < 0,05$) различия установлены только для детей г. Донецка. Противоположная тенденция с пиком в военный переходный период отмечена у пенсионеров ДНР. У взрослого, в т.ч. женского, населения г. Донецка наблюдалась тенденция к снижению показателей от I к III периоду.

Следует отметить, что, если для всего населения, взрослого, в т.ч. женского, населения, а также подростков ДНР и городов показатели заболеваемости в 2020 г. в сравнении со средними величинами за III период находились в пределах естественных колебаний, то у детей г. Донецка в III периоде отмечался рост уровня на 8,8%.

Во всех территориальных группах уровни заболеваемости всего населения, взрослого, в т.ч. женского, населения г. Донецка, как правило, достоверно ($p < 0,05 - 0,01$) превышали (максимально в довоенный период, минимально – в период активных боевых действий) таковые у населения городов и ДНР в целом. Аналогичная закономерность определялась для детей и подростков в III периоде, хотя в I периоде она была значимо противоположной. Это позволяет утверждать, что заболеваемость взрослого населения определяют жители городов, в первую очередь г. Донецка, а заболеваемость детского и подросткового населения в течение I-II периодов – сельские районы.

Ластков Д.О.¹, Ежелева М.И.¹, Романченко М.П.², Габараева З.Г.³

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы ДНР,

³Юго-Осетинский государственный университет имени А.А. Тибилова

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДНР

Проведен сравнительный анализ показателей распространенности болезней среди населения ДНР на основании официальных статистических материалов «Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения» Донецкой области (2010-2013 гг.) и ДНР (2014-2020 гг.). Рассчитаны средние показатели за довоенный период (2010-2013 гг.) – I, военный переходный – период активных боевых действий (2014-2016 гг.) – II, военный стабильный (2017-2019 гг.) – III – в сопоставлении с периодом начала пандемии COVID-19 (2020 г.) как по возрастному (все население – взрослое население – взрослое женское население – дети – подростки), так и по территориальному признаку для этих же групп населения (область (ДНР) – города – г. Донецк). В 2013 г. за исключением показателей г. Донецка наблюдались отличия между данными МЗ Украины и МЗ ДНР: в ДНР все анализируемые показатели, кроме подросткового населения, были больше. Межгрупповые различия определяли методом множественных сравнений Шеффе.

Для ДНР, городов и г. Донецка ранговое распределение возрастных групп по уровню распространенности было практически неизменным в III периоде: максимальные показатели отмечались у взрослого женского населения и подростков ($p < 0,01$), далее – у взрослого населения, всего населения и детей. Аналогичное ранжирование наблюдалось во II периоде в ДНР и городах. Достоверно максимальные уровни в ДНР определялись у лиц пенсионного возраста, причем у них же зафиксирован единственный случай, когда значимо ($p < 0,05 - 0,01$) наибольшее значение определялось в период активных боевых действий. Существенные отличия в ранговых местах возрастных групп установлено в I периоде: в ДНР максимальные показатели были у подростков и детей, в городах их опередили женщины, при этом в обоих случаях у подрастающего поколения довоенные уровни достоверно ($p < 0,01$) превышали таковые в военные периоды; в то же время по г. Донецку показатели подростков и детей были минимальными (при идентичном ранговом распределении в I-II периодах), а довоенные уровни были значимо ($p < 0,01$) больше у женщин, взрослых и всего населения. Ранговое место детей ДНР и городов с 3-го в I периоде упало до 5-го в последующие, а место подростков г. Донецка с 4-го в I-II периодах сменилось первым. Следует отметить достоверный ($p < 0,01$) рост уровней распространенности среди женщин ДНР в военные периоды, а также падение ($p < 0,05 - 0,01$) во II периоде показателей городских подростков и детей г. Донецка. Обращает на себя внимание, что, если для ДНР и городов показатели распространенности всех возрастных групп в 2020 г. в сравнении со средними величинами за III период находились в пределах естественных колебаний, то в г. Донецке у детей в III периоде отмечался рост уровня на 7,4%, а у подростков – снижение на 5,6%.

Во всех территориальных группах уровни распространенности среди всего населения, взрослого, в т.ч. женского, населения г. Донецка, как правило, достоверно ($p < 0,05 - 0,01$) превышали (максимально в довоенный период, минимально – в период активных боевых действий) таковые у населения городов и ДНР в целом. Аналогичная закономерность определялась для детей и подростков в III периоде, хотя в I периоде она была значимо противоположной. Это позволяет утверждать, что распространенность болезней у взрослого населения определяют жители городов, в первую очередь г. Донецка, а распространенность у детского и подросткового населения в течение I-II периодов – сельские районы.

Латышевская Н.И., Яцышена Т.Л., Зуб А.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ВОЛГОГРАДА И Г. ВОЛЖСКОГО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Физическое развитие детей и подростков традиционно рассматривается как важнейший, надежный и значимый показатель здоровья детской популяции, отражающий влияние эндогенных и экзогенных факторов, включая эколого-гигиенические условия проживания. Важнейшими характеристиками физического развития являются антропометрические признаки: длина тела и масса тела ребенка. Мониторинг показателей физического развития детей и подростков, проживающих на различных территориях РФ - актуальная научно-практическая проблема.

Цель исследования. Сравнительный анализ антропометрических показателей детей и подростков школьного возраста, проживающих в г.Волгограде и г.Волжском, с целью установления особенностей процессов роста и развития в связи с антропогенной нагрузкой и пополнения уже имеющейся базы данных для разработки современных региональных стандартов физического развития.

Материалы и методы. Проведено изучение и оценка с помощью регрессионного метода физического развития (по показателям длины тела в см и массы тела в кг) 3022 школьников г. Волгограда (1392 мальчиков и 1630 девочек) и 1142 школьников г.Волжского (536 мальчиков и 606 девочек). Проанализированы собственные данные, полученные в 20012-2021г.г. Антропометрические показатели изучали по унифицированной методике с использованием стандартного инструментария. Обработка, полученных результатов проводилась с использованием функций пакетов Statistica, Excel. Рассчитаны основные статистики: среднее значение (М), среднеквадратичное отклонение (σ), ошибка репрезентативности (m). Эколого-гигиенические характеристики территорий анализировались по данным областного управления Роспотребнадзора и гидрометеослужбы.

Результаты. Сравнительный анализ основных антропометрических показателей физического развития школьников 7-17 лет, жителей г.Волгограда и г.Волжского показал, наличие различий в значениях длины тела и массы тела в большинстве возрастных групп. Установлено, что значения длины тела у мальчиков, проживающих в г. Волжском по сравнению с данными жителей г.Волгограда имеет разнонаправленные сдвиги: в возрасте 7-8, 11 и 16 лет показатели выше, в 13 лет - равны, а в остальных возрастных группах ниже. У девочек – жительниц г. Волжского, превышение длины тела над показателями волгоградских школьниц установлено в возрастных группах 7-9,11, 13 и 17 лет ($p \leq 0,05$). Сравнительный анализ значений показателя «масса тела» среди детей и подростков показал, что у мальчиков-волжан в большинстве возрастных групп: 8-10, 12-14, 17лет. имело место отставание по показателям массы тела, в возрасте в 7 12 и 13 лет выявлена тенденция опережения показателей. Масса тела девочек-девушек, жительниц г. Волжского, в 7 из 11 анализируемых возрастных групп (в 9, 10, 12 – 14 и 16 лет) имела тенденцию отставания. Анализ научной литературы позволяет предположить, что такую направленность массо-ростовые показатели могли приобретать под влиянием антропогенной нагрузки стабильно более неблагоприятной на территории г. Волжского. Так, по данным областного управления Роспотребнадзора, ИЗА5 в Волгограде составил от 10,0 до 3,7, а в Волжском колебался в пределах 14,4-4,1.

Заключение. Установлены тенденции значительной вариабельности ростовых показателей и более выраженного отставания значений показателя «массы тела» в большинстве возрастных групп на территории г. Волжского как у мальчиков, так и у девочек и. Результаты исследования диктуют необходимость продолжения работы по разработке региональных стандартов физического развития детей и подростков регионального уровня, что и нашло отражение в разработанных стандартах физического развития для детей и подростков школьного возраста г Волгограда (2017г.) и г.Волжского (2021г.).

Лейкина В.В.

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

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к росту частоты регистрации рецидивирующего бронхита (РБ) у детей раннего возраста (Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., 2015; Зайцева О.В., 2015; Нестеренко З.В., 2017). Для успешного решения проблем первичной профилактики РБ важно своевременно определить среди детей «контингенты риска» по развитию указанной патологии.

Цель работы

Целью исследования было выявление наиболее информативных (значимых) факторов риска, которые определяют вероятность риска формирования РБ в раннем детском возрасте.

Материал и методы

Для решения поставленной цели ретроспективно изучено 238 историй развития детей первых трех лет жизни: 128 детей с РБ и 110 здоровых детей (группа сравнения). В исследуемых группах проведен анализ медико-биологических и социально-эпидемиологических факторов риска, которые рекомендуют рассматривать в качестве факторов развития заболеваний органов дыхания (Недельская С.Н., 2007; Юлиш Е.И., 2010; Нестеренко З.В., 2017). Результаты исследования обработаны с помощью метода последовательного факторного анализа Вальда, значения информативности фактора (ИФ) рассчитывали по формуле Кульбака, информативными считались факторы риска со значением ИФ более 1,0 (Гублер Е. В., 1986).

Результаты и обсуждение

В результате последовательного факторного анализа было определено 12 информативных (значимых) факторов риска формирования РБ. В зависимости от значения ИФ, факторы риска распределили следующим образом: частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) у членов семьи ребенка (ИФ=6,6), повторные случаи ОРЗ у ребенка на 1-м году жизни (ИФ=5,0), наличие хронических очагов инфекции у членов семьи ребенка (ИФ=4,3), случаи острого бронхита у ребенка на 1-ом году жизни (ИФ=4,2), пассивное курение (ИФ=3,0), токсикозы беременности у матери (ИФ=3,0), ОРЗ у матери во время беременности (ИФ=2,2), раннее смешанное или искусственное вскармливание (ИФ=2,1), позднее прикладывание ребенка к груди (ИФ=1,9), патология интранатального периода (ИФ=1,8), острые кишечные инфекции у ребенка на 1-ом году жизни (ИФ=1,6), неблагоприятные бытовые условия проживания ребенка (ИФ=1,1). В результате испытания полученных результатов на материале собственных наблюдений было определено, что у 76,6% детей, которые имели в анамнезе факторы риска, суммарное значение ИФ которых составило 8,0 и более, диагноз РБ был выставлен в первые три года жизни ребенка. У 23,4% детей с РБ в раннем возрасте в анамнезе регистрировали сочетание не менее 5-ти факторов риска, суммарное значение ИФ которых составило 8,0 и более.

Учитывая достаточно высокую вероятность развития РБ в раннем возрасте при наличии в анамнезе ребенка хотя бы двух из следующих факторов риска: частые ОРЗ у членов семьи ребенка (ИФ=6,6), повторные случаи ОРЗ у ребенка на 1-м году жизни (ИФ=5,0), наличие хронических очагов инфекции у членов семьи ребенка (ИФ=4,3), случаи острого бронхита у ребенка на 1-ом году жизни (ИФ=4,2), можно считать эти факторы наиболее информативными (значимыми) для формирования РБ в раннем детском возрасте.

Заключение

Знание информативных факторов риска формирования РБ позволит врачу-педиатру своевременно выявить среди детей «контингенты риска» по развитию РБ, и определиться с комплексом лечебно-профилактических мероприятий для этих детей, что будет способствовать повышению эффективности первичной профилактики РБ.

Лецинский П.Т., Борисенко М.Д.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ГЕМАТОМЫ

Цель исследования. Изучить течение беременности, родов и состояние новорожденного у женщин, имеющих в анамнезе ретрохориальные гематомы и родоразрешенных путем операции Кесарева сечения.

Материалы и методы. Материалами послужили 578 историй родов за 2019- 2021 года, которые завершились путем операции кесарева сечения. Среди данных историй выделено 20 случаев ретрохориальной гематомы. Для контрольной группы набрано также 20 историй родов, окончившихся путем операции Кесарева сечения за 2019-2021 года. Исследовали следующие показатели: наличие анемии беременных, наличие фетоплацентарной недостаточности(ФПН) с нарушением и без нарушения кровотока, количество угроз преждевременных родов(УПР) и угроз прерывания беременности (УПБ), наличие миомы матки, задержка развития плода, количество гестозов, оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни, а также масса плода. Оценка результатов производилась ретроспективно.

Результаты исследования. Данные разделены на 2 группы: 1 группа истории родов с наличием ретрохориальной гематомы (далее -1), 2 группа – контрольная группа (далее-2). В ходе оценки уровня анемий беременных было выявлено, что наличие гематомы не влияет на заболеваемость данной патологией (1- 60%, 2-60%). Количество ФПН с нарушением кровообращения в группе 1 выше в 2 раза (1-60%, 2-30%). Такая же тенденция прослеживается в показателях ФПН без нарушения кровообращения (1- 20%, 2-10%). Случай задержки развития плода был обнаружен только в группе номер 1. Количество миом матки было достоверно выше в группе №1(1-40%, 2-20%). Встречаемость гестозов в обеих исследуемых группах было равно (1-20%, 2-20%). Количество угроз преждевременных родов (УПР) в группе №1 встречалось в 3 раза чаще чем во второй группе (1-30%, 2-10%). Частой патологией, которой сопутствовала ретрохориальная гематома, являлась угроза прерывания беременности (1- 90%, 2-50%). При оценке состояния новорожденного по шкале Апгар в средних значениях было выявлены следующие показатели: 1 минута-7 баллов, 5 минута-8 баллов. В группе №2 такими показателями были: 1 минута 8 баллов, 5 минута 9 баллов. Масса новорожденных в обеих группах достоверно не отличалась (1- 3175г, 2- 3158г).

Выводы. В ходе ретроспективного анализа историй родов женщин, имеющих ретрохориальную гематому было выявлено, что в данной группе беременных имеют место повышенные риски не вынашивания беременности и развития большего числа сопутствующей патологии. Также нужно сказать о более низких баллах по шкале Апгар у новорожденных в группе женщин, имеющих ретрохориальную гематому, что свидетельствует о развитии дистресса у плода.

Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И., Кишеня М.С., Агеева О.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, г. Донецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Патологическая физиология является наукой, базирующейся на экспериментальных исследованиях. При изучении дисциплины студенты уже на первом занятии знакомятся с существующими методами экспериментальных исследований, этапами эксперимента, обсуждают роль экспериментальных исследований в медицине XXI века. Благодаря проведению на практических занятиях экс-

периментальных исследований студенты получают возможность увидеть и запомнить изменения, которые происходят в организме при действии различных патогенных факторов, развитие при этом патологических процессов и патологических состояний. Полученные в ходе эксперимента результаты обсуждаются и анализируются, в ходе дискуссии начинают формироваться навыки клинического мышления, что очень важно в будущей практической деятельности врачей. В то же время, в связи с целым рядом причин, в настоящее время возможности использования экспериментов на практических занятиях ограничены.

Сотрудниками кафедры совместно со специалистами некоммерческой организации «ИнтерНИЧ» были разработаны программы-симуляторы «Использование альтернативных методов при изучении патологической физиологии», позволяющие в виртуальной среде проводить эксперименты и осваивать соответствующие темы дисциплины. Так, например, при проведении практического занятия по теме «Действие сниженного барометрического давления на организм» на симуляторе воссоздается эксперимент по изучению развития горной болезни при создании разреженной среды. Воспроизводя данную патологию, студенты фиксируют изменения в состоянии животного, обсуждают при этом какие реакции являются компенсаторно-приспособительными, какие патологическими, как формируется «порочный круг» патогенеза гипоксической гипоксии, учатся устанавливать и анализировать причинно-следственные связи. Симуляционная модель для изучения анафилактического шока показывает клиническую картину экстремального состояния, изменения при этом жизненно-важных показателей: состояние сердечно-сосудистой системы (ЧСС и АД), изменения со стороны дыхания, парциальное напряжение и сатурацию кислорода. В ходе виртуального эксперимента обсуждается схема патогенеза развития анафилактического шока, указываются патогенетически важные звенья, на которые должны быть направлены методы лечения. Воспаление – одна из наиболее сложных и наиболее интересных тем в разделе «Общая патофизиология». При ее изучении в виртуальной среде студенты моделируют «опыт Конгейма», в котором изучаются стадии сосудистой реакции при воспалении, а также фагоцитарная реакция. При этом в ходе обсуждения более понятными становятся понятия «синдрома ленивых лейкоцитов», «незавершенный фагоцитоз». При изучении нарушений водно-электролитного обмена моделируется эксперимент, показывающий роль осмотического фактора в патогенезе развития отеков. Наблюдая за экспериментальным животным в виртуальном эксперименте и обсуждая понятие «осмотического давления», студенты лучше понимают его роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы, при сахарном диабете и т.д.

Изучение патологической физиологии формирует у студентов общепрофессиональные и профессиональные компетенции, необходимые для будущей врачебной деятельности. Кроме того, являясь базовой дисциплиной для изучения клинических дисциплин, патологическая физиология закладывает необходимые навыки и умения для их изучения. Использование современных инновационных технологий позволяет более эффективно вовлекать студентов в процесс обучения, расширяет возможности самостоятельной работы при проведении экспериментального исследования.

Лисовская Т.В., Фетисов И.С., Толкачев С.Д.

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

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Введение. Особая роль среди этиологических факторов воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин молодого возраста отводится хламидийной инфекции. Хламидийная инфекция выявляется у 65% женщин с симптомами цервицита, уретрита и аднексита, а также у 57%-страдающих бесплодием. Хламидиоз играет немаловажную роль не только в многочисленных функциональных нарушениях репродуктивного здоровья женщины, но и в формировании спаечного процесса органов малого таза.

Цель исследования. Выяснить нарушения менструальной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне хламидийной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне перенесенной хламидийной инфекции до и после оперативного лечения в течение 3-6 месяцев на базе гинекологического отделения Луганского перинатального центра. Хирургическое лечение осуществлялось лапароскопическим доступом. Больным было проведено гормональное обследование, из тестов функциональной диагностики базальная температура, трансвагинальное УЗИ. Контроль излеченности хламидиоза был проведен с помощью полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа. В исследуемую группу вошли пациентки возраста от 18 до 35 лет с регулярным менструальным циклом, длительность которого составила $29,7 \pm 1,8$. Первичное бесплодие выявлено у 9 пациенток, вторичное - у 14 пациенток.

Результаты исследования. При анализе характера менструального цикла оказалось, что после оперативного лечения характеристики циклов аналогичны таковым до проведения операции. Гормональные исследования показали, что у больных перенесших урогенитальный хламидиоз, после операции сохраняется латентная гиперандрогения, относительное повышение ЛГ, гипоестрогения. Клиническими проявлениями вышеуказанных нарушений явился гиполутеиновый (у 70,3%) и ановуляторный (у 17,4%) циклы. Полноценные двухфазные циклы встречались у 12,3% пациенток. По данным динамической фолликулометрии было отмечено отставание в темпах роста доминантного фолликула у 58%, отсутствие такового у 11% обследуемых женщин. Несоответствие роста фолликула величине М-эха. При оценке состояния эндометрия отмечалось его функциональная неполноценность и отсутствие секреторных изменений у 15,8% обследуемых женщин. Кроме того, было выявлено снижение объема желтого тела у 12,8% обследованных пациенток и кистозное его перерождение - в 11,2% случаев.

Выводы. Даже после успешного лечения хламидиоза, подтвержденного современными методами, на фоне оперативного лечения спаечного процесса органов малого таза, в репродуктивной системе женщины сохраняются выраженные изменения: нарушения овуляции, недостаточность лутеиновой фазы, отсутствие прегравидарных изменений эндометрия, что требует соответствующей дальнейшей патогенетической терапии.

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

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра акушерства и гинекологии, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Заживление послеоперационных ран реализуется через механизмы асептического воспаления, интенсивность которого во многом зависит от исходной реактивности организма родильниц. Тяжелый гестоз зачастую является показанием для родоразрешения путем кесарева сечения, способствует нарушению регуляторных механизмов и приводит к формированию дисадаптационного синдрома, на фоне которого происходит нарушение микроциркуляции и реологии крови, что приводит зачастую к осложненному затянувшемуся течению раневого процесса в послеоперационном периоде. С целью определения характера восстановительных процессов в послеоперационной ране у родильниц с тяжелой преэклампсией на фоне различной реактивности их организма были изучены уровень гормонального баланса, показателей межфазной тензиометрии и цитологическое исследование раневого экссудата у 30 здоровых женщин с физиологической беременностью и 32 с тяжелой преэклампсией, родоразрешенных путем операции кесарево сечение. Исследования проводились до родов, на 1-2 и на 7-8 сутки после операции. Результаты изучения стресс-реакции организма женщин на оперативное вмешательство показали, что наиболее информативными ее показателями являются уровень Кз, Инс и их относительное соотношение, изучаемое на 1-е сутки после КС, отражающие формы реактивности организма и позволяющие прогнозировать характер дисциркуляторного синдрома и течения вос-

становительных процессов в организме родильниц с ПЭ в послеоперационном периоде. Показатели поверхностного натяжения сыворотки крови являются информативным показателем, определяющим тип дисциркуляторного синдрома при ПЭ. Выявлено, что для тяжелой преэклампсии на фоне пониженной реактивности организма родильниц характерен гормональный дисбаланс в сторону увеличения уровня инсулина и падения кортизола, гиперволемический тип кровообращения. При гиперэргической реактивности, напротив, выявлено относительно низкое содержание инсулина и высокое кортизола, гиповолемика. Оперативное родоразрешение способствовало повышению свертывающей системы крови и росту показателей межфазной тензиометрии у всех родильниц, однако полная их нормализация происходила лишь к 7-8-м суткам в группе здоровых женщин, что сопровождалось клинически неосложненным заживлением послеоперационной раны. При осложнении беременности поздним гестозом полной нормализации показателей к этим срокам не происходило, заживление было вялым, затягивалось по срокам. У пациенток с тяжелой преэклампсией на фоне гипореактивности их организма на 1-е сутки после КС было обнаружено недостаточное количество клеток альтерации, а в более поздние сроки (7-8-е сутки) определялось повышение числа нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов на фоне незначительного содержания клеток репаративной функции. Другими словами, гранулоцитарная и мононуклеарная реакции у родильниц с гипоэргическим типом реагирования наступала позже в сравнении с контрольной группой, длилась более продолжительно, и признаки активной регенерации в ране определялись позже 7-8-х суток после операции. У родильниц с гестозом на фоне повышенной реактивности организма на 1-е сутки послеоперационного периода отмечали большое количество нейтрофилов и макрофагов, к 8-м суткам количество клеток репаративной функции было незначительным, зато часто встречались макрофаги и нейтрофилы. Проведенное исследование диктует необходимость дифференцированного выбора физических факторов воздействия для усовершенствования традиционной схемы реабилитационных мероприятий с целью оптимизации течения восстановительных процессов у родильниц с преэклампсией на фоне гипоэргического и гиперэргического типов реагирования, что, однако, требует изучения и клинического подтверждения.

Лихолетов А.Н.

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

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЯСНИЧНО КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С HIP-SPINE СИНДРОМОМ

Актуальность. Заболевания позвоночника в сочетании с патологией тазобедренных суставов являются актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой из-за их высокой распространенности. Эта патология в зарубежной литературе описана как «hip-spine syndrome» (HSS). Встречаемость HSS, по результатам анализа различных источников варьирует от 10 до 70%. Основным звеном считается нарушение пространственного положения таза, которое влечет за собой перераспределение нагрузок в тазобедренных суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника и крестцово-подвздошных суставах.

Целью работы: изучить вертебрологическую составляющую hip-spine синдрома у пациентов ортопедического профиля.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 251 пациента с сочетанной дегенеративно-дистрофической патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов, укладывающейся в современное понятие о hip-spine синдроме. Пациенты лечились в период 2010 по 2021 год. Мужчин было 114, женщин - 137. Возраст составил от 41 до 84 лет. Все пациенты были госпитализированы в отделение ортопедического профиля для лечения по поводу коксартроза и распределены на 5 подгрупп на основании выявленных при обследовании преобладания анатомо-функциональных изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Результаты и обсуждение.

Сравнение полученных данных показывает существенное и статистически значимое различие в распределении выделенных видов вертебральной патологии.

Преобладали передний (дисковый) стеноз ($90/35,9 \pm 3,0\%$) и сегментарная нестабильность ($69/27,5 \pm 2,8$). При двустороннем процессе в исследование вносили показатель «худшего» сустава, поскольку именно его патология была основанием для госпитализации. Выявлено преобладание III стадии коксартроза ($228/90,8 \pm 1,8$), поскольку выявление этой стадии было основанием для госпитализации и эндопротезирования. Присутствие больных с IV стадией ($15/6,0 \pm 1,5$) объяснялось поздним обращением пациентов. Сравнительный анализ показывает, что в группе пациентов, где доминировали явления коксартроза, разная степень вовлеченности тазобедренных суставов в процесс наблюдалась у $153/61,0 \pm 3,1$ больных, укорочение конечности – у $113/45 \pm 3,1$ человек.

Полученные данные позволяют предположить, что именно асимметрия нагрузки является пусковой точкой в механизме развития вертебрального компонента этой патологии.

Выводы. Для определения HSS необходимо рентгенологическое обследование в стандартных укладках и с функциональными нагрузками, СКТ, МРТ-исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника, таза и тазобедренных суставов. Проявления вертебральной патологии при развитии HSS могут быть подразделены на 5 основных подгрупп, в каждой из которых соответственно преобладают определенные симптомы. Полученные данные указывают, что асимметрия нагрузки на тазобедренные суставы является пусковым механизмом в развитии вертебрального компонента этой патологии.

Лихолетов А.Н., Титов Ю.Д., Шпаченко Н.Н., Андреев С.В.

Республиканский травматологический центр г.Донецк ДНР, ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Травма позвоночника и спинного мозга является одной из наиболее актуальных проблем в нейрохирургии, травматологии и нейрореабилитации, что обусловлено как значительным числом осложнений, сопутствующих повреждению спинного мозга, грубыми функциональными нарушениями, приводящими к ограничению самообслуживания и передвижения, утратой контроля тазовых функций, так и высоким уровнем инвалидизации, социальной и психологической дезадаптацией пациентов.

Цель: улучшить анатомофункциональные результаты лечения нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника.

Результаты и обсуждение. Нами был выполнен анализ комплексного обследования и лечения 118 пострадавших с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника и спинного мозга, поступивших в Республиканский травматологический центр с 2014 г. по 2020 г. Из этой группы 23 пациента оперированы по методике «360гр.», то есть произведена транспедикулярная фиксация и стабилизация передней опорной колонны металлическим мешем. На основании анализа результатов лечения 95 пострадавших с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника отмечено в динамике разрушение металлических конструкций при активизации больного у части больных. Нами проведено исследование напряженно-деформированного состояния конечно-элементной модели фрагмента позвоночного столба при различных вариантах хирургического лечения перелома тела позвонка. Анализ распределения интенсивности напряжений показывает, что при вертикальном положении туловища основная нагрузка приходится на переднюю часть позвоночного столба, то есть на тело позвонков. Наличие перелома среднего позвонка приводит к значительному росту напряжений в теле позвонка, также наблюдается рост напряжений в корнях дуг позвонков. Максимальные напряжения в конструкции транспедикулярной фиксации сосредоточены в области перехода тела винта в головку и в зависимости от положения туловища составляет: ~ 120 МПа для ВП, ~ 165 МПа для НП и ~ 135 МПа для НП. Отсюда можно сделать вывод, что только транспедикулярный спондилодез может при-

вести к высоким нагрузкам на основание шейки шурупа и перелому последнего. при лечении перелома позвонка методом транспедикулярной фиксации совместно с использованием костного цемента. При использовании дополнительно создания передней опоры костным цементом для восстановления перелома уровень напряжений в модели снижается, причем это происходит как в неповрежденных позвонках, так и в позвонке с переломом, практически до уровня напряжений, соответствующего здоровым позвонкам. Результаты моделирования демонстрируют эффективность совместного использования транспедикулярной фиксации и передней стабилизации костным цементом, которая проявляется в значительном снижении напряжений в неповрежденных позвонках, используемых для крепления фиксирующих винтов, а также в снижении напряжений в используемой для фиксации металлоконструкции. Результаты хирургического лечения 23 пострадавших с травмой грудного и поясничного отделов, которым кроме транспедикулярной фиксации произведена стабилизация передней колонны металлическим мешем показали большую стабильность конструкции, что позволило расширить реабилитационные возможности и улучшить функциональный результат.

Лубенская О.А., Ряполова Т.Л., Трошина Е.О., Токарева О.Г.

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

ОСОБЕННОСТИ СИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Взаимосвязь психических и соматических расстройств широко известна как в кругу психиатров, так и врачей общесоматической практики. Ряд работ посвящен изучению этиологии и патогенеза психосоматических расстройств, в то же время многие вопросы возникновения и течения психических и психосоматических нарушений у лиц, находящихся в условиях психоэмоционального перенапряжения, их взаимосвязи и взаимовлияния до настоящего времени остаются окончательно не решенными. Напряженный умственный труд студентов также можно считать естественной моделью психотравмирующей ситуации, повышающей риск возникновения и развития психических и психосоматических расстройств. Этому способствуют как психологические особенности студенческого возраста, так и общая ситуация неопределенности, вызванная комплексом стрессовых факторов нашего региона (нестабильная военно-политическая ситуация, распространение коронавируса, инфодемия).

Целью работы явилось изучение особенностей психосоматического реагирования у студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО.

Материалы и методы. С помощью полуструктурированного интервью, направленного на выявление субъективного переживания проблем с физическим и психическим здоровьем, было опрошено 22 студента (14 (64%) женщин, 8 (36%) мужчин), средний возраст $20,4 \pm 0,89$ лет.

Результаты и обсуждения.

Несмотря на то, что большинство респондентов не обнаруживали клинически установленных изменений в состоянии физического здоровья, с увеличением продолжительности обучения возрастало количество лиц, обнаруживающих проблемы с физическим самочувствием (различия в сравнении с группой студентов 1-3 курсов статистически достоверны, $p < 0,05$). В то же время, большинство респондентов отмечали ухудшение психического здоровья, причем удельный вес лиц с подобными проблемами преобладал среди студентов младших курсов (различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$). Более 77% студентов (17 чел.) предъявляли жалобы на состояние своего здоровья, среди которых преобладали головные боли (12 чел. - 55%), повышенная утомляемость (10 чел. - 45%), нарушения сна (9 чел. - 41%). Более половины всех обследованных (15 чел. - 68%) предъявляли жалобы на дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита (7 чел. - 32%), тошнота (5 чел. - 23%), ощущения тяжести в подложечной области (9 чел. - 41%), в большинстве случаев возникшие за время обучения в вузе (12 чел. - 55%). Как было выявлено в процессе собеседования, высокотревожные студенты с психосоматическими проявлениями были склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженно повышением уровня тревоги.

Выводы. Студенческие годы – сложный этап в жизни человека, усугубляющийся нынешней нестабильной ситуацией хронического военного и коронавирусного стресса. Проведенный анализ позволил установить значительную связь между степенью психоэмоционального напряжения, связанного с учебным и социальным стрессом, и выраженностью психосоматического реагирования. Исследование личностных ресурсов студентов разных курсов, выявление у них психосоматического реагирования или психосоматических расстройств, разработка и внедрение современных методов лечения и профилактики данных состояний являются одним из направлений научно-практической деятельности лаборатории психического здоровья, созданной в ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО при кафедре психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии.

Лукина А.Э.

Курский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НАЛИЧИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Введение. На текущий период времени в мире продолжает главенствовать пандемия, вызванная новым штаммом коронавируса – SARS-Cov-2, появившийся впервые в 2019 году в городе Ухань. Источником инфекции является больной человек, пути передачи новой коронавирусной инфекции: контактный и воздушно-капельный. При прогрессирующем распространении данной инфекции произошло отягощение стационарного лечения пациентов с другими заболеваниями, а также усугубление эпидемиологической обстановки в больницах. Наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также сахарного диабета и ожирения, может свидетельствовать о возможном тяжелом течении новой коронавирусной инфекции.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и наличие коморбидной патологии у больных с новой коронавирусной инфекцией, находящихся на стационарном лечении в ОБУЗ «КГБ №1 им. Н.С. Короткова» г. Курска за период июнь-август 2021 года.

Материалы и методы. Для исследования были задействованы 48 историй болезни пациентов с новой коронавирусной инфекцией, находящихся на стационарном лечении в ОБУЗ «КГБ №1 им. Н.С. Короткова» г. Курска.

Результаты. Ретроспективный анализ историй болезни показал, что пациентов женского пола с новой коронавирусной инфекцией было 29 (60,4%), мужского – 19 (39,6%). Полученные данные при распределении по возрастной группе исследуемых пациентов распределились следующим образом: до 40 лет (2,1%), 40-49 лет (10,4%), 50-59 лет (8,3%), 60-69 лет (27,1%), 70-79 лет (35,4%), более 80 лет (16,7%). Было выявлено, что среди данных возрастных групп более 60% в стационаре находились на лечении пациенты старше 60 лет. Самая менее распространенная возрастная группа среди исследуемых пациентов – менее 40 лет. Динамика заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди исследуемой группы пациентов распределилась по возрастному критерию практически идентично.

У исследуемой группы пациентов среди лиц женского пола КТ-картина была представлена следующим образом: у большинства пациентов наблюдалась КТ-3 – 41,4%, КТ-4 выявлено не было, КТ-1 и КТ-2 – в равной степени встречаемости. У лиц мужского пола КТ-картина поражения легких: у большинства пациентов (68,4%) в заключениях КТ-2, КТ-1 и КТ-3 у данной исследуемой группы численно распределились поровну. Таким образом, у лиц женского пола чаще определяется КТ-3, чем у пациентов противоположного пола.

При анализе степени тяжести течения новой коронавирусной инфекции, у более 50% пациентов наблюдается течение средней степени тяжести: у лиц женского пола – 55%, мужского пола – 69%. Тяжелое течение наблюдалось у 34,5% и 21,1% соответственно. Крайне-тяжелое течение наблюдалось у одного представителя из каждой группы.

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с новой коронавирусной инфекцией в анамнезе были выявлены: ожирение (54,2%), сахарный диабет (43,8%), ишемическая болезнь сердца (25%),

пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (10,4%), постоянная форма фибрилляции предсердий (2,2%), и чаще всего регистрируется артериальная гипертензия (АГ) – 79,2%.

Выводы. Таким образом, возраст пациентов, имеющих отягощенный анамнез, составляет 60 лет и старше. КТ-картина у исследуемой группы пациентов в большинстве случаев соответствует поражению легких 2 степени. КТ-4 у данных пациентов выявлено не было. В большинстве случаев зафиксировано течение средней степени тяжести. Наиболее часто среди коморбидной патологии у больных с новой коронавирусной инфекцией зафиксированы: артериальная гипертензия, ожирение и сахарный диабет.

Лукьянченко Е.Н.

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

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАННИМИ И ПОЗДНИМИ АКНЕ, В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность

Акне представляют важную проблему дерматологии из-за распространенности процесса, хронического рецидивирующего течения, существенно влияющих на качество жизни больных, вызывая социальную дезадаптацию. Существующие стандарты лечения акне не учитывают изменений уровня гормонов, что и объясняет неудовлетворенность пациентов клиническими и эстетическими результатами лечения. Разработанные протоколы лечения акне далеко не всегда предупреждают развитие постакне, которые особенно важны для женщин в возрасте социальной активности, в связи с чем появилась необходимость разработать более эффективные стандарты комплексного лечения акне.

Материалы и методы

На первом этапе работы сравнивали клинко-эпидемиологические особенности у больных ранними акне (30 пациенток в возрасте от 12 до 20 лет) и поздними акне (60 пациенток в возрасте от 20 до 55 лет).

В зависимости от метода терапии 60 больных с акне были разделены методом случайной выборки на 2 группы: основную (30 человек), леченных по разработанной методике, и группу сравнения (30 человек), леченных традиционно. В каждой группе были выделены 3 подгруппы с учетом репродуктивного возраста больных.

В последующем анализ клинко-эпидемиологических особенностей, биофизических свойств кожи и исследования уровня гормонов проведены только у больных поздними акне, которые в соответствии с целями и задачами исследования были распределены на 3 возрастные группы: активный репродуктивный возраст – 23 больных, поздний репродуктивный возраст – 20 больных и перименопаузальный период – 17 больных.

Результаты

Проведенные исследования подтвердили взаимосвязь особенностей клинических проявлений акне с особенностями гиперандрогении в зависимости от репродуктивного возраста женщин, генез которой имел сочетанный (яичниковый и надпочечниковый) характер. У больных перименопаузального периода относительная гиперандрогения была на фоне гипозстрогении. Во всех возрастных группах больных ПА отмечалась дисфункция надпочечников с формированием умеренного гиперкортицизма.

В докладе представлено теоретическое обоснование и новое решение научной задачи путем разработки комплексного метода лечения и реабилитации женщин, больных поздними акне с использованием, наряду с традиционной терапией, персонифицированной гормональной коррекции, криотерапии и биоревитализации. Доказано, что применение разработанного комплексного лечения способствовало не только более быстрому регрессу сыпи, восстановлению нарушенных параметров кожи, но и улучшению в последующем ее эстетического вида во всех возрастных группах.

Луценко Ю.Г.

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

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

У больных сахарным диабетом раневой процесс на стопе зачастую переходит в хроническое течение и характеризуется отсутствием полноценной грануляционной реэпителизации на фоне сосудистой недостаточности, отека, бактериальной обсемененности и нейропатии. В этих условиях нормальный процесс заживления нарушается как в стадии воспаления, так пролиферации и ремоделирования. Совокупность патологических изменений, происходящих на клеточно-молекулярном уровне и затрагивающих клетки соединительной ткани, лежат в основе резистентности хронической раны к стандартным методам лечения.

Для эпителизации ран в комплексе с хирургическим лечением у 76 больных с синдромом диабетической стопы нами был использован дермальный эквивалент (ДЭ), состоящий из коллагенового геля и включенных в него алло – или аутофибробластов. Работы по культивированию клеток и созданию ДЭ проведены на базе лаборатории клеточно-тканевой терапии ИНВХ им. В.К. Гусака.

Показаниями для использования ДЭ были следующие: трофические язвы после их «хирургической стерилизации» во II фазе раневого процесса (28 случаев), обширная раневая поверхность ампутированной культы стопы после удаления раннее пересаженного мумифицированного кожно-жирового аутолоскута (12 случаев), как стимулирующий фактор на подготовительном этапе ранней аутодермопластики раневых дефектов (22 случая), как самостоятельный метод заживления хронических нейропатических язв на фоне разгрузки стопы (14 случаев). Первую перевязку проводили через 3-4 суток с изменением площади раны и оценкой ее состояния. Практически у всех больных уже при выполнении первой перевязки наблюдали интенсивное формирование грануляционной ткани, признаки краевой реэпителизации, площадь раны в 82% случаев уменьшалась со скоростью 3,2-3,6% в сутки. Низкая скорость эпителизации у 16 больных в течение 2 недель служила критерием для повторной аппликации ДЭ, после чего скорость реэпителизации значительно увеличилась до 2,9-3,1% в сутки.

Использование культуры фибробластов способствовало не только сокращению сроков заживления ран, но и выполнению ранней аутодермопластики инфицированных ран с большей вероятностью приживления кожных лоскутов и снижению процента их отторжения.

Таким образом, аппликация ДЭ является достаточно эффективным способом лечения раневых дефектов у больных с синдромом диабетической стопы и требует проведения дальнейших исследований для оценки клинической значимости предложенного инновационного метода.

Луцкий И.С., Кишеня М.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ХРОНИЧЕСКИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Введение. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является важным элементом развития многих сосудистых заболеваний: артериальной гипертензии, атеросклероза, острой и хронической ишемии мозга, ишемической болезни сердца. Учитывая высокую распространенность в обществе факторов психоэмоционального напряжения, необходимо принимать во внимание патофизиологические механизмы формирования ЭД при действии хронического психосоциального стресса (ХПСС).

Материалы и методы. Обследовали 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ), составивших объект исследования и 100 волонтеров в качестве контрольного контингента (КК). Сформировано 5 групп ММЛ в зависимости от возраста и стажа работы, как меры длительности действия

ХПСС (от 1 года до 25 лет). КК распределен на группы, идентичные ММЛ. Активность центрального отдела стрессорной системы (СС) определяли по содержанию в крови АКТГ, периферического - продукцию кортизола (Кр). Секреторную функцию эндотелия изучали по продукции оксида азота (NO) (его стабильного метаболита нитрит-аниона - NO-2) и эндотелина 1 (ЭТ-1). Также определяли состояние антиоксидантных (антиоксидантную активность плазмы (АОАП) и прооксидантных (диеновые конъюгаты (ДК)) систем, воспалительные процессы (высокочувствительный С-реактивный белок (hsCRP)), содержание ангиотензина 2 (АТII).

Результаты. За период исследования отмечали этапную активацию СС: первые годы действия ХПСС сопровождалось ростом активности центрального и периферического отделов СС. Через 5-7 лет отметили снижение продукции АКТГ и Кр. В последующем (спустя 10-12 лет) наблюдали повторный рост активности СС, который удерживался до окончания исследования.

В начале исследования наблюдали усиленный синтез NO ($p < 0,01$) в ответ на вазоконстрикцию, вызванную высоким содержанием Кр. Темпы роста ЭТ-1 были не столь быстрыми, однако после 17-20 лет действия стрессоров были выше значений в контроле в 5 раз, что еще более усугубило вазоконстрикцию. На этом фоне наблюдали падение уровней NO более, чем в 1,8 раза. Избыточная продукция NO запустило процессы оксидативного стресса (ОС), о чем свидетельствует снижение АОАП и рост содержания ДК, что усугубило течение ЭД. В свою очередь, факторы ХПСС и процессы ОС индуцируют развитие сосудистого воспаления. Содержание hsCRP увеличивалось у ММЛ и к окончанию исследования превышало значения в контроле в 3,2 раза. После 17-20 лет действия факторов ХПСС на фоне роста уровней ЭТ-1, снижения биодоступности NO и активации процессов воспаления отмечали увеличение продукции АТII, способного, в свою очередь, потенцировать течение сосудистого воспаления и ОС. Указанные процессы запускаются избыточной продукцией гормонов стресса, подвергаются взаимной стимуляции и функционируют по типу замкнутого круга, усугубляя течение процессов ЭД при действии ХПСС.

Заключение. Хронический психосоциальный стресс сопровождается активацией стрессорной системы с избыточной продукцией гормонов стресса. Возникающая вазоконстрикция вызывает нарушение секреции эндотелиальных вазорегуляторов с развитием оксидативного стресса, сосудистого воспаления, избыточной продукции АТII. Указанные процессы способствуют возникновению и прогрессированию эндотелиальной дисфункции.

Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ СТРЕССА НА ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Реакция организма на стресс опосредуется системой стресса (СС). Установлено, что нейроэндокринные гормоны играют решающую роль в реализации реакции на действие стрессоров и служат показателем активности СС.

Цель: оценить реакцию СС на действие факторов хронического психосоциального стресса (ХПСС) у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 160 ММЛ, которые были разделены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (критерий длительности действия ХПСС). В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых добровольца, распределенных на 5 групп, аналогично ММЛ. Исследовали содержание в крови гормонов центрального (кортикотропин (КТРГ)), адренокортикотропный гормон (АКТГ)) и периферического (кортизол (Кр)) звеньев СС.

Обсуждение и выводы. Выявили статистически значимое повышение уровня КТРГ у ММЛ по сравнению с контролем ($p = 0,0466$). Наиболее высокие значения отмечались в начале исследования, а начиная с гр.3 наблюдалось постепенное снижение значений КТРГ, что объясняется включением механизмов отрицательной обратной связи.

При исследовании уровня АКТГ его значения у ММЛ были статистически значимо выше в сравнении с контролем ($p = 0,012$). В гр.2 наблюдали существенное снижение концентрации АКТГ, а начиная с гр.3 вновь отмечали существенный рост значений АКТГ ($p = 0,018$), что можно расценивать как повторную активацию СС на действие ХПСС.

Свидетельством активации периферического звена СС является повышение продукции глюкокортикоидных гормонов надпочечниками. В исследовании установлено, что содержание Кр у ММЛ было выше, по сравнению с контролем ($p < 0,001$). В гр.1 машинистов концентрация Кр была статистически значимо выше значений в аналогичной группе контроля. В гр.2 наблюдается снижение уровней Кр (на фоне уменьшения секреции АКТГ) до показателей, близких к контрольным. Продолжающееся действие факторов ХПСС привело, начиная с гр. 3, к повторной стойкой стимуляции выработки Кр на фоне высоких уровней АКТГ.

Полученные данные указывают на этапность реагирования СС на действие ХПСС. Начальный период характеризуется активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, ее центрального и периферического отделов, продолжительность которого составляет 5-7 лет.

Вслед за ним наступает временной отрезок, длительностью 7-8 лет, характеризующийся сохранением интенсивной продукции КТРГ на фоне падения образования АКТГ и Кр, что связано с определенной адаптацией к действию факторов ХПСС и переходом организма на новый уровень гомеостаза.

По всей вероятности, через 12-15 лет действия ХПСС, достигнутый на предыдущем этапе уровень организации гомеостаза оказывается недостаточно готов к продолжающим поступать внешним вызовам. Вновь возрастает продукция АКТГ и Кр, которая сохраняется до окончания исследования. Кроме того, наблюдается снижение продукции КТРГ, как проявление нарушений механизмов реагирования на хроническое действие стрессоров.

Следует отметить, что за счет хронической стимуляции происходит увеличение количества клеток передней доли гипофиза и повышение их чувствительности к стимуляции, и как следствие, – к росту секреции АКТГ, а вслед за этим и Кр.

Выводы. Действие ХПСС сопровождается реакцией центральных и периферических структур СС, которая носит этапный характер и зависит от длительности действия стрессоров.

Люгайло С.С., Рамошкайте М.С.

Донецкий Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ: ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОЦЕССУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Согласно концептуальному взгляду на организацию профилактико -реабилитационной деятельности в практике многолетней подготовки спортсменов различных специализаций, перспективным считается использование альтернативных допингу, немедикаментозных средств и методов физического воздействия. В процессе коррекции негативных проявлений спортивной деятельности на функциональном состоянии любой из систем организма, средствами физической реабилитации (ФР), специалисты рекомендуют использовать комплексный и дифференцированный методические подходы, эффективность которых подтверждена экспериментально. Организация процесса ФР при наиболее распространенных среди спортивных контингентов стоматологических заболеваниях (кариес, его осложнения, болезни пародонта) не является исключением.

В практике спорта разработка программ ФР при указанных нозологиях подразумевает объединение в единый комплекс средства общего (схема восстановления физической работоспособности спортсмена) и местного воздействия (используемые в стоматологической практике). Для максимальной дифференциации средств ФР, их дозировки и временной регламентации при стоматологической патологии, значение имеет учет различий в клинической картине и характере ее течения у спортсменов различного пола, возраста, спортивных специализации и стажа.

Что обосновало цель исследования – изучение особенностей развития стоматологической патологии у диспансерного контингента спортсменов. Всего обследовано: 11 876 спортсменов различных специализаций, в возрасте 7 – 43 лет.

По результатам диспансеризации установлено:

Удельный вес стоматологической патологии у спортсменов достаточно высок. Здоровыми признаны – 38,51 % обследованных; 61,49 % – ранее санированы (40,57 %) или нуждаются в санации (20,92 %). Диагностированная патология разнится по степени развития и характеру клинического течения.

Из числа нуждающихся в санации полости рта (2485 спортсменов), диагностировано: кариес и его осложнения – у 96,07 % обследованных; воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит) различной степени тяжести – у 7,91 %; сочетанная патология – у 3,98 % спортсменов.

Определили:

В условиях спортивной подготовки патология твердых тканей зуба и заболевания пародонта диагностируются у спортсменов в 2,8 раз чаще, чем у спортсменов.

Удельный вес патологий увеличивается прямопропорционально уровню спортивного мастерства обследованных: от 8,75% случаев – у спортсменов без разряда, до 62,91% – у высококвалифицированных спортсменов. При интенсивности кариозного процесса – $4,64 \pm 0,71$ и $16,31 \pm 0,45$ зуба, соответственно.

Наиболее подвержены развитию кариеса (часто – с субкомпенсированным течением) спортсмены, тренирующиеся в смешанном (аэробно-анаэробном) режиме: спортивные игры – 31,85 % случаев от общего числа в нозологической группе; единоборства – 30,16 %.

Заболевания пародонта развиваются и прогрессируют чаще у спортсменов, тренирующих качество аэробной выносливости (циклические виды спорта) и силовой выносливости. Наибольший прирост стоматологических заболеваний регистрируется у активно соревнующихся спортсменов в возрастной группе – 19 – 25 лет.

Таким образом, учет выявленных особенностей развития и проявления стоматологических заболеваний у спортсменов в условиях многолетней тренировочной деятельности, специфичной для каждого вида спорта позволит дифференцировать тактику их физической реабилитации, осуществить адресное воздействие, не только на очаг болезни, но и организм спортсмена в целом. Станет возможной временная регламентация и дозировка средств ФР согласно полу, возрасту, спортивной специализации и квалификации реабилитируемых.

Ляшенко Ю.О., Лепшина С.М., Панченко Д.Р., Лепшина Е.А., Васильева М.А.

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Цель исследования – оценить качество жизни (КЖ) медицинских сестер психиатрических стационаров, выявить влияющие на него факторы и разработать мероприятия по его повышению.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе РКПБ МЗ ДНР с использованием опросника SF-36 (J.E. Ware et al., 1993). В нем приняли участие 98 медицинских сестер, средний возраст которых составил 44 года. Для всех 8 шкал максимальное значение показателя равно 100 (чем выше показатель по шкале, тем лучше КЖ по этому параметру). Сравнительный анализ показателей КЖ медицинских сестер проводился с врачами-психиатрами указанных учреждений (24 чел.) и с популяционной группой жителей крупных городов Донецкой Народной Республики (18чел.).

Результаты. Проведенный анализ не выявил статистически значимых различий между показателями качества жизни медицинских сестер по сравнению с врачами-психиатрами, за исключением более низких показателей у медицинских сестер по шкале «физическое функционирование» ($p < 0,0001$).

Факторный анализ влияния различных переменных на показатели КЖ медицинских сестер позволил выявить статистически достоверную разницу в оценке качества жизни в зависимости от стажа работы в психиатрии, семейного положения, возраста и пола.

Персонал мужского пола имел лучшие показатели КЖ по шкалам «физическое функционирование» ($p=0,004$) и «жизнеспособность» ($p=0,022$), а персонал женского пола имел более высокие показатели по шкале «телесная боль» ($p=0,017$).

Показатели КЖ медицинских сестер в возрастной категории до 30 лет оказались более высокими по сравнению с возрастной категорией 41-50 лет по шкалам «физическое функционирование» ($p=0,023$), «ролевое физическое функционирование» ($p=0,0008$), «общее состояние здоровья» ($p=0,0012$), а по сравнению с возрастной категорией старше 51 года лишь по шкале «общее состояние здоровья» ($p=0,02$).

Показатели КЖ медицинских сестер по шкале «социальное функционирование» изменялись в зависимости от стажа работы в психиатрии: они были ниже у лиц со стажем работы в психиатрии до 5 лет, по сравнению с аналогичным показателем у медицинских сестер, стаж которых составлял более 5 лет ($p=0,044$).

По шкале «психическое здоровье» наиболее высокие показатели КЖ оказались у незамужних медицинских сестер, более низкие показатели были у тех, кто состоял в браке и наиболее низкие показатели зафиксированы у вдов и разведенных. По шкале «физическое функционирование» высокие показатели отмечались у медицинских сестер, не состоящих в браке, несколько ниже – у лиц, состоящих в браке, и самыми низкими они были у вдов и разведенных ($p=0,042$).

Кластерный анализ позволил выделить группу медицинского персонала, КЖ которого оказалось ниже, чем в общей популяции, практически по всем шкалам опросника. Эту группу составили медицинские сестры в возрасте от 31 до 50 лет и стажем работы в психиатрии более 10 лет. В этой группе показатель по шкале «ролевое физическое функционирование» составил $32,54 \pm 26,80$, «общее состояние здоровья» – $47,40 \pm 11,87$, «жизнестойкость» – $48,57 \pm 17,26$, «психическое здоровье» – $55,68 \pm 12,66$.

Выводы. Результаты исследования позволили выявить уязвимые группы медицинских сестер, КЖ которых ниже показателей популяционной группы. Необходима комплексная программа повышения КЖ средних медицинских работников психиатрических стационаров.

Макеев Г.А., Яворская Л.В., Озерова Т.Л., Бутук Л.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЫБОР КОНСТРУКЦИИ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗЕРВНЫХ СИЛ ПАРОДОНТА

Введение. Согласно данным отечественных и зарубежных авторов заболевания пародонта наблюдаются у большей части человечества всех возрастных групп. Поэтому и соответственный план лечения, правильное планирование ортопедических конструкций позволяет задержать развитие болезней пародонта, восстановить функцию жевательного аппарата и избежать зубочелюстных деформаций.

Цель работы. Обосновать методику клинического анализа протезирования несъемными конструкциями протезов на основании возрастной выносливости пародонта.

Материалы и методы. Для определения показателей возрастной выносливости пародонта постоянных зубов к жевательной нагрузке нами сконструирован прибор гнатодинамометр и проведены измерения у 44 лиц мужского и женского пола с интактными зубными рядами в возрасте от 6 до 60 лет.

Результаты. При анализе показателей суммарной выносливости пародонта постоянных зубов к жевательной нагрузке можно отметить три периода возрастной выносливости пародонта постоянных зубов:

а) Период увеличения функциональной выносливости пародонта, который длится с момента прорезывания постоянных зубов и до 25 лет, максимальная выносливость пародонта всех зубов составляет у мужчин 314 кг у женщин 304 кг;

б) Период относительной стабильности от 25 и до 45 лет, максимальная выносливость пародонта соответственно 368 и 328 кг;

с) Период уменьшения функциональной выносливости от 45 лет и до 60 лет и старше, максимальная выносливость пародонта соответственно 221 и 214 кг.

Проведенные гнатодинамометрические исследования выносливости пародонта зубов к вертикальной нагрузке у 44 человек в возрасте от 6 до 60 лет показали, что наибольшие резервные силы пародонта зубов определяются в возрасте от 20 до 40 лет. Суммарная выносливость пародонта зубов на одной челюсти в этой возрастной группе составляет 618 кг, а в возрасте 60 лет она снижается в 2-3 раза и составляет 287 кг.

Выводы. Выбор конструкции протезов у первой и второй групп лиц следует проводить различно. Конструкции несъемных опирающихся протезов в возрасте от 40 до 60 лет и старше должны носить шинирующий характер, промежуточная часть мостовидных протезов должна быть максимально уменьшена, бугры на её жевательной поверхности сглажены, что значительно уменьшит функциональную травму пародонта.

Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Масенко В.В.

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

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Цель. На сегодняшний день проблема постковидной хронической усталости представляет собой сложный социальный и медицинский феномен, требующий длительной и тщательной стратегии.

Материалы и методы. Обратившиеся на консультацию пациенты все имели данные о перенесенной COVID- 19, которые имели разные проявления неврологической симптоматики .

Результаты и обсуждение. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции — это комплексное расстройство, характеризующееся наличием постоянной или рецидивирующей немотивированной выраженной общей слабостью в течение не менее 6 месяцев, а также некоторыми другими неспецифическими симптомами. Наблюдения показывают, что большая часть пациентов на протяжении нескольких недель после формального выздоровления продолжали чувствовать истощение и физическую слабость. Главный симптом – бесконечная усталость, которая не покидает человека даже после продолжительного сна и отдыха. У большинства пациентов развивается сопутствующий недуг – постоянная бессонница. Согласно предварительным медицинским данным состояние непроходящей усталости, а также ощущение нарушения концентрации внимания сопровождает пациентов практически весь период реабилитации. Постковидные симптомы могут проявляться на протяжении месяцев или вернуться уже после выздоровления пациента - даже в случаях, когда он перенес болезнь в легкой форме, это относится и к пациентам , не входящим в группу риска.

Главная задача врачей к которым обращаются пациенты в этот период -выяснить причину симптомов, а для этого нужно постоянно мониторировать показатели здоровья. Очень важно проводить беседы с пациентами всей семьей.

Заключение. Восстановление после перенесенной COVID- 19, занимает от нескольких недель до нескольких месяцев, поэтому применение комплексного подхода в период восстановительного лечения является важной медицинской задачей. В комплекс лечения больных можно включить такие методы как: психологическую реабилитацию, фитотерапию, музыкотерапию, аутогенную тренировку, гипноз, физическую активность , которая должна быть регулярной и дозированной. Чрезмерное усердие при занятии спортом до болезни может привести к опасным осложнениям и новым заболеваниям. Лучше выходить на пик тренировки постепенно и дать возможность организму восстановиться.

Максимова М.А., Жадан Е.С., Колесникова А.Г., Демкович О.О.

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

РОЛЬ САПРОНОЗОВ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИХ МЕСТО В КЛАССИФИКАЦИИ

Деятельность людей и отчасти наступившая активизация солнечной активности привела к изменению естественной среды и ландшафта в природе, что, как правило, нарушило баланс в паразитарных системах. Так выросла заболеваемость в природных очагах чумы, сибирской язвы, холеры, что грозит ростом этих заболеваний среди людей. Поэтому на фоне пандемии COVID-19 необходимо напоминать медицинскому сообществу, что существует такая небезопасная группа инфекционных заболеваний как «сапронозы». Эпидемиологическая ситуация в Донецкой Народной Республике (ДНР) по данной группе инфекций значительно ухудшилась, в связи с ведением боевых действий и уже в течении 7 лет разрушаются скотомогильники, захоронения с особо опасными инфекциями. А также следует упомянуть, что почва в ДНР густо заселена *Clostridia tetani*, так как превалирует черноземная порода.

Типичным представителем сапронозов выступает столбняк. Ежегодно в мире продолжают регистрироваться десятки тысяч случаев столбняка. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2017 году было поражено столбняком – более 12,4 тысяч. За 2019 год в Украине зафиксировано 5 случаев столбняка, один из которых закончился смертью больного. Об этом сообщает Центр общественного здоровья Минздрава. Двое из пяти заболевших – дети. Анализируя заболеваемость на территории Донецкого региона с 2000 по 2020 года, мы выявили такие эпидемически значимые подёмы показателей в 2001 году – 4 случая (0.08 сл. на 100тыс.населения), в 2006году – 3 случая(0.06 сл. на 100тыс.насел), в 2009году – 2 случая(0.04 сл. на 100тыс.насел), в 2013году – 2 случая(0.02 сл. на 100тыс.насел). В Донецкой Народной Республике(ДНР) в 2015 году – 1 случай (0.02 сл. на 100тыс. насел) и 2020 году 1 случай. Это вероятней всего обусловлено отсутствием вакцинации среди разных групп населения, что находит подтверждение в отчетах проведения вакцинации, где выполняемое количество прививок ниже запланированного.

В ДНР случаи легионеллеза не регистрируются из-за отсутствия диагностического оснащения для выявления возбудителя на объектах внешней среды. Однако, ряд атипичных пневмоний возможно и следовало бы дифференцировать с легионеллезом,ведь в нашем регионе существуют все условия для выживания этого сапроноза.

На сегодняшний день по данным ВОЗ сибирской язвой ежегодно в мире заболевают более миллиона животных и около 20 000 человек в 82 странах мира. Высокая заболеваемость людей объясняется наличием огромного количества почвенных очагов возбудителя, неблагополучной эпизоотической обстановкой и отсутствием во многих странах надежных средств для специфической профилактики сибирской язвы. Так, в период с 2000 по 2019 гг. неблагополучными по сибирской язве были 95 стран, на территории которых выявлено 787 вспышек, в т.ч. 357 эпидемических очагов. На территории Донецкого региона с 1940 г. по настоящий период зарегистрированы 260 неблагополучных пунктов по сибирской язве и 397 скотомогильников, где были захоронены животные больные сибирской язвой. Однако, по состоянию на сегодня, точных данных о местах нахождения более 90% скотомогильников, где были захоронены сибиреязвенные животные, не имеется ни у одной из сторон. Эта информация, к сожалению, была утрачена еще во времена Советского Союза. Последний случай заболевания на территории Донецкой области регистрировался в 2002 году в поселке Новоэкономическое Красноармейского района.

В заключении нужно отметить, что противоэпидемические мероприятия в отношении сапронозов должны строго соблюдаться, особенно в районах боевых действий, чтобы захоронения не послужили дополнительными очагами смертельных инфекций.

Малинин Ю.Ю., Ермилов С.Г., Ермилов Г.И., Шапаренко Э. В., Малинин Г.Ю.

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

ИНДЕКСУ ОССИФИКАЦИИ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Болезнь Пейрони (БП)—это заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит фиброзное поражение полового члена с образованием бляшек в белочной оболочке.

Для того, чтобы начать лечение БП, необходимо выбрать оптимальный комплекс консервативной терапии и оценить её результаты, а также определить показания к хирургическому лечению, выбрать оптимальный вид оперативного пособия и оценить его результат. Весь этот комплекс задач необходимо решать с помощью методов современной диагностики, которые должны быть безопасными, иметь высокую чувствительность и максимальную информативность. Это побуждает к поиску более результативных критериев диагностики и, соответственно, методов лечения БП.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с болезнью Пейрони.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 215 больных, в возрасте от 42 до 73 лет, за период с 2000 г. по 2020 г., которые находились на лечении или обследовались в клинике урологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» по поводу болезни Пейрони.

Двадцать лет назад в клинике урологии был разработан и внедрен в клиническую практику интегральный показатель – индекс оссификации (ИО) фибропластической бляшки, который позволяет, с высокой достоверностью, определять оптимальный метод лечения БП (консервативный или хирургический) в зависимости от стадии заболевания: стабилизации процесса и стадии склерогиаиноза. Индекс оссификации – это соотношение площади кальцифицированной или оссифицированной части фиброзной бляшки к общей её площади. Общую площадь фиброзной бляшки определяли пальпаторно и при помощи ультразвукового исследования. Всем пациентам, проводилось клиническое обследование, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов. У больных имелось уплотнение белочной оболочки в виде бляшек разной величины от 1х3 см до 2х7 см. Угол девиации полового члена варьировал от 35° до 110°.

Все пациенты, обратившиеся в клинику с жалобами на боль, независимо от размеров фиброзной бляшки и ИО, в течение трёх месяцев получали консервативную терапию (колхицин по 1,2 мг в сутки, тамоксифен по 40 мг в сутки, токоферола ацетат 300 мг в сутки). В случаях неэффективности консервативной терапии, 80 пациентам было проведено хирургическое лечение девиации полового члена. Предметом морфологического изучения служили кусочки белочной оболочки и кавернозной ткани полового члена при БП, взятые интраоперационно.

Результаты и обсуждение: Период наблюдения за пациентами составил от 9 до 36 месяцев. У 135 (62,8%) больных проведенная консервативная терапия была эффективной, что характеризовалось исчезновением болезненности в области уплотнения белочной оболочки, уменьшением угла девиации полового члена (или его полным устранением), улучшением кровотока в кавернозных телах, по данным доплерографии, а также уменьшением величины показателя ИО. Этим пациентам рекомендовалось дальнейшее динамическое наблюдение. В ходе исследования было установлено, что наличие или отсутствие воспаления, величина угла девиации и изменения кровотока в кавернозных телах находилось в прямой корреляционной зависимости с величиной показателя ИО. У 80 (37,2%) больных консервативная терапия была не эффективна. Сохранялась выраженная девиация полового члена и отмечалось увеличение показателя ИО больше 0,35. Этим пациентам была проведена хирургическая коррекция эректильной девиации.

Ценность использования интегрального показателя индекса оссификации нашла свое подтверждение при гистологическом исследовании фиброзных бляшек. При ИО менее 0,35 в фиброзной бляшке всегда описывалась стадия воспаления, а при ИО больше 0,35 – стадия фиброза-гиалиноза.

Выводы: Более широкое использование в клинической урологии интегрального показателя индекса оссификации фибропластических бляшек позволит осуществлять дифференцированный подход при лечении пациентов с болезнью Пейрони.

Маматова Нодира Мухторовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ТАБАКОМ В УЗБЕКИСТАНЕ НА ФОНЕ COVID-19

Табакокурение является одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых, дыхательных и онкологических заболеваний, и одним из весомых причин смертности в мире. Нужно отметить на фоне COVID-19 показатель смертности населения еще больше увеличиваться. В связи с этим, научное осмысление вопросов образа жизни человека и взаимосвязи с состоянием здоровья, является актуальной.

В Узбекистане последовательно принимаются меры по предупреждению, лечению и контролю неинфекционных заболеваний и факторов их риска, снижению преждевременной смертности и заболеваемости населения. Об этом свидетельствует Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» от 18 декабря 2018 года.

Европейский регион лидирует и по распространенности курения среди взрослых (28%), а также входит в число мировых лидеров по распространенности курения среди женщин (19%). В Узбекистане отмечается относительно низкий уровень (14,3%) распространенности курения дымных табачных изделий по сравнению странами Европейского региона. Однако, если сюда добавить употребление бездымных табачных изделий, то Узбекистан занимает срединное положение.

Результаты различных исследований позволяют выявить особенности употребления табака в Узбекистане. Доля курильщиков сигарет среди мужчин за последние 12 лет (в период 2002-2014 гг.) практически не изменилась: если данный показатель в 2002 г. составил 20,9%, то в 2014 г. - 21,8%. Показатель распространенности употребления сигарет среди женщин значительно ниже: 0,9% и 1,5% соответственно. Наряду с употреблением сигарет, в Узбекистане распространено употребление бездымного табака – в основном, насвая. Употребление насвая в 2006 г. и 2014 г. среди мужчин составило 22,3% и 23,2% соответственно. В совокупности в 2014 г. общее потребление табака среди мужчин составило 42,4%, т.е. каждый второй мужчина из пяти употребляет табак.

Таким образом, в Узбекистане употребление как дымного, так и бездымного табака характерно больше для мужчин, в последние же годы отмечается рост популярности таких табачных изделий как кальян, электронные сигареты.

Мамедов В.Ш., Михайловина В.Ю., Сочилин А.В.

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

МЕТОДИКА РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ» УЧАЩИМИСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Потребность в специалистах медицинского профиля определяет необходимость поиска новых действенных путей реализации компетентностного подхода в системе среднего медицинского образования [1, 2, 3]. Реализация системы среднего медицинского образования особенно актуальна в связи со сложной социально-экономической обстановкой в стране, динамизмом внутри- и внешнеполитической ситуации в регионе, а также уменьшением численности медицинского персонала, невозможна без понимания того, какой должна быть профессиональная подготовка фельдшеров, как она должна измениться, чтобы способствовать развитию их профессиональной компетентности, мобильности, активной жизненной и профессиональной позиции [4].

Результаты и обсуждение.

На сегодняшний день специалистами здравоохранения отмечена недостаточная сформированность компетенций выпускников медицинских колледжей, часто неумение применять полученные теорети-

ческие знания на практике; посредственная в ряде случаев подготовка выпускников к действиям в сложных, нестандартных условиях обстановки [4]. Одним из основных противоречий современной подготовки будущих специалистов является несоответствие между требуемым и реальным уровнем готовности выпускников медицинских колледжей исполнять свои функциональные обязанности. Образовательный процесс часто ориентирован на приобретение знаний, но недостаточно формируется профессиональная компетентность, предполагающая иметь прочные практические навыки. В этой связи, в системе додипломного образования при формировании профессиональной подготовки фельдшера компетентностный подход призван сыграть ведущую роль [2]. Внедрение компетентностного подхода предполагает изменение результативно-целевой основы образования; содержания, форм, методов, средств обучения; контрольно-оценочных систем [3]. Важной составляющей компетентностного обучения в медицинском колледже, в том числе при изучении дисциплины БЖД, является использование информационных технологий при отработке практических навыков и выработки студентами умений самостоятельного манипулирования информационными ресурсами, так как компьютер, наряду с традиционным профессиональным арсеналом, становится основным средством получения информации. Развитие общих компетенций во многом осуществляется во время производственной практики (по профилю специальности или преддипломной), т.к. обучающийся оказывается не в модельной, а в реальной ситуации, которая создает условия для использования в своей деятельности различных общих компетенций, ситуативно выбирать освоенные универсальные способы профессиональной деятельности. Во время производственной практики обучающийся

- получает опыт завершенной деятельности в рамках участия в трудовых отношениях в реальной ситуации;
- получает опыт завершённого действия по выполнению конкретных профессиональных функций;
- выстраивает собственные ресурсы (знания, умения, навыки, освоенные способы деятельности) в соответствии с поставленными задачами, которые имеют производственный характер.

Заключение.

Таким образом, развитие общих компетенций – это системный эффект, который не может быть обеспечен отдельным мероприятием, а только при выполнении совокупности условий в процессе образовательной деятельности по учебной дисциплине или междисциплинарному курсу, в процессе осуществления самостоятельной внеаудиторной работы и системной воспитательной деятельности, то есть образовательной средой в целом.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Демьяненко Р.Б. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского колледжа // Среднее профессиональное образование. – 2013. – №3.
- 2.Ткачева К.О. Современные образовательные технологии как средство формирования компетенций будущих специалистов. Обобщение опыта // Среднее профессиональное образование. – 2013. – №5.
- 3.Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- 4.Общие компетенции как объект планирования и оценивания –<http://ru.znatock.com/docs/index-63098.html>

Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Сигитова Е.В.

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

ОЦЕНКА НЕЙРОТРАНСМИТТЕРНЫХ БИОМАРКЕРОВ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРСОМНОЛЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Введение. В последние годы растет интерес к проблеме расстройств бодрствования как фактору риска развития ишемического инсульта (ИИ) с одной стороны, так и с точки зрения прогноза и эффек-

тивности реабилитационных мероприятий после мозгового инсульта с другой. Гиперсомноленция – термин, обобщающий две клинические формы – избыточную дневную сонливость и избыточную потребность во сне. На сегодняшний день известны нейротрансмиттеры, способствующие развитию состояний гиперсомноленции при различной патологии. Практический интерес представляет связь нейротрансмиттерных биомаркеров гиперсомноленции со степенью расстройств бодрствования у пациентов в остром периоде ИИ.

Цель исследования. Проанализировать источники литературы с целью изучения нейротрансмиттеров, оцениваемых при диагностике гиперсомноленции, а также определить необходимость оценки их уровня у пациентов в остром периоде ИИ.

Материалы и методы. Проанализировано 45 источников, посвящённых описанию нейротрансмиттерных биомаркеров гиперсомноленции различной этиологии. Наиболее важной для запуска процесса сна и регулирования его продолжительности структурой головного мозга является гипоталамус. С позиций нейрохимии гиперсомноленция может быть связана с повышением уровня нейротрансмиттеров сна (гаммааминомасляная кислота – ГАМК, аденозин) и/или со снижением уровня нейротрансмиттеров бодрствования (глутамат, норадреналин, гистамин) за счёт ингибирующего влияния ГАМКовых нейронов гипоталамуса. Существуют также регулирующие трансмиссивные системы, в которых реализуется действие ацетилхолина, серотонина, дофамина – вспомогательных активирующих нейротрансмиттеров.

Результаты и обсуждение. Нейрональные группы вентролатерального преоптического ядра (ВЛПЯ) гипоталамуса являются источниками главных тормозных нейромедиаторов, запускающих каскад сна – ГАМК и галанина, ингибирующих нейроны восходящей активизирующей ретикулярной формации, отвечающие за поддержание бодрствования. Аденозин, как предполагается, действует как гомеостатический регулятор сна и является связующим звеном между гуморальными и нервными механизмами регуляции сна и бодрствования, его концентрация увеличивается в коре и базальных областях переднего мозга во время длительного бодрствования и снижается во время периода сна. Глутамат – наиболее важный возбуждающий нейромедиатор, участвующий в запуске процессов бодрствования. Норадреналин, вырабатываемый нейронами голубого пятна ромбовидной ямки во время бодрствования, ингибирует клеточные группы ВЛПЯ, способствуя поддержанию бодрствования. Гистаминэргические нейроны туберомамиллярного ядра также проявляют наибольшую активность в процессе пробуждения, подавляя ГАМКовые нейроны гипоталамуса. Максимальная продукция серотонина, обеспечиваемая нейрональными группами дорсального ядра шва, происходит в период бодрствования, полностью прекращаясь во время быстрого сна. Ацетилхолин является регулирующим нейромедиатором, принимающим участие в ингибировании ВЛПЯ, но также установлено, что холинэргические нейроны активны во время быстрого сна. Из всех перечисленных нейромедиаторов, наименьшее количество литературных данных отмечено в отношении ацетилхолина, что обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Выводы. Очевидно, что в контексте поиска нейротрансмиттерных биомаркеров гиперсомнии при ИИ наиболее перспективными представляются глутамат, ГАМК и ацетилхолин. Актуальность их исследования обусловлена и тем, что большинство работ по изучению их влияния на процессы сна носит экспериментальный характер. На наш взгляд, постепенное накопление более глубоких знаний о нейрохимии цикла «сон-бодрствование» и указанных нейротрансмиттерах приведет к разработке новых лабораторных диагностических тестов, а также новых методов лечения и ведения пациентов с постинсультной гиперсомноленцией.

Мате В.В., Совпель О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

ЛАПАРОСОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.

Цель. Оценка эффективности альтернативных способов создания колоректальных и колоанальных анастомозов, при восстановлении непрерывности желудочно-кишечного тракта, за счёт значительно упрощенной и доступной методики лечения больных с опухолями прямой кишки.

Введение. Применение лапароскопической технологии является одними из приоритетных при выполнении радикальных операций в хирургии колоректального рака с первичным восстановлением естественного пассажа по кишечнику. Важную роль играет нежность сформированных кишечных анастомозов.

Материалы и методы. В исследование включены больные с диагнозом рак среднеампулярного отдела прямой кишки.

Группы больных : 1) пациенты, которым выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки по Дюамелю ; 2) в контрольной группе выполнена лапароскопическая низкая передняя резекция прямой кишки с формированием степлерного анастомоза с протективной илеостомой.

Основная группа- 25 пациентов, возраст от 45 до 83 лет, выполнена лапароскопическая операция Дюамеля. Женщин – 14(56%), мужчин – 11(44%). В контрольной группе - 20 пациентов в возрасте от 33 до 85 лет, выполнена лапароскопическая низкая передняя резекция прямой и сигмовидной кишок с формированием анастомоза, двойным циркулярным степлерным швом, женщин–12(60%),мужчин–8(40%). Всем пациентам, и в основной, и в контрольной группе была выполнена расширенная лимфаденэктомия с тотальной мезоректальной диссекцией. В 1-й группе сигмовидная кишка низводилась интрасфинктерно, подслизисто с последующим формированием колоректального анастомоза, как второго этапа операции через 7 дней. Во второй группе аппаратный анастомоз формировался по стандартной технологии.

Результаты. В 1-й группе больных, которым выполнялась лапароскопическая операция Дюамеля, восстановительный период составил от 1,3±0,2 месяцев, а качество жизни, восстановление, реабилитация по срокам не значительно отличалось от контрольной группы больных, которым была выполнена низкая передняя резекция. Длительность реабилитации в контрольной группе больных составила 2,5±1,4 мес

Заключение. Лапароскопическая операция Дюамеля позволяет добиться удовлетворительных результатов на фоне быстрой реабилитации больных раком прямой кишки средне и ниже-ампулярного отдела за счёт эффективной, упрощенной и доступной методики лечения.

Матийцев А.Б., Литвиненко В.В.

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

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЖАЛОБ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ПРАВОМ НИЖНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА

Острая боль в правой подвздошной области является наиболее частой причиной обращения пациентов за медицинской помощью. Классические клинические симптомы острого аппендицита могут быть аналогичны другим состояниям, особенно на ранней стадии и диагностика может быть особенно сложной у женщин детородного возраста. Частота диагностических ошибок при болевом синдроме в правом нижнем квадранте особенно у женщин репродуктивного возраста приближается к 40% и обусловлена отсутствием типичных классических признаков более чем у 50% женщин.

В работе представлена оценка диагностической точности жалоб и данных объективного осмотра при остром болевом синдроме в правом нижнем квадранте у женщин репродуктивного возраста.

Под наблюдением находилось 286 женщин репродуктивного возраста, которым были выполнены оперативные вмешательства по поводу острого аппендицита. Ретроспективный анализ болевого синдрома. При оценке клинических симптомов учитывалась локализация, характер, интенсивность болевого синдрома, мышечное напряжение передней брюшной стенки, оценивалась интенсивность, длительность, распространенность симптома раздражения брюшины. Исследование проводилось с использованием стандартной методики, дополнительно рассчитаны чувствительность, специфичность, отношение правдоподобия, прогностическое значение.

Ретроспективный анализ результатов оперативных вмешательств показал, что в 230 (80,42%) случаях диагноз острого аппендицита подтвержден патологоанатомически, тогда как в 56 (19,58%) случаях морфологически имело место нормальная стенка отростка. Причина госпитализации у всех

женщин была боль постоянного характера в правом нижнем квадранте: была боль с локализацией в правой подвздошной области у 222 (77,62%) пациенток, в параумбиликальной области – у 33 (11,54%) и в правой паховой области – у 31 (10,58%). Во время осмотра у 196 (68,53%) случаев была выражена болезненность при пальпации, тогда как в 90 (31,47%) была незначительной либо отсутствовала. Локальное мышечное напряжение отмечалось у 202 (70,63%) пациенток имело место, а в 84 (20,37%) данный признак практически отсутствовал. В нашем исследовании для такого симптома как: локализация боли эффективность составила 0,68 с отношением шансов 1,75 и индексом полезности 0,05. Вместе с тем, при оценке интенсивности боли эффективность составила 0,51 с чувствительностью 0,19 и специфичностью 0,87, тогда как полезность находилась на уровне 0,052 с соотношением шансов 1,57. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в большинстве случаев детальный анализ жалоб развития заболевания, данные объективного осмотра позволяют предварительно установить первопричину заболевания у женщин репродуктивного возраста с подозрением на острый аппендицит при первичном осмотре.

Использование практически врачами таких показателей как: чувствительность, специфичность, отношение правдоподобия, прогностическое значение у женщины репродуктивного возраста при атипичном болевом синдроме в правом нижнем квадранте позволит сократить количество необоснованных оперативных вмешательств. Доказана корреляция между интенсивностью выраженностью клинических симптомов характерных для острой боли в правой подвздошной области и острым аппендицитом у данной группы больных.

Медведева В. В., Кучеренко Н. П., Коваленко Т. И., Заяц С. П., Киреев А. В., Ульянов А. А.

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

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Коронавирусная инфекция у детей протекает как обычная сезонная острая респираторная вирусная инфекция, что затрудняет раннюю диагностику. Незрелость отдельных звеньев врожденного иммунитета, конституционально высокий уровень лимфоцитов, смещение иммунологического ответа в сторону противовоспалительного, активный «тренированный» иммунитет у детей обеспечивает активную противовирусную защиту без развития чрезмерно интенсивного каскада иммунологических реакций при COVID-19 у детей.

Цель исследования – определение клинико-лабораторных особенностей COVID-19 у детей в стационарах Донецкой области.

Материал и методы. Проанализировано 490 историй болезней детей с коронавирусной инфекцией, госпитализированных в перепрофилированные детские инфекционные стационары Донецкой области.

Результаты. С марта 2020 г. по сентябрь 2021 г. в стационарах ДНР было пролечено 490 детей, больных COVID-19, из них 350 – подтвержденных (ПНК SARS-CoV2 в материале из зева и носа методом ПЦР и IgM и IgG в крови методом ИФА). Среди госпитализированных преобладали дети до года и старше 10 лет (31%), 56% - мальчики, 44% - девочки. Из эпиданамнеза: у 65,7% имело место наличие семейного очага (контакты с больным в семье), пребывание в эндемичных странах – 35 %.

Клинические проявления были кратковременными: незначительное повышение температуры тела (субфебрильная лихорадка) – 69% случаев; слабость – 30%; заложенность носа, насморк – 35,7%; экзантема (6%); сухой кашель (35,7%); першение и боль в горле – 38,5%; аносмия, агевзия – 35,5%; одышка (14,2%) к 6-8 дню заболевания, в отличие от гриппа; ощущение сдавленности в грудной клетке – более 20%; миалгии и утомляемость – 44%; головные боли (8%), сердцебиение (42%); поражение ЖКТ (68,5%) – диарея, тошнота, рвота; пневмонии (21,4%) – преимущественно у детей первого года жизни и старше 12 лет, что возможно связано с особенностями иммунитета в данных возрастных группах. Превалирующей формой коронавирусной инфекции у детей за указанный период была среднетяжелая (56%), выросли тяжелые формы у детей (44%). Отклонение в лабораторных исследованиях: СРБ был повышен у 42% больных, лейкоцитоз – 23%, лимфоцитоз – 23%, лимфо-

пения – 28%, СОЭ было выше 10 мм/ч – у 21% больных, выше 20 мм/ч – 21%, тромбоцитоз – 19%, повышения уровня трансаминаз в крови (АЛТ, АСТ) – 26%.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 18% больных: ВСД пубертатного периода – 2%, дисбиоз кишечника – 2%, анемия – 9%, ИМВП – 5%, сальмонеллез – 2%, аутоиммунный миелозенцефалит – 2%, ДЦП – 3%.

Коронавирусная инфекция у детей протекала с осложнениями – бактериальные пневмонии (39%), энцефалические реакции (14%), у 12% детей старше 10 лет отмечался длительный субфебрилитет, связанный с постковидной вегетативной дисфункцией, у 1-го подростка 17 лет – постковидное интерстициальное заболевание легких, у 3-х детей старше 10 лет – кардит, нефропатия, гидроторакс и у 9-ти детей старше 10 лет – детский мультисистемный воспалительный синдром (ДМВС).

Лечение, обследование и выписка детей проводились согласно временным методическим рекомендациям и действующим приказам. Среди детей от COVID-19 летальные исходы не зарегистрированы.

Таким образом, патогномичные признаки COVID-19 у детей отсутствуют, существует угроза преобладания тяжелых форм COVID-19 у детей, многогранность течения заболевания COVID-19 у детей определяет необходимость привлечения разных специалистов – инфекционистов, кардиологов, иммунологов, гематологов, неврологов и реаниматологов в ведении пациентов, с целью оптимизации раннего распознавания тяжелых осложнений и лечения.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Азаркова Л.Д., Андреев Р.Н., Антонова А.А.

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

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЯМБЛИОЗОМ В Г. ДОНЕЦКЕ — ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Инвазированность лямблиями в настоящее время широко распространена среди населения в мире, при этом в развитых странах лямблиоз встречается в 2-2,5 раза чаще, чем в развивающихся. Основную роль в эпидемическом процессе данной паразитарной инвазии играет детское население (1-5 лет), в т.ч. дети из организованных дошкольных коллективов. В связи с бессимптомным или субклиническим течением лямблиоза на ранних стадиях, его выявляемость остается стабильно низкой.

С целью изучения ситуации по заболеваемости лямблиозом в крупном промышленном городе на примере г. Донецка, нами проведен ретроспективный эпидемиологический анализ по материалам официальной регистрации заболеваемости лямблиоза за период 2018-2020 гг. и 6 месяцев 2021 г. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (ДНР).

В ходе проведенного исследования установлено, что в настоящее время в ДНР отмечается тенденция к снижению заболеваемости лямблиозом (2018 г. - 21,0 на 100 тыс. населения, 2019 г. - 13,3, 2020 г. - 12,8, первое полугодие 2021 г. - 11,9%). При этом, среди детей в 2020 г. наблюдался некоторый рост заболеваемости.

Так, в 2018 году заболеваемость лямблиозом составляла 21,0 на 100 тыс. населения (200 случаев) и снизилась на 31,2% в сравнении с предыдущим годом, в т.ч. среди детей до 17 лет – на 27,9%, среди взрослого населения – на 29,7% (показатели заболеваемости составили 104,3 и 5,2 соответственно).

Эпидемический процесс реализовался в основном за счет детского населения: удельный вес детей в возрасте до 17 лет в общем числе заболевших составил 79,0%. Контактные вспышки лямблиоза, регистрируемые в организованных детских коллективах, как правило, связаны с нарушением санитарно-гигиенического режима и правил личной гигиены среди детей и персонала. Из числа заболевших лямблиозом лиц до 17 лет $14,8 \pm 4,1\%$ составляли дети, посещающие муниципальные детские дошкольные учреждения, $42,2 \pm 4,1\%$ – школьники, $43,0 \pm 4,1\%$ – неорганизованные.

Лабораторным обследованием на лямблиоз было охвачено: 58,6% амбулаторных больных с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени, поджелудочной железы, 41,5% диспансерных

больных с патологией ЖКТ, 92,3% больных острыми кишечными инфекциями, в т.ч. 95,3% детей до 17 лет, 0,9 % населения прочих групп риска, 7,9 % детей до 17 лет, 0,7% взрослого населения.

В ходе проведения эпидемиологического надзора за лямблиозом в 2020 г. медицинскими паразитологами г. Донецка было отобрано и проведено 1195 исследований, в т.ч. планово – 1291 проб, из них питьевой воды – 36, воды открытых водоемов – 202; воды бассейнов – 49; сточной воды – 76; почвы – 759 проб (в 1 было установлено отклонение). По эпидемическим показаниям было проведено всего 43 исследования. Данная ситуация показывает, что работа по исследованию объектов внешней среды в очагах лямблиоза была недостаточной.

Таким образом, несмотря на тенденцию к снижению, заболеваемость лямблиозом в г. Донецке остается актуальной проблемой. Для снижения пораженности населения этой инвазией необходимо обеспечить своевременную индивидуальную медицинскую помощь, добиваться повышения уровня личной гигиены, обеспечивать население качественной водой, непрерывно проводить санитарное просвещение населения.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И., Бабуркина А.И.

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

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА АКТУАЛЬНЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДАХ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Инфекционные гастроэнтероколиты (ГЭК) могут иметь бактериальное, вирусное или протозойное происхождение. Наиболее часто возбудителями ГЭК выступают сальмонеллы, кишечная палочка, шигеллы, а также вирусы групп Коксаки и ЕСНО. Один из самых высоких показателей на 100 тыс. населения среди бактериальных ГЭК в Донецкой Народной Республике (ДНР) приходится на сальмонеллезную инфекцию, эпидемический процесс которой реализуется в основном за счет детей до 17 лет и взрослых 18-45 лет.

Нами был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации случаев ГЭК установленной этиологии и сальмонеллеза по данным Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР.

В ходе исследования определено, что уровень заболеваемости ГЭК установленной этиологии на территории ДНР за 6 месяцев 2021 г. снизился на 1,2% по сравнению с соответствующим периодом 2020 г. В этиологической структуре преобладали сальмонеллез, иерсиниоз и ротавирусная инфекция, уровень заболеваемости по данным патологиям в населенных пунктах ДНР снизился на 3,4% в сравнении с 2019 годом. Семейных очагов и случаев норовирусных инфекций не выявлено. Основными категориями пораженного населения выступали лица детского возраста, в основном дошкольные и младшие школьные группы.

В динамике заболеваемости сальмонеллезом в исследуемый период отмечалась некоторая тенденция к ее снижению (на 49,7%). Эпидемический процесс реализовывался в основном за счет детского населения — в 2021 г. доля детей до 17 лет в возрастной структуре заболевших составила 58,4%, при этом 6,7% приходилось на детей первого года жизни (в 2020 г. - 60,1%, дети до 1 года — 5,8%). По социально-профессиональной принадлежности 89,8% заболевших детского возраста составляли дети неорганизованной категории.

Ведущими факторами заражения послужили: яйцо куриное (употребленное в сыром виде — 32,3% и недостаточно термически обработанное — 67,6%) — 44,1%, в том числе приобретенное на рынке — 46,9 %, домашнее — 23,5%; молочная продукция — 7,8% (домашнего приготовления и приобретенная на рынке); мясо птицы — 10,4% (в т.ч. приобретенное на рынке — 75,0%); колбасные изделия — 1,3%; кулинарная продукция — 14,3% (домашнего приготовления — 90,9%), в 70,0% приготовленная из курицы; рыбная продукция — 7,8%; заражение при несоблюдении правил личной гигиены — 14,3%.

Таким образом, несмотря на снижение заболеваемости ГЭК, в т.ч. сальмонеллезной этиологии, необходимо продолжить тщательное выполнение полного комплекса профилактических мероприятий, соблюдение принципов рационального питания, технологии приготовления и хранения пищи, правил личной гигиены. В процессе текущего и предупредительного надзора органами госсанэпидслужбы необходимо уделять особое внимание эпизоотологической обстановке на птицефабриках, а также предприятиям пищевой промышленности и заведениям общественного питания, детским дошкольным учреждениям и школам.

Мельниченко В.В., Коваленко С.Р.

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

ЛИЧНОСТНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ ЛИЧНОСТИ

Введение: способность субъекта контролировать себя и свое поведение, управлять им, брать на себя ответственность за происходящее вокруг - ориентируют личность воспринимать свое внутреннее состояние как функциональное и, соответственно, адаптационно полноценное. В современных условиях динамичного развития общества проблема личностной и социальной адаптации продолжает актуализироваться. Для понимания обсуждаемого феномена в системе дезорганизованной личности, при которой наблюдаются структурные изменения в триаде «индивид-среда-личность», необходимо рассматривать адаптацию как циклический процесс, обеспечивающий соответствие нарушенной психической деятельности человека и его поведения требованиям среды.

Цель: определить особенности личностной и социальной адаптации больных с психотической дезорганизацией личности.

Материал и методы: работа выполнялась на базе центра первого психотического эпизода Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка в течение 2019-2021 гг. По данным структурированного интервью О.Кернберга у 120 больных была выявлена психотическая дезорганизация личности. Абсолютное количество больных с психотической дезорганизацией личности относилось к разделу F20 - F23: F20.0 – 63 чел. (52,5%) с параноидной шизофренией; F23.0 – 57 чел. (47,5%) с острыми транзиторными психотическими расстройствами. Для изучения личностной и социальной адаптации к среде использовались: опросник «Уровень субъективного контроля», методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда и шкала толерантности к неопределенности Д.МакЛейна.

Результаты: в группе был зафиксирован статистически значимый низкий уровень общей интернальности ($4,3 \pm 0,3$, на уровне $p \leq 0,05$) наряду с малой интернальностью в областях: производственных ($3,2 \pm 1,1$, $p \leq 0,05$) и семейных отношений ($3,3 \pm 1,2$, $p \leq 0,05$), что отражалось в социально-демографической картине: 82 человека (68,4%) не работали, а 105 человек (87,5%) были разведены или не вступали в брачные отношения вообще.

Для психотической дезорганизации личности характерны высокие показатели отрицательной толерантности к неопределенности (-43 балла), что свидетельствует о низкой гибкости системы личностной адаптации, их стремлении жить по строгим предписаниям и стереотипным планам. Что касается социально-психологической адаптации, в данной группе у 98 человек (81,7%) были обнаружены статистически значимые высокие значения показателей неприятия себя ($33,2 \pm 5,2$, $p \leq 0,05$) и других ($30,7 \pm 4,4$, $p \leq 0,05$), внешнего контроля ($41,2 \pm 5,0$, $p \leq 0,05$), ведомости ($27,1 \pm 2,3$, $p \leq 0,05$).

Выводы: больные с психотической дезорганизацией личности характеризовались фрагментированными представлениями о личностной и социальной адаптации, неумением абстрагироваться от собственных психических переживаний. Пациенты не реализовывали свой потенциал адаптации в полной мере, что приводило их к низкой удовлетворенности процессом и результатами своей деятельности, определению вероятностных ситуаций как угрожающих, приписыванию своих успехов или неудач внешним обстоятельствам. Таким образом, изучение адаптационного потенциала (личностного и социального) показало невысокую степень принятия ответственности за свою жизнь и

здоровье у психотического контингента больных. Наличие семьи и других близких доверительных отношений способствовали в данной группе к лучшей интеграции дезорганизованной личности, положительной идентификации себя со значимыми другими, а сплоченность, стремление к партнерству – повышали субъективный контроль над эмоционально заряженными событиями и ситуациями.

Меньшиков Д.А., Статинова Е.А., Никитенко Д.В.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

ЛЕЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕТОДОМ CRISPR-CAS9.

Лечение наследственных заболеваний представляет собой сложную задачу, поскольку как правило мы не можем использовать этиотропную и патогенетическую терапию. Пациенты пожизненно принимают симптоматическую терапию. Это существенно ограничивает их возможности в профессиональном плане, образе жизни, ухудшает качество жизни. Актуальным является вопрос: «Можно ли кардинально помочь таким больным?». Развитие генной инженерии позволило менять генетический код клетки, увеличивая шанс больных на полноценную жизнь.

Целью данной работы явилось изучение инновационных способов лечения наследственных заболеваний в частности методом CRISPR-Cas9.

Сегодня в мире развивается такая инновационная методика лечения данных заболеваний как генная терапия, которая позволит вводить, удалять или изменять генетический материал. Одной из основных проблем генной терапии является возможность доставить генный материал в клетку мишень. Способов реализации этой задачи выявлено несколько. Одним из которых является использование генетически модифицированных вирусов, которые за счёт своих особенностей способны доставить нужный генетический материал в клетку мишень. Однако, данный способ оказался небезопасным и нестабильным. В ходе проведенных исследований, было установлено, что еще в 1993 году Франсиско Мохико впервые описал то что сейчас называется clustered regularly interspaced short palindromic repeats (CRISPR). CRISPR – это короткие палиндромные повторы, регулярно расположенные группами в цепи дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК). Между идентичными повторами располагаются отличающиеся друг от друга фрагменты ДНК - спейсеры, многие из которых соответствуют участкам геномов вирусов, паразитирующих на данной бактерии. Однако, в дальнейшем, профессор Дудне в 2000г вместе с коллегами смог открыть и доказать, что CRISPR можно использовать для целенаправленного изменения в геноме бактерий и клеток, путём разрезания двухцепочной ДНК в желаемом месте. В начале 2000 годов группа биоинформатика Е. Кунина предложила детальную схему действия CRISPR-Cas-систем. В 2013 году сразу несколько групп ученых выявили, что система CRISPR-Cas может работать не только в клетках бактерий, но и в клетках человека. В 2012 году группы Шарпентье и Дженнифер Дудны из Университета Беркли и, практически одновременно с ними, группы Джорджа Черча и Фенга Жанга из Института Броуда показали, что при наличии системы CRISPR клетка транскрибирует и переводит ДНК вируса при помощи белка CRISPR associated protein (Cas9), для того чтобы создать CRISPR рибонуклеиновую кислоту - инструмент который и будет бороться с вирусной ДНК. Если фрагмент вируса «записан» в спейсере CRISPR РНК, Cas-белки разрезают вирусную ДНК и уничтожают ее, защищая клетку от инфекции. Таким образом и была открыта CRISPR-Cas9 - метод который позволяет осуществлять высокоточную и быструю модификацию ДНК в геноме. На данный момент учёные исследуют возможности CRISPR-Cas9 в лечении таких болезней как: рак, синдром приобретённого иммунодефицита человека, гемофилия, слепота, муковисцидоз, мышечная дистрофия, болезнь Гентингтона.

Выводы: в отличии от предыдущих методов генной инженерии CRISPR-Cas9 имеет ряд преимуществ: он способен удалять более одного гена одновременно, что позволяет оказывать помощь больным с полигенной патологией, а также не является видоспецифичным и может использоваться у лиц, ранее устойчивых к генной терапии. Данная технология способна полностью изменить представление о лечении наследственных генных заболеваниях, и является перспективным, инновационным.

Милтых И.С.¹, Дмитриев А.В.², Юрченко О.О.³, Зенин О.К.¹

¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака

³ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОБЗОР ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УРАВНЕНИЙ С.D. MURRAY ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ДИХОТОМИЙ ПОЧЕК ЧЕЛОВЕКА

Проблема функциональной анатомии внутриорганных сосудистых русел сохраняет свою актуальность. С.D. Murray представил «Правила Ру» в виде простых математических уравнений, с помощью которых можно рассчитать значения углов артериальных дихотомий по данным величины внутренних диаметров сегментов, составляющих ее. Однако до сих пор ведется дискуссия о возможности применения данных уравнений для численного моделирования структуры внутриорганных сосудистого русла почки человека (ВСПП).

Цель работы – проанализировать применение уравнений С.D. Murray для расчета углов дихотомий внутриорганных сосудистого русла почки человека.

Материалы и методы. В ходе работы были исследованы ВСПП, визуализированные на аутопсии у людей, умерших от патологии, которая практически не изменила сосудистое русло почки человека. Изготовлены 17 коррозионных препаратов по известной методике (Полимерная рентгенконтрастная смесь для изготовления коррозионных анатомических препаратов: пат. 145561 Украина: МПК А01N 1/02 / Кафаров Э. С. Дмитриев А.В., Зенин О.К., Везирханов А.З., Вагабов И.У., Милтых И.С.; заявл. 09.06.2020; опубл. 28.12.2020, Бюл. № 24. – 6 с.), которые в последующем визуализировали с помощью микротомографа Brunker SkyScan 1178. Для морфометрии использовали программный пакет blender с надстройкой NeuroMorph Measuring tools. Измеряли диаметры сегментов (D , d_{max} , d_{min}) и углы между ними (α_{max} , α_{min}). Минимальный диаметр слепков сосудистых сегментов, который был измерен по данной методике, составлял 0,1 мм с точностью 0,05 мм и 0,5°. Статистический анализ проводился в IBM SPSS Statistics и MedStat. Проанализировано 172 артериальных и 89 венозных дихотомий.

Результаты. В группе артериальных дихотомий 68,02% составляют дихотомии 1-го типа, 25% – 2-го типа, 6,4% – дихотомии 3-го типа, менее всего – дихотомии 4-го типа (0,58%). Группа венозных дихотомий схожа с артериальной: 68,18% – дихотомии 1-го типа, 25% – дихотомии 2-го типа, 4,55% – дихотомии 3-го типа, 2,27% – дихотомии 4-го типа. На следующем этапе исследования дихотомии делили на 2 группы в соответствии с критерием С.D. Murray: «оптимальные» (ОДМ) и «неоптимальные» (НДМ). «Оптимальными» считали дихотомии, значение степени ξ из уравнения $D^{\alpha_{\xi}} = d_{max}^{\alpha_{\xi}} + d_{min}^{\alpha_{\xi}}$ входило в промежуток 2,55 – 3,02 для артериальных и 2,76 – 3,02 для венозных дихотомий. Группа ОДМ артериального русла составила 11,05%, венозного – 4,40%.

Величина расчетного и морфометрического угла α_{max} не отличается друг от друга в случае артериального и венозного русел. Расчетные значения α_{min} значимо больше, чем морфометрические в группе и артериального, и венозного русел. В артериальном русле величина морфометрического ($Me=49,5^{\circ}$) и расчетного ($Me=55,9^{\circ}$) угла α_{min} в группе НДМ статистически значимо отличается ($p=0,005$), различия в группе ОДМ отсутствуют ($p=0,271$). В венозном русле в группе НДМ величина морфометрического ($Me=27^{\circ}$) показателя угла α_{min} значимо меньше ($p=0,0001$), чем расчетного ($Me=56,9^{\circ}$).

Заключение. Применение уравнений С.D. Murray возможно для расчета величины угла α_{max} для всех типов сосудистых дихотомий почки человека. Однако применять уравнение Murray С. D. для расчетов значений угла α_{min} нельзя для артериальных и венозных дихотомий 1-го структурно-различного типа и для 2-го типа венозных дихотомий.

Миронова К.А., Бакурова Е.М., Турсунова Ю.Д.

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

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ РАКЕ

Введение. У большинства больных течение онкологического заболевания сопровождается формированием эндотоксического синдрома (Горошинская И.А., 2016-2020; Балуква Е.В., 2020). Понятие «эндогенная интоксикация» (ЭИ) формировалось на протяжении последних 50-70 лет. Среди многочисленных метаболитов, образующихся при нормальном и нарушенном метаболизме, оказывающих токсическое действие, интегральным показателем ЭИ является уровень веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) (Бербериди, Спасов, 2019).

Средние молекулы (СМВ) способствуют реализации программ инвазии, метастазирования опухоли, а системно подавляют дифференцировку лимфоцитов, угнетают гемопоэз, синтез гемоглобина, подавляют трансмембранный транспорт аминокислот, оказывают тормозящее влияние на утилизацию глюкозы и включение железа в эритроцитах (Бурлака Ю., 2016).

В работах Логиновой О.В. (2006, 2010) было показано, что при прогрессировании интоксикационного синдрома отмечаются существенные изменения функционально-метаболического статуса эритроцитов, что, безусловно, является еще одним звеном патогенеза гипоксии тканей и прогрессирования в них метаболических нарушений, увеличивают вероятность сладж-феномена (Акименко М.А., 2019).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужила кровь 50 больных с аденокарциномой желудка (АКЖ) и кишечника (АКК), распространенных стадий и 30 человек группы контроля. Все обследуемые были зрелого возраста. Развитие ЭИ определяли с помощью методики М.Я. Малаховой (1995). Метод состоит в одновременном определении неосаждаемых компонентов в плазме крови, эритроцитах в диапазоне длин волн от 238 до 310 нм в слабнокислой среде, что позволяет произвести комплексную оценку более 200 наименований веществ (оставшиеся в растворе после удаления крупномолекулярных белков). Регистрацию спектра поглощения исследуемого раствора проводили на спектрофлюориметре «СФ-96». Результаты исследования выражали количественной характеристикой экстинкций эритроцитов (Кэ) и плазмы (Кпл). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 10.0.

Результаты исследования. В эритроцитах установлено повышение уровня ВНиСММ (Кэ) при АКЖ на 167% ($p < 0,001$) и АКК на 159% ($p < 0,001$), по сравнению с контролем. Значение Кпл также увеличивалось, по сравнению с контролем, при АКЖ на 195% ($p < 0,001$), при АКК на 182% ($p < 0,001$).

Коэффициент соотношения Кпл/Кэ (К) составил при АКЖ - $0,81 \pm 0,05$ у.е., при АКК - $0,79 \pm 0,04$ у.е. (контроль - $0,71 \pm 0,03$ у.е.), т.е. как в контроле, так и при раке был меньше 1.

Выводы. Установлено нарушение гомеостаза ВНиСММ как в плазме, так и в эритроцитах крови больных АКЖ и АКК. Метаболические нарушения приводят к интенсивному накоплению в организме СМВ. Повышение Кэ характеризует перегрузку гликокаликса эритроцитов. Следовательно, указывает на значительный вклад гликокаликса эритроцитов в транспорт метаболитов крови. Причем при распространенных формах рака желудка и кишечника соотношение К стремилось к 1, т.е. содержание СМВ в плазме повышалось.

Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г., Михеев И.В., Паршинова А.Е.

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

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОШИЗИСА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Актуальность: Гастрошизис - изолированный порок развития с наличием дефекта передней брюшной стенки и эквентерацией органов брюшной полости, который встречается, от 1 до 7 случаев на 10

000 новорождённых чаще от первородящих матерей молодого возраста. Пренатальная ультразвуковая диагностика позволяет выявить данный порок развития у плода с 12–17 недель гестации. Летальность у новорожденных с гастрошизисом в России и отдельных странах Африки, Европы составляет от 6,5 до 45%, а в некоторых регионах достигает 95%, но в ведущих мировых клиниках остаётся в пределах 3–10%. На сегодня, в периперационной лечении у данного контингента новорожденных актуальными остаются вопросы точного определения критериев возможности одномоментной пластики передней брюшной стенки, коррекции абдоминального компартмен-синдрома, раннего начала энтерального питания, а также снижения послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Новорожденный К., в сроке 3 часа после рождения переведен из ДРЦОМид в отделение интенсивной терапии новорожденных РДКБ, после консультации детского хирурга. Ребенок от I беременности с гестационным возрастом 40 недель, протекавшей на фоне гестоза беременных. Роды I, срочные (7.09.2021г.). Врожденный порок развития был диагностирован антенатально путем сонографического исследования на 24-ой неделе беременности. Антропометрические показатели: женского пола, вес тела 3400,0 г, рост 53 см, окружность груди 35 см, окружность головы 34 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. Функции органов жизнеобеспечения стабильные. Status locus morbi: дефект передней брюшной стенки 3 см, с эвентрацией 60-70% петель тонкого и толстой кишки, желудка. Объем мероприятий проведенных в родовом зале: санация верхних дыхательных путей, установка зонда в желудок, погружение органов ЖКТ в мешок Богота. После предоперационной подготовки в течении 2,5 часов. Качественный состав до операционного лечения: инфузионная терапия 100 мл раствора Рингера, антибактериальная терапия цефтриаксон + амикацин в стандартных профилактических дозах. Хотелось бы отметить, что респираторная поддержка не проводилась в связи с отсутствием дыхательных расстройств. Оценка по шкале Даунса — 1 балл. Оперативное хирургическое лечение в срочном порядке - разъединение эмбриональных спаек, пластика передней брюшной стенки. Длительность операции - 80 мин. Общее обезболивание: тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких (раствор сибазона 0,5% - 0,3 мл., + раствор кетамина 5% - 0,4 мл., + раствор фентанила 0,005% - 0,2мл., + раствор рокурония бромида 1% - 0,2мл.). Параметры ИВЛ: Режим PCV, с параметрами: FiO2 -50%, Pin-17 см. вод. ст., РЕЕР-3 см. вод. ст., ЧД-40 в мин. Tins-0,4 сек. Течение общего обезболивания без грубых витальных нарушений гомеостаза: АД в пределах 70,7±6,7/40±1,2 мм рт.ст., ЧСС – 158,4±12,3, SpO2 97±7,1%, et CO2 -52±6,2 мм рт.ст, диурез 3,0 мл/кг/час. Во время операции, висцеро-абдоминальная диспропорция оценена как I степени тяжести, несмотря на наличие значительного объема эвентерированных органов ЖКТ до операции. Таким, образом, объективная оценка степени висцеро-абдоминальной диспропорции у новорожденных с арахиями живота невозможна до операции и должна проводиться на основании изучения нарушений со стороны органов дыхания, кровообращения к концу операции. Течение послеоперационного периода благоприятное. На 2 сутки после операции ребенок отлучен от ИВЛ, начато трофическое энтеральное питание с переводом к 10 суткам полное пероральное кормление. Перевод в отделение патологии новорожденных на 14 сутки постнатального периода для проведения реабилитации.

Заключение. В данном клиническом случае представлены современные возможности диагностики и лечебно-тактических мероприятий, включающих анестезиологическое обеспечение, а также основные тенденции и направления периперационного лечения новорожденного с гастрошизисом.

Мишин В.В., Демьяненко Ю.Ю., Николенко О.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID 19. ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ВАКЦИНАЦИИ

Цель исследования: Анализ литературных данных о качестве и эффективности отечественных вакцин в период пандемии Covid 19.

Материалы и методы. На основании полученных данных из литературных источников, обзора международных и отечественных журналов произведена обработка информации и её анализ.

Результаты исследования. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сохраняет статус пандемии не так давно возникшей вспышки в Китае, в декабре 2019 года. Следует отметить, одним из наиболее эффективных методов борьбы с ней считается вакцинация. Вакцинация позволяет выработать искусственный активный противовирусный иммунитет у людей, предотвращая новые случаи заражения.

На сегодняшний день 4 крупных зарубежных разработчиков вакцин прошли регистрацию ВОЗ, такие как: AstraZeneca, Pfizer/BioNTech, Moderna и Johnson. Из которых по данным клинических исследований наибольшую эффективность показала вакцина BNT162b2 разработчик Pfizer/BioNTech (95%).

На территории Российской Федерации (РФ) 3 крупных научных центров: им. Н. Ф. Гамалеи; «Вектор» и центр им. М.П. Чумакова РАН. Разработали 4 эффективные вакцины. Векторная двухкомпонентная вакцина Гам-Ковид-ВАК - торговое название «Спутник V», однокомпонентная «Спутник Лайт»; двухкомпонентная вакцина, представленная S белком SARS-CoV-2 – «ЭпиВакКорона»; инактивированная «КовиВак». Из отечественных вакцин, зарегистрированных на территории РФ можно выделить 2 фаворита: «Спутник V» и «Спутник Лайт», являющийся облегчённым вариантом первой.

Фармакологическое действие вакцин основано на стимуляции гуморального и клеточного механизмов иммунного ответа, результатом чего является выработка антител к антигенам коронавируса SARS-CoV-2 и появление сенсibilизированных Т-лимфоцитов.

По данным клинических исследований «Спутник V» было установлено: иммунитет после прививки в 1,5 раза превышает показатели переболевших естественным путём. Так же необходимо отметить, что у «Спутник V» один из самых низких рисков серьёзных побочных эффектов - 0,27% против 0,58% у вакцины Pfizer/BioNTech и 0,97% у разработки Moderna. Единственным серьёзным противопоказанием для вакцинации, являются лица с аутоиммунными заболеваниями, злокачественными образованиями и иммунодефицитными состояниями.

Основными причинами отказов от вакцинации являются, отказы родителей по состоянию здоровья детей, так и взрослых. С каждым днём растёт число заболевших Covid 19, что повышает актуальность применения «Спутник Лайт» в качестве ревакцинации и поддержания достаточного количества защитных антител.

Выводы. Патогенетического лечения от Covid 19 на данный момент не разработаны. Единственный путь: соблюдение масочного режима и массовая вакцинация населения. Иммунная прослойка которого должна составлять не менее 95%, для полной ликвидации существующей проблемы. Необходимо информировать людей об эффективности и безопасности отечественных вакцин доступных на территории РФ.

Мишина Н.В.

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

К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ ФИТОНИМОВ В ЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ (ТРАДИЦИОННАЯ И НАРОДНАЯ ТЕРАПИЯ)

Одной из актуальных проблем, связанных с исследованием фитонимии, является определение семантического объема понятия «фитоним», которое в 90-х гг. XX в. было официально закреплено лексикографической практикой этимологических словарей и представлено как «ученый неологизм» [1, 31].

В предыдущих исследованиях автора постулировалось, что семантические особенности фитонимов реализуются посредством метафоризации и коннотонимизации, а также стереотипов народного сознания, поэтому предполагалось обращение к лингвистическому анализу семантического поля фитонимов в языке традиционной медицины (фармакологии) и народной терапии с точки зрения мотивационного, коннотативного и стилистического аспектов. Данная работа входит в круг проблем

системного описания фитонимов с номинативных позиций, поскольку фитонимия номинативна по своей природе и неразрывно связана с действительностью.

Стоит обратить внимание, что наименования растений содержат в себе не только определенные ботанические характеристики, но и «этнокультурную информацию о народном восприятии растительных реалий» [4, с. 93] с «пейоративными или негативно-ироничными оценками с высоким аксиологическим потенциалом» [2, с. 129]. Таким образом, по названиям растений можно проследить связь с культурой, духовным миром, традициями и бытом этноса.

Сегодня фитотерапия является одним из востребованных способов лечения заболеваний различной этиологии. Исследование же языкового материала дает возможность проследить, как внеязыковая действительность преломляется в языковой картине мира, формируясь на основе когнитивных и культурно-исторических архетипов и приобретая войства прототипической организации. Народная ботаническая номенклатура существенно отличается от научной: народные названия лекарственных растений неоднозначны, и само растение может иметь несколько наименований. В связи с этим возрастает важность выявления и анализа мотивационно-номинативных свойств фитонимов.

Семантическое поле 'фитонимы' служит оптимальной системой для изучения семантических преобразований лексических единиц. Анализ семантического потенциала названий отдельно взятого растения или целой группы позволяет понять, как в них отражаются реальные свойства растений: их внешняя форма и строение, происхождение, область произрастания, цвет, вкус, запах, функциональности, отношение к легендам, мифам.

Д.Н.Шмелев утверждал, что одним из главных признаков семантического поля является выделение частных лексико-семантических групп, определяющих структурность лексической системы, поскольку «любая отрасль знаний не может обойтись без упорядочения изучаемых объектов». [5, с. 3]. Таким образом, на первом месте оказывается практическое применение, ведь лексема должна удовлетворять следующим требованиям: легкой запоминаемости, способности отражать наиболее существенные свойства денотата, вкусовые и обонятельные характеристики растения его целебные свойства и т.д. [3, с. 77]. Универсальность применения растения выявляет его способность избавлять от недомогания и придавать человеку бодрость и силы.

Литература

1. Летова А.М. Из истории исследования фитонимической лексики: лингвокультурологический аспект // Вестник МГОУ. Серия «Русская филология». – 2014. – № 2. – С. 30 – 34.
2. Мишина Н.В. Этнокультурная специфика фразеологизмов с фитонимами // Вестник Донецкого национального университета. Серия Д: «Филология и психология». – 2021. – № 2. – С. 125 – 129.
3. Рубцова О.Г. Семантико-этимологическая характеристика народных названий лекарственных растений в разносистемных языках / О. Г. Рубцова, Л. М. Глизерина // Материалы за 8-а международна научна практична конференция «Образование и наука на XXI век». - София. «Бял ГРАД-БГ» ОДД. - 2012. - Т. 29. Филологични науки. - С. 73-79.
4. Фаткуллина Ф.Г., Кульсарина Г.Г. Национальные особенности функционирования фитонимов в фольклорных текстах. // Научный диалог, – 2016. – 7 (55). – С. 92 – 105.
5. Шмелев Д.Н. Современный русский язык. Лексика. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 336 с.

Момот Н.В., Шаталов А.Д., Zubov A.D., Сидоренко Ю.А., Катомин Д.А.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цель работы – обосновать критерии выбора оптимальной хирургической тактики при патологии щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации (ПЩЖШМЛ) с учетом данных лучевой диагностики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 98 пациентов с ПЩЖШМЛ за период 2018-2020 гг. Все пациенты были оперированы. Для определения хирургиче-

ской тактики при ПЩЖШМЛ использовали комплекс диагностических мероприятий по предложенному алгоритму. Методом первого порядка считали УЗИ, для морфологической оценки ПЩЖШМЛ выполняли чрескожную тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ. Для оценки загрудинного компонента ПЩЖШМЛ приоритетным методом являлась компьютерная томография (КТ) шеи и органов груди с расчетом коэффициента обтурации верхней грудной апертуры. Исходя из полученных данных определяли показания к дополнительным обследованиям: выполняли рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием пищевода; для выявления инвазии злокачественной опухоли в подлежащие магистральные сосуды производили внутривенное контрастирование при КТ, в трахею или пищевод – фибротрахеобронхоскопию и фиброэзофагоскопию. При подозрении на наличие функциональной автономии ЩЖ выполняли скintiграфию.

Результаты и обсуждение. Все больные оперированы в состоянии естественного или медикаментозного эутиреоза в условиях комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией лёгких. 4 (4,1%) пациента оперированы urgently в состоянии асфиксии по жизненным показаниям.

Во всех случаях использовали доступ к щитовидной железе (ЩЖ) по Кохеру, который в связи с глубоким расположением зоба в 5 (5,1%) случаях дополняли частичной стернотомией, в 6 (6,1%) – вертикальным разрезом вдоль грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. 6 (6,1%) пациентам оперативное вмешательство дополнено латеральной лимфодиссекцией. Объем операции определяли с учетом данных чрескожной биопсии. У 50 (51,0%) пациентов с доброкачественной ПЩЖШМЛ, осложненной компрессионным синдромом, объем оперативного вмешательства варьировал от гемитиреоидэктомии с обязательным удалением загрудинной порции зоба до тиреоидэктомии. При подозрении на злокачественность ПЩЖШМЛ у 27 (27,6%) пациентов объем операции определяли интраоперационно исходя из данных экспресс-цитологического и гистологического исследований: при доброкачественной ПЩЖШМЛ у 2 (2,0%) пациентов выполнена энуклеация узла ЩЖ, у 8 (8,2%) – гемитиреоидэктомия, у 2 (2,0%) – субтотальная резекция ЩЖ; подтверждение злокачественного процесса у 15 (15,3%) пациентов считали абсолютным показанием к тиреоидэктомии. У 21 (21,4%) пациента с верифицированным до операции раком ЩЖ выполняли тиреоидэктомию.

Послеоперационной летальности не было. Осложнения отмечены у 7 (7,1%) больных: у 5 (5,1%) – интраоперационное повреждение возвратного нерва, по одному случаю – образование гематомы и профузное кровотечение в ложе удаленной ЩЖ. Осложнения были обусловлены гигантскими размерами ПЩЖШМЛ, выраженным спаечным процессом или инвазией опухолевого процесса в окружающие органы и ткани.

Выводы. При выборе оперативного доступа, ведущее значение имеет КТ исследование. Объем оперативного пособия определяется на основании данных дооперационного (УЗИ, чрескожная биопсия, эндоскопические методы) и интраоперационного (экспресс-цитологическое и гистологическое) исследований.

Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Голубова О.А., Шалаева И.В.

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

ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Помимо признаков поражения дыхательной системы при инфекции COVID-19 нередко наблюдаются желудочно-кишечные симптомы (тошнота, рвота, анорексия, диарея, боль в животе и др.), которые иногда предшествуют развитию респираторных проявлений и могут выходить на первый план в клинической картине заболевания, что особенно стало заметно во время второй волны пандемии новой коронавирусной инфекции. (Ивашкин В. Т. и соавт., 2020).

Установлено, что возбудитель инфекции – SARS-CoV-2 проникает в организм человека через рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2). Но высокая экспрессия этих рецепторов отмечается не только во II-м типе альвеолярных клеток (AT2) в легких, но и в других клетках, включая эпителий пищевода, желудка, двенадцатиперстной и прямой кишки, клетки поджелудочной железы и др., что может приводить к возникновению симптомов поражения органов пищеварения (Xiao

F. et al., 2020; Lu R. et al., 2020; Liang W. et al., 2020). Также ученые доказали, что для проникновения SARS-CoV-2 в клетки необходимо, чтобы его поверхностный S-белок был расщеплен клеточными протеазами. Одна из них – трансмембранная сериновая протеаза 2-го типа (TMPRSS2), которая обнаруживается в слизистой оболочке пищевода, желудка и кишечника (Bestle D. et al, 2020).

Кроме непосредственного воздействия самого вируса SARS-CoV-2 на органы пищеварения при COVID-19 выявляются и другие факторы, способствующие развитию гастроэнтерологической симптоматики. Так, поражение печени в данном случае может быть связано с развитием «цитокинового шторма», гипоксии, гиповолемии, гипотонии при шоке, а также с наличием у пациента хронических заболеваний печени либо предрасположенности к ним и, безусловно, с применением для лечения инфекции COVID-19 препаратов с потенциальными гепатотоксичными эффектами (Portincasa P. et al., 2020). В поражении поджелудочной железы при COVID-19 наряду с прямым цитопатическим действием SARS-CoV-2 на экзокринную часть органа и инсулин-продуцирующие клетки (бета-клетки) островкового аппарата играют роль: «цитокиновый шторм», повышение уровня интерлейкина-1 β и моноцитарного хемоаттрактантного белка-1, микротромбозы на фоне синдрома гиперкоагуляции, вирус-индуцированная липотоксичность из ненасыщенных жирных кислот, вызывающая гиперлипидемию, а также воздействие ряда лекарственных средств, назначаемых пациентам с COVID-19.

Нельзя не сделать акцент на поражении кишечника при новой коронавирусной инфекции, которое под воздействием SARS-CoV-2 может приобретать обширный характер с развитием синдрома кишечной аутоинтоксикации и мальабсорбции. В результате кишечник становится источником «второй волны» поступающих в системный кровоток биологически активных веществ (прежде всего активных форм кислорода и цитокинов), которые потенцируют действие медиаторов «первой волны», обусловленной инициатором, т.е. самим вирусом SARS-CoV-2, с развитием синдрома полиорганной недостаточности (Болевич С. Б. и соавт.). Нарушение естественного барьера кишечной стенки в условиях нестабильной гемодинамики обуславливает перераспределение мезентериального кровотока и транслокацию внутрикишечных микроорганизмов и бактериальных токсинов в брюшную полость с риском последующего развития перитонита. Поступление токсинов и микробиоты по воротной вене в печень приводит к ее повреждению и дисфункции, происходит индуцируемое эндотоксином нарушение портального кровотока, которое считается одним из патогенетических факторов развития печеночной недостаточности при COVID-19. Помимо этого, эндотоксинемия кишечного происхождения вызывает отсроченные повреждения и других «отдаленных» органов с развитием соответствующей симптоматики.

Таким образом, связь поражений органов пищеварения с COVID-19 – сложный многокомпонентный процесс, который требует дальнейшего изучения и указывает на необходимость продолжения исследований в этой области.

Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева А.В.

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

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

На сегодняшний день, согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, бронхиальной астмой (БА) страдает более 339 млн. человек во всем мире, и по прогнозам экспертов к 2025 г. это число увеличится до 400 млн.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в группу риска попадает только определенная категория больных БА. Прежде всего, речь идет о тяжелой и неконтролируемой БА, которая существенно увеличивает риск тяжелого течения COVID-19, а также о тех пациентах с БА, которым недавно были назначены системные глюкокортикостероиды (ГКС). Также в этом ключе следует обратить внимание на такие факторы, как Т2-эндотип БА, высокий уровень интерлейкина-6, низкие показатели функции легких (у пациентов с тяжелой БА при наличии дыхательной недостаточности сатурация изначально может быть низкой – $\text{SpO}_2 \leq 93\%$!), пожилой возраст и наличие комор-

бидной патологии (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия) у больного БА (Maes T. et al., 2020).

Что касается пациентов с хорошо контролируемой БА, он не просто не повышен – согласно результатам ряда исследований, они в меньшей степени, чем общая популяция, подвержены данному заболеванию и демонстрируют лучший клинический исход. В поисках объяснения этого факта ученые выдвинули несколько гипотез (Farne H. et al., 2020). Первая из них заключается в том, что у пациентов с БА наблюдается пониженная экспрессия рецепторов ангиотензинпревращающего фермента-2, необходимых для проникновения SARS-CoV-2 в клетки организма. Вторая: ингаляционные ГКС, которые получают пациенты с БА в рамках базисной терапии, оказывают защитное действие. Третья: лица, страдающие БА, как правило, моложе и имеют меньше сопутствующих заболеваний. Четвертая: 2-й тип воспаления (Th2-воспаление) при БА способствует уменьшению выраженности системного воспалительного ответа при COVID-19. Пятая гипотеза: более высокий уровень комплаенса у лиц с БА и скрупулезное соблюдение ими мер социального дистанцирования. И, наконец, шестая гипотеза: гиперсекреция вязкой слизи при БА служит препятствием на пути проникновения SARS-CoV-2.

В условиях пандемии COVID-19 согласно стратегии GINA 2021 тактика ведения пациентов с БА должна быть следующей. Во-первых, Базисная терапия, в том числе топическими ГКС, должна сохраняться в том же объеме, что и ранее. Больным БА необходимо продолжать ингаляции препаратов (особенно ГКС) с целью удержания контроля симптомов астмы. На 1-2-й ступени терапии для облегчения симптомов предпочтительный подход – использование комбинации низких доз ингаляционных ГКС и формотерола (в этом случае применение низких доз ингаляционных ГКС для базисной терапии не требуется!). Альтернативным вариантом, который применим исключительно у лиц без анамнеза обострений и у пациентов с высокой приверженностью к лечению, является использование в качестве препаратов «скорой помощи» короткодействующих β -2 агонистов (всегда в сочетании с ингаляционными ГКС). Пациентам с тяжелой БА не следует прекращать применение иммунобиологической терапии и системных ГКС, если они были им рекомендованы ранее.

С целью контроля передачи инфекции следует избегать проведения спирометрии у пациентов с предполагаемым или подтвержденным COVID-19. Небулайзерная терапия, оксигенотерапия (в т. ч. назальная), индукция мокроты, ручная вентиляция, неинвазивная вентиляция, интубация допускаются только по строгим показаниям с соблюдением мер предосторожности распространения инфекции. В частности, целесообразен переход от небулайзерной терапии к использованию дозирующих аэрозольных ингаляторов со спейсером (с мундштуком или плотно прилегающей к лицу маской). Контроль, по возможности, следует осуществлять дистанционно, ограничив визиты пациента в медицинское учреждение.

Таким образом, в ведении пациентов с БА в условиях пандемии COVID-19 можно выделить два ключевых момента – контроль симптомов астмы и профилактика инфицирования.

Моногарова Н.Е., Забазнова Ю.В., Станиславская Э.Н., Бородий К.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое Клиническое Территориальное Медицинское Объединение, г. Донецк

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮТЕНУ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ЦЕЛИАКИЕЙ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Вопросам изучения целиакии в мировой медицине уже посвящено большое количество исследований, а о проблемах чувствительности к глютену, не связанной с целиакией (ГЧНЦ), активно начали говорить относительно недавно. При этом нельзя не отметить, что в отличие от целиакии, которая, согласно статистике, выявляется у 1-3% населения, распространенность ГЧНЦ в популяции достигает 5–6%, причем на самом деле этот процент может быть намного выше (Dale F., 2018). Считается, что чаще данная патология наблюдается у женщин молодого возраста (Roszkowska A. et al., 2019).

По своей сути ГЧНЦ – это синдром, характеризующийся различными кишечными и внекишечными симптомами, возникновение которых связано с употреблением глютен-содержащих продук-

тов в отсутствии у пациента целиакии и атопической формы пищевой аллергии на пшеницу (Catassi S. et al, 2017). Патогенетические механизмы, лежащие в основе ГЧНЦ, к настоящему времени полностью не раскрыты. Вероятно, в данном случае имеет место повышенная продукция гена, ответственного за синтез белка плотных контактов – лаудина-4, которая связана со снижением количества Т-регуляторных клеток. Также обнаруживается повышенная экспрессия Toll-подобного рецептора-2. Указанные механизмы подтверждают, что в развитии ГЧНЦ, в отличие от целиакии, важную роль играет врожденный иммунитет без участия адаптивного иммунитета (Liu J. et al, 2020).

Патогномоничных клинических проявлений ГЧНЦ не имеет. Она может проявляться абдоминальной болью, метеоризмом, изменением моторики кишечника, а также различными внекишечными симптомами, включая головную боль, артралгии, фибромиалгию, дерматит, снижение внимания, нарушение сна, депрессию и др. Время возникновения симптомов после употребления в пищу глютен-содержащих продуктов обычно составляет от нескольких часов до нескольких дней (Castillejo G. et al, 2015).

К сожалению, единые, унифицированные подходы к диагностике ГЧНЦ пока не разработаны. Ввиду отсутствия специфических биомаркеров и морфологических критериев в настоящее время данный диагноз базируется, прежде всего, на субъективном мнении пациента о связи имеющихся у него симптомов с употреблением глютен-содержащих продуктов при условии исключения целиакии и аллергии на пшеницу. Как правило, речь идет об определении антител класса IgA (в меньшей степени IgG) к тканевой трансглутаминазе, эндомизию, дезаминированному глиадин-пептиду, антиглиадиновых антител, а также IgE к пшенице, IgE к омега-5-глиадину, IgE к ингибиторам трипсина (в случае анафилаксии). Кроме того, рекомендуется генетическое тестирование (HLA-DQ2 и HLA-DQ8) и биопсия слизистой оболочки тонкой кишки. Примечательно, что около 50% лиц с ГЧНЦ имеют гаплотип HLA-DQ2/HLA-DQ8, и примерно в каждом втором случае у пациентов с данным диагнозом присутствуют антиглиадиновые антитела класса IgA (Roszkowska A. et al, 2019), что может приводить к постановке неверного диагноза.

Что касается лечения пациентов с ГЧНЦ, здесь также конкретных рекомендаций не существует. Как правило, предписывается безглютеновая диета, однако вопрос о ее продолжительности остается спорным. Следует отметить, что длительное соблюдение такой диеты без контроля специалиста может привести к дефициту потребления клетчатки и микронутриентов: тиамина, фолата, витамина А, магния, железа, кальция со всеми вытекающими последствиями (Makovicky P. et al, 2020). Для оптимизации терапевтической помощи пациентам с ГЧНЦ необходимо учитывать, что глютен, скорее всего, является не единственным компонентом пшеницы, способствующим появлению симптомов. В роли потенциальных триггеров могут выступать ферментируемые и плохо усваиваемые углеводы с короткой цепью (FODMAP) и неглютеновые белки (АТ) (Biesiekierski J.R. et al, 2013), что подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этой области.

Моногарова Н.Е., Зейналова А.А., Семендяева А.В., Забазнова Ю.В.

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

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Актуальность. Несмотря на успехи современной медицины, саркоидоз по-прежнему остается заболеванием со сложно прогнозируемым течением и, как следствие, характеризуется разнообразием диагностических и лечебных подходов в ведении пациентов. Ситуация усугубляется тем, что в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости саркоидозом. Все это подчеркивает необходимость дальнейшего углубленного изучения данной проблемы и, прежде всего, особенностей поражения бронхолегочной системы у пациентов с саркоидозом, которое, согласно статистике, встречается у них в 90% случаев.

Цель работы. Сопоставить значимость пульмонологических жалоб, результатов физикального обследования и данных инструментальных методов, в частности позволяющих оценить показатели функции внешнего дыхания (ФВД), у больных саркоидозом.

Материал и методы. Обследованы 68 пациентов (18 мужчин и 50 женщин) с активной стадией саркоидоза органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ДОКТМО (г. Донецк) – у всех диагнозов саркоидоза был верифицирован морфологически: 45 (66,2%) пациентам выполнялась медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов, 17 (25,0%) – торакоскопия с биопсией легких, остальным – открытая биопсия легких. У 5 (7,4%) пациентов диагностирована I стадия заболевания, у 43 (63,2%) – II стадия, у 18 (26,5%) – III стадия и у 2 (2,9%) – IV стадия саркоидоза. В контрольную группу вошли 23 человека (10 мужчин и 13 женщин), не имеющих патологии бронхолегочной системы. Всего в исследовании приняли участие 91 человек. Средний возраст обследованных составил $42 \pm 5,7$ лет. Исследование ФВД проводилось на спирографе Masterscope (Erich Jaeger GmbH, Германия, 2012) и бодиплетизмографе Jaeger Master Screen Body (Erich Jaeger GmbH, Германия, 2000) с определением диффузионной способности легких (ДСЛ). При этом в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества изучались такие показатели, как: общая емкость легких (ОЕЛ), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), резервный объем выдоха (РОВд), остаточный объем легких (ООЛ), общее сопротивление дыхательных путей (ОСДП), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), индекс Тиффно – отношение ОФВ1 к ЖЕЛ и мгновенная объемная скорость при выдохе (МОС).

Результаты и обсуждение. По данным бодиплетизмографии (БПГ) достоверные отличия ($p < 0,05$) были найдены по показателю ОФВ1 (% от должных): в группе саркоидоза он колебался в пределах значений от 32,5 до 131,9 и в среднем составил – $94,79 \pm 2,21$, в группе контроля – от 98,7 до 198,7, в среднем – $112,59 \pm 2,4$. При проведении спирографии значимые различия были выявлены при изучении проходимости бронхов на уровне среднего и мелкого калибра: у пациентов с саркоидозом показатель МОС 50 составил $65,7 \pm 3,2$ против $96,5 \pm 3,89$ в контрольной группе ($p < 0,005$), а МОС 75 соответственно: $46,4 \pm 3,01$ против $82,9 \pm 4,72$ ($p < 0,0001$). Была обнаружена корреляция между спирографическими и бодиплетизмографическими показателями и стадией саркоидоза: значимые нарушения проходимости бронхов на уровне среднего и мелкого калибра наблюдались у пациентов со II–IV стадиями заболевания. При этом у больных саркоидозом, демонстрировавших признаки дыхательной недостаточности при физикальном осмотре, в процессе исследования ФВД отклонения были выявлены в основном на уровне бронхов мелкого (80% обследованных) и среднего (50% обследованных) калибра.

Выводы. БПГ и спирография являются информативными методами определения степени поражения легких и изучения динамики патологического процесса при саркоидозе легких. При этом их результаты обязательно должны оцениваться в комплексе с данными физикального обследования и других методов инструментальной диагностики.

Моногарова Н.Е., Шевченко Д.Ф., Бородий К.Н.

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

РЕСПИРАТОРНЫЙ БРОНХИОЛИТ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение. Респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких – это синдром воспаления малых дыхательных путей и интерстициальное заболевание легких. Данная патология считается редкой и встречается, как правило, у курильщиков (при индексе курения ≥ 30).

Описание клинического случая. Пациент К., 59 лет, поступил в пульмонологическое отделение Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) в январе 2018 г. с жалобами на одышку и малопродуктивный кашель, усиливающиеся при физической нагрузке, утомляемость, общую слабость. Из анамнеза известно: пациент имеет большой стаж курения (индекс курения – 32), аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. С жалобами на одышку и кашель пациент впервые обратился к участковому терапевту в декабре 2015 г. Тогда же отмечалось повышение температуры тела до $39,0^\circ\text{C}$. В ЛПУ по месту жительства в рамках лечения пневмонии

больной получал антибиотикотерапию (азитромицин, левофлоксацин и цефтриаксон). На фоне данного лечения бронхолегочная симптоматика стала регрессировать, однако спустя несколько дней клиника вновь выросла, и пациент в тяжелом состоянии был переведен в отделение интенсивной терапии ЦГКБ № 2 г. Донецка, где в ходе дообследования был получен положительный результат анализа на ВИЧ-инфекцию. После стабилизации состояния пациент был направлен в терапевтическое отделение № 1 Республиканской клинической туберкулезной больницы. Выполнена открытая биопсия левого легкого (резекция S9 10.02.2016 г.) – результат гистопатологического исследования: респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких.

22.02.2016 г. пациент был консультирован проф. Моногаровой Н. Е., госпитализирован в пульмонологическое отделение ДОКТМО, где находился на лечении с диагнозом: Идиопатическая интерстициальная пневмония (респираторный бронхиолит) гистологически + впервые выявленная; ХОЗЛ-1ст. в фазе обострения, ЛН-2ст. Был выписан с улучшением, в дальнейшем соблюдал рекомендации. Чувствовал себя удовлетворительно вплоть до января 2018 г., когда вновь отметил выраженное нарастание вышеописанной симптоматики и в связи с этим был госпитализирован в пульмонологическое отделение ДОКТМО. В отделении повторное исследование на ВИЧ-инфекцию показало отрицательный результат. 24.01.2018 г. была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, согласно результатам которой распространенность пневмофиброза, количество и размеры лимфатических узлов по сравнению с исследованием от июня 2017 г. остались прежними. В отделении пациент получал комплексное лечение по поводу идиопатического интерстициального альвеолита, хронического обструктивного заболевания легких второй стадии в фазе обострения, легочной недостаточности первой – второй степени с положительным эффектом.

Выводы. На современном этапе респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких, считается заболеванием с крайне плохим ответом на проводимую терапию, и, следовательно, неблагоприятным прогнозом. Ввиду того, что респираторный бронхиолит чаще всего диагностируется на стадии развития в бронхиолах грубых фиброзных изменений, никакая противовоспалительная терапия не может вызвать обратного развития процесса, что подчеркивает необходимость своевременного и полноценного обследования пациентов с патологией бронхолегочной системы.

Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Колосова О.В., Гаврилов А.Е.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗОНЫ СОЕДИНЕНИЯ ЖИДКОТЕКУЧИХ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ МЕТОДОМ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Цель исследования: морфологическая оценка зон соединения нанопотоккомпозита и гибридного стеклоиномерного цемента с твердыми тканями зубов методом растровой электронной микроскопии при пломбировании методом туннельного препарирования.

Материалы и методы исследования. Для экспериментального исследования зоны соединения фотоотверждаемых материалов с твердыми тканями зубов методом растровой электронной микроскопии использовали 26 удаленных интактных третьих моляров у пациентов в возрасте 30-50 лет. В подготовленных зубах формировали кариозные полости I класса по Блеку методом туннельного препарирования. Образцы хранили в дистиллированной воде. Пломбирование зубов проводили по общепринятым правилам в соответствии с рекомендациями фирм-изготовителей для работы с фотоотверждаемыми материалами. Образцы зубов были разделены на две равные группы в зависимости от применяемого материала: в первой группе пломбирование проводили жидкотекучим нанопотоккомпозитом Filtek Ultimate Flowable, 3M, во второй – стеклоиномерным цементом с уплотненной структурой для эстетических реставраций светового отверждения Riva LC, SDI. Затем проводили продольный распил зубов, при этом срез проходил через запломбированную кариозную полость. Об-

разец зуба фиксировали в кювете быстротвердеющей пластмассой, оставляя свободной поверхность среза, далее проводили шлифовку среза образца до зеркального блеска и наносили на поверхность слой электропроводного золота методом катодного напыления. Оценку ультраструктуры зоны присоединения фотокомпозиционного материала к твердым тканям зуба проводили методом растровой электронной микроскопии на микроскопе-анализаторе JSM – T300 фирмы «JEOL» (Япония) при увеличении 1000.

Результаты исследования. Исследование зоны соединения нанофотокомпозиата и гибридного стеклоиономерного цемента с твердыми тканями зубов методом растровой электронной микроскопии при пломбировании методом туннельного препарирования показало, что нарушение краевого прилегания с твердыми тканями зуба имеют оба исследуемых материала, как с поверхностью эмали, так и с дентином. Так нарушение краевого прилегания с эмалью были выявлены в образцах с нанофотокомпозиатом в $5,3 \pm 1,56$ случаях, тогда как в образцах с стеклоиономерным цементом светового отверждения в $4,7 \pm 1,84$ случаях, различия недостоверны ($p > 0,05$). Участки расслоения и отрыва материала от подлежащего дентина в образцах с стеклоиономерным цементом светового отверждения были выявлены в $5,3 \pm 1,72$ случаях. Достоверно в большем количестве ($p < 0,05$) выявлены участки расслоения и отрыва адгезивного слоя от гибридной зоны подлежащего дентина в образцах с нанофотокомпозиатом ($8,6 \pm 1,62$), в большей степени они расположены в области контактной поверхности. Морфологическая картина качества распределения адгезивной системы нанофотокомпозиата в дентине, формирование гибридной и адгезивной зон показала, что из-за сложного рельефа полости в виде тунеля гибридная зона плохо сформирована в области контактной поверхности, ее структура неоднородна, ширина в среднем составляет $2,6 \pm 0,54$ мкм, тогда как на участках, расположенных ближе к эмали она составляет $5,6 \pm 0,31$ мкм, различия достоверны ($p < 0,05$). Толщина адгезивной зоны достоверно больше ($p < 0,05$) на участках, расположенных ближе к эмали ($4,9 \pm 0,28$ мкм и $3,1 \pm 0,36$, соответственно).

Выводы. В результате проведенного экспериментального исследования выявлено достоверно лучшее прилегание к тканям зуба стеклоиономерного цемента для эстетических реставраций в сравнении с жидкотекучим нанофотокомпозиатом при пломбировании методом туннельного препарирования.

Морозова Н.И.

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

АКТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРМЕНТОВ ЛЕЙКОЦИТОВ МОЛОЗИВА У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ ЛАКТАЦИИ

Лактация – результат деятельности выражающийся в образовании и накоплении молока в молочной железе и периодическом его выведении в период сосания. Подготовка начинается с ранних сроков беременности, поэтому характер лактационной функции неразрывно связан с особенностями и осложнениями течения беременности и родов.

Цель исследования: выявить изменения показателей активности миелопероксидазы и щелочной фосфатазы в регуляции лактогенеза

Материал и методы. Под наблюдением находились 130 родильниц с нарушением лактации. Контрольную группу составили 40 женщин с физиологическим течением послеродового периода. Исследования проводили в начальный период лактации, когда лейкоциты составляют значительную часть секрета. На 1 и 2 сутки послеродового периода готовили мазки из капли секрета молочной железы. Активность миелопероксидазы определяли бензидиновым методом, щелочную фосфатазу азосочетания с использованием диазоля синего. Оценку цитохимической реакции проводили полуколичественным методом с определением среднего цитохимического коэффициента (СЦК).

Результаты и обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что активность миелопероксидазы изменяется как в контрольной, так и в основной группах. В группе женщин с достаточной секреторной активностью молочных желез СЦК в 1-е сутки после родов составил $0,87 \pm 0,11$. Среди сегментоядерных лейкоцитов в этой группе встречались клетки, которые обнаруживали умеренную и слабую активность, часть клеток не давала положительной реакции на этот фермент. У женщин с

нарушением лактационной функции в 1-е сутки после родов большая часть лейкоцитов не давала реакции на пероксидазу или обнаруживала слабую реакцию. В результате этого СЦК в этой группе составил $0,4 \pm 0,12$. На 2-е сутки СЦК у женщин с нормальной лактацией составил $1,22 \pm 0,15$. У родильниц с нарушением лактации на 2-е сутки СЦК составил $0,87 \pm 0,16$. Это связано с повышением активности фермента за счет появления большого числа клеток, дающих реакцию на пероксидазу. Изучение активности щелочной фосфатазы показало, что в группе женщин с нормальной лактацией на 1-е сутки СЦК составил $1,27 \pm 0,14$ и на 2-е сутки $1,34 \pm 0,11$. Сопоставляя активность щелочной фосфатазы лейкоцитов и миелопероксидазы лейкоцитов в первые 2 суток после родов с уровнем лактации на 5-6 сутки послеродового периода была выявлена зависимость между активностью ферментов и секреторной активностью молочных желез. Уровень активности миелопероксидазы был в 2 раза выше в группе женщин с нарушением лактационной функции. Уровень активности щелочной фосфатазы был в 3,5 раза выше, чем в группе женщин с недостаточной секреторной активностью молочных желез.

Таким образом, изменения ферментативной активности миелопероксидазы и щелочной фосфатазы секрета молочных желез показывают возможность участия продуктов, выделяемых нейтрофильными лейкоцитами, в регуляции становления лактации

Выводы:

1. Снижение показателей активности щелочной фосфатазы лейкоцитов молозива можно рассматривать как следствие нарушений гормонального фона процесса лактации.
2. Снижение показателей ферментативной активности миелопероксидазы следует рассматривать как следствие нарушений регуляции процесса лактации.
3. При высоком уровне ферментов суточная секреция молока была выше, чем при низкой активности
4. Изменение показателей активности миелопероксидазы и щелочной фосфатазы лейкоцитов молозива необходимо учитывать при коррекции изменений лактации.

Морозова Н.И., Железня А.А., Морозова Н.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Грудное вскармливание является «золотым стандартом» оптимального питания, отработанным тысячелетней эволюцией. Преждевременное возникновение или усиление функции, обусловленное вынужденной адаптацией к чужеродной пище, приводит, с одной стороны, к относительному отставанию в других направлениях роста и дифференцировки, создавая гетерохронии развития, с другой стороны $\frac{3}{4}$ к конечной неполноте формирования и той функции, которая была индуцирована преждевременно.

Раннее прикладывание ребенка к груди способствует стимуляции лактогенных гормонов и своевременному становлению и достаточному уровню лактации. В последние годы частота беременностей у юных женщин возрастает, так как увеличивается половая активность подростков. Ряд исследований, посвященных особенностям беременности у несовершеннолетних недостаточно освещает вопросы становления лактации и влияния на нее различных факторов.

Цель исследования: выявить особенности становления лактационной функции у юных первородящих.

Материал и методы. Под наблюдением находились 54 юные родильницы. По возрасту они распределились следующим образом: в первую группу вошли родильницы в возрасте 17 лет-32 (59%), во вторую группу от 15 до 16 лет-22 (41%). У всех родильниц были самостоятельные срочные роды. Уровень лактации определялся по соответствию количества секретированного материнского молока потребностям новорожденного. Все родильницы находились на совместном пребывании. Цифровые данные обрабатывались статистически с помощью программы Statistika 10.0 Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что у родильниц в группе семнадцатилетних объем секретируемого молока на 3-ьи сутки послеродового периода составил- 280 мл, на 5-ые сутки- 330.мл. Примечательно, что к 5 суткам послеродового периода уровень секреции молока существенно не отличался от такового у женщин более старшей возрастной группы. В то же время в группе первородящих 15-16 лет продукция молока была ниже: на 3 –ьи сутки после родов- 230 мл и на 5-ые сутки- 270 мл. Следовательно, объем секретируемого молока был ниже на 20-30% по сравнению с группой родильниц в возрасте 17 лет. В 7 (13%) случаях имел место лактостаз. Анализ этих случаев показал, что у этих родильниц в родах применялся с целью поддержания родовой деятельности окситоцин. В раннем послеродовом периоде в 6 (11%) случаях было проведено ручное обследование полости матки по поводу гипотонического кровотечения. В позднем послеродовом периоде у родильниц данной группы отмечалась гематометра в 8 (15 %)случаях. Несмотря на совместное пребывание с новорожденным, прикладывание ребенка в родильном зале, у родильниц данной группы отмечались нарушения лактации- гипогалактия. I и II степени тяжести.

Закключение. Юные первородящие являются группой риска по развитию нарушений лактационной функции.

Объем секретируемого молока у юных первородящих в возрасте-15-16 лет был ниже на 20-30% по сравнению с группой родильниц в возрасте 17 лет. В 7 (13%) случаях имел место лактостаз.

В послеродовом периоде необходимо обратить внимание на становление лактации у юных первородящих

Музалева И.О., Снегирева Л.В., Маль Г.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Курск, Россия

ПЕРВАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность. С увеличением средней продолжительности жизни людей в мире наблюдается тенденция роста заболеваемости болезнью Паркинсона.

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей назначения различных групп противопаркинсонических препаратов на I стадии болезни Паркинсона по Хен и Яру.

Материалом исследования послужили истории болезни 50 пациентов в возрасте от 57 лет до 86 лет с болезнью Паркинсона, прикрепленных к ОБУЗ «КГБ № 2», город Курск. В ходе исследования тяжесть заболевания у испытуемых оценивалась по стадиям болезни Паркинсона по Хен и Яру. Субъективная оценка состояния проводилась на основании динамики жалоб больных. Статистическая обработка данных проводилась методом описательной статистики.

Результаты исследования. В данной выборке по гендерному распределению выявилось 27 мужчин (54 %) и 23 женщин (46 %). Различий по гендерному признаку для исследуемых параметров не выявлено, поэтому группы мужчин и женщин и нами объединены в одну выборку численностью 50 человек. С 1 стадией болезни Паркинсона по Хен и Яру наблюдается 18 человек, что составляет 36 % от общего числа пациентов. Стадия 1,5 — 1 (2 %) человек; 2 стадия — 9 (18 %) человек; 3 стадия — 6 (12 %) человек; стадия 3,5 — 3 (6 %) человека; 4 стадия — 13 (26 %) человек. Среди пациентов с 1 стадией БП по Хен и Яру 56% (10 человек) находится на монотерапии препаратами из группы АДАР в течение от 3 месяцев до 9 лет. Из них монотерапия Пирибедилом от 3 месяцев до 3 лет (по 1-2 таблетки в сутки), а монотерапия Прамипексолом от 3 месяцев до 9 лет (средняя суточная дозировка 1,5 мг). Битерапию пациенты с данной стадией получают в 44% случаев (8 человек). Битерапия на 1 стадии БП в 88% случаев (7 человек) представлена сочетанием препаратов из группы АДАР и Леводопы, в 12% случаев (1 человек) представлена препаратами из группы АДАР и Амантадин. У пациентов с 1 стадией БП на фоне фармакологической коррекции визуально нет проявлений БП, т.е. двигательные нарушения скорректированы полностью.

Выводы: тактика ведения пациентов с I стадией БП зависит от ряда факторов: индивидуальной чувствительности к препаратам; возраста больного; фармакоэкономических соображений; выражен-

ности функциональной недостаточности; когнитивных и других немоторных нарушений. В нашем исследовании также подтвердилось, что в возрастной группе старше 60 лет возрастает распространенность заболевания. Наибольшее число заболевших среди мужчин и женщин приходится на 1 стадию, что говорит о раннем выявлении заболевания. При выявлении БП на ранней стадии (1 стадия по Хен и Яру) достаточно приёма одной группы препаратов (Агонисты дофаминовых рецепторов: Пирибедил (Проноран) или Прамипексол (Мирапекс)). При выявлении БП до 70 лет назначение препаратов группы Леводопы стараются отсрочить, т.к. длительное применение указанных лекарственных средств снижает их эффективность. Это связано с тем, что через несколько лет после начала приема Леводопы у подавляющего большинства пациентов с БП меняется реакция на препарат – появляются колебания двигательной активности (моторные флуктуации) и насильственные движения (дискинезии). Если же заболевание выявлено после 70 лет, то терапию начинают с Леводопы. При длительном применении разных групп противопаркинсонических препаратов развиваются побочные эффекты в виде галлюцинаций, поэтому приходится уменьшать дозы и количество применяемых средств. Пациенты с болезнью Паркинсона принимают лекарственные средства пожизненно и получают их по льготе из областного или федерального бюджетов. Указанный факт является определяющим в применении той или иной группы препаратов.

Мухин И.В., Зубрицкий К.С.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО КАРДИОМОНИТОРИРОВАНИЯ

Нарушения сердечного ритма, возникающие у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа) во многом обусловлены комплексом кардиальных и экстракардиальных причин. Так, фибрилляция предсердий регистрируется вдвое чаще, чем у лиц без диабета и в 3 раза чаще, если у больного присутствует артериальная гипертензия.

Основными механизмами возникновения аритмий являются: гиперсимпатикотония на фоне угнетения тонуса вагуса, диастолическая дисфункция, левосторонняя атриомегалия, ожирение, формирование вегетативной диабетической кардиомиопатии, высокая скорость утилизации кислорода вследствие нарушенного биологического ответа периферических тканей на воздействие инсулина или инсулинорезистентности. Важность изучения данной проблемы обусловлено высоким риском жизнеопасных нарушений ритма у данной категории больных.

Цель настоящего заключалась в анализе частоты и вариантов нарушений ритма у больных СД 2-го типа.

В исследование включено 48 больных СД 2-го типа. Средний возраст больных составил $46,0 \pm 0,3$ лет, а длительность заболевания $5,5 \pm 0,1$ лет. Суточное мониторирование ЭКГ проводили при помощи кардиомониторов «Кардиотехника» – 04-АД-3(М) («Incart», Россия) и «Cardio Tens» («Meditech», Венгрия). Для этого использовали модифицированные грудные отведения CS-I и CM-5, являющиеся соответствующими грудным отводом V1 и V5. При проведении исследования проводили лестничное нагружение обычно в течение 1,5-2 минут. При необходимости лестничную пробу повторяли несколько раз в течение суток. Во время процедуры мониторирования больные обязательно вели запись всех событий и ощущений и фиксировали их в дневнике. При этом они указывали: вид занятий (сон, лечебные процедуры, прогулка, вождение автомобиля, физическая нагрузка, стресс, и тому подобное); субъективные ощущения (боль, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, слабость, неприятные ощущения в грудной клетке); при возникновении аритмии детализировали ее характер и продолжительность, а также обстоятельства, при которых она возникла и прекратилась; прием коронароактивных и плановых лекарств (название, доза препарата и время приема) и их эффект. При анализе желудочковых нарушений ритма изучали морфологию аритмии, интервал сцепления желудочковой экстрасистолы (ЖЭ), связь с нагрузкой и ишемическими эпизодами. С прогностической целью клас-

сифицировали желудочковую экстрасистолию (ЖЭ) по Lown B. и Wolf M.: I градации – редкие (менее 30 в час) ЖЭ; II градации – частые (более 30 в час), монотопные ЖЭ; III градации – политопные ЖЭ; IVa градации – две последовательные (парные) ЖЭ; IVb градации – несколько ЖЭ подряд (3 и более), «пробежки» ЖЭ; V градации – ранние ЖЭ, типа «R-T».

Статистическую обработку материала проводили при помощи компьютерной программы для статистической обработки «Statistica 5.1» с подсчетом критерия t. Статистически значимые различия показателей считали при значении $p < 0,05$.

В результате кардиомониторирования установлено, что у 36(75%) выявлена синусовая тахикардия со среднесуточной частотой ритма $106,2 \pm 5,4$, у 25(52,1%) – суправентрикулярная экстрасистолия, у 23(47,9%) желудочковая экстрасистолия (преимущественно III-IVb градаций), у 39(81,3%) обследованных выявлены суправентрикулярно-вентрикулярные нарушения ритма, у 18(37,5%) постоянную или пароксизмальную форму фибрилляцию предсердий, у 6(12,5%) короткие эпизоды желудочковой тахикардии.

Таким образом, у больных СД 2-го типа установлена высокая частота суправентрикулярно-вентрикулярной экстрасистолии, фибрилляции предсердий, пароксизмов желудочковой тахикардии на фоне тахикардального синдрома. Выявленная патология требует проведения тщательного анализа и разработки индивидуальных направлений антиаритмической терапии, что в большей степени касается желудочковых нарушений ритма, наличие которых ставит данные нарушения ритма в разряд жизнеопасных с высоким риском фибрилляции желудочковой и синдрома внезапной аритмической смерти.

Мухин И.В., Ляшенко Е.Г., Сочилин А.В., Васякина Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ПЫЛЕВОЙ ХОБЛ

Пылевая хроническая обструктивная болезнь легких (ПХОБЛ) является одной из основных проблем современной пульмонологии промышленного региона Донбасса, что обусловлено как ее распространенностью, так и последствиями. Продолжается поиск оптимальных режимов терапии у такой категории больных.

Цель исследования заключалась в сравнительном анализе влияния традиционного лечения, гипербарической оксигенации (ГБО) и гипоксии-гиперокситерапии (ГГТ) на показатели, отражающие состояние микроциркуляторного русла у горнорабочих очистных забоев, больных пылевой ХОБЛ.

В исследование включены горнорабочие угольных шахт Донбасса с пылевой ХОБЛ. Критериями включения были: мужчины в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $45,1 \pm 0,5$ лет); стаж работы в подземных условиях 10 и более лет; установленный диагноз ХОБЛ согласно рекомендациям GOLD (2017).

Методом случайной выборки больные были распределены в 3 статистически гомогенные группы наблюдения, однородные по полу (все мужчины) ($s^2=0,06$, $p=0,97$), возрасту ($t=0,15$, $p=0,86$), длительности и тяжести заболевания ($t=0,45$, $p=0,34$ и $s^2=0,52$, $p=0,30$ соответственно). 1-я группа включала 45 пациентов, которые получали только базисную терапию продленным ингаляционными бета-2 агонистом и кортикостероидом. 2-я ($n=44$) группа получала аналогичное базисное лечение и сеансы ГБО. 3-я группа ($n=43$) получала такое же медикаментозное лечение и сеансы ГГТ. Полученные результаты сравнивали с аналогичными у 30 практически здоровых мужчин.

ГГТ проводили в течение 15 дней при помощи аппарата «Тибет-4», «Newlife», Россия.

Сеансы ГБО проводились в барокамерах БЛКС-303МК. Курс включал 10 сеансов, величина избыточного давления 0,2-0,5 атм., экспозиция изопрессии 30-40.

Микроциркуляторные параметры изучали при помощи аппарата лазерной доплеровской флоуметрии ЛАКК-2 (ООО НПП «ЛАЗМА», Россия) дважды – исходно и через 3 недели от начала лечения с применением окклюзионной пробы.

Статистическая обработка результатов была проведена при помощи пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.5 StatSoft, Inc.

Группа здоровых имели 100% нормоемический тип кривой. При исходном исследовании в группах наблюдения наиболее частыми вариантами явились спастический у 40,0; 38,6; 41,8% и застойно-стазический у 37,8; 38,6 и 37,2% соответственно. Только у 22,2; 22,7 и 20,9% пациентов в каждой из групп больных имел место нормоемический вариант флоуметрической кривой. При исследовании частоты микроциркуляторных типов через 3 недели от начала наблюдения оказалось, что в группе 1 прослеживалась только тенденция увеличения частоты спастического типа (с 40,0 до 42,2%, $t=2,1$, $p=0,09$) при неизменности частоты застойно-стазического ($t=0,3$, $p=0,75$). В группе 2 динамики типов микроциркуляторных нарушений не отмечено. В группе 3 наблюдалась статистически достоверная реверсия частоты спастического варианта (с 41,8 до 37,2%, $t=3,4$, $p=0,04$) в нормоемический (с 20,9 до 25,6%, $t=3,8$, $p=0,03$) при неизменности частоты застойно-стазического.

Выводы. У больных пылевой ХОБЛ развиваются микроциркуляторные нарушения преимущественно спастического и застойно-стазического типов. При использовании традиционного медикаментозного лечения происходило тенденционное ухудшение микроциркуляторных параметров за счет увеличения частоты спастического типа кривой, что, возможно обусловлено негативным воздействием бета-2 агонистов. ГБО как компонент комплексной терапии не оказывала воздействия на процессы микроциркуляции. ГГТ за счет программируемого чередования гипероксии и гипоксии продемонстрировала способность более интенсивно воздействовать на показатели микроциркуляции (с реверсией спастического типа в нормоемический).

Налетов А.В., Гуз Н.П., Каспир Д.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецка»

OVERLAP-СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

В большинстве современных работ, посвященных изучению COVID-19, основное внимание исследователей уделяется рассмотрению клинических симптомов, характерных для поражения легких, определяющих в большинстве случаев прогноз заболевания. Между тем, при COVID-19 могут поражаться и другие системы организма, в том числе и органы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что оказывает значительное влияние на качество жизни больного. Среди механизмов поражения ЖКТ рассматривается рецептор-опосредованное проникновение вируса в клетки органов пищеварительного тракта; индукция воспаления и изменение проницаемости слизистых оболочек; нарушение состава кишечной микробиоты, на что оказывает влияние не только вирус, но и проводимая пациентом с COVID-19 агрессивная антибактериальная терапия.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецка» было обследовано 42 пациента с СРК, который развился на фоне перенесенной коронавирусной инфекции. У всех больных на основании клинико-лабораторных и рентгенологических результатов обследования был диагностирован COVID-19, проведено соответствующее лечение с клинико-лабораторным выздоровлением.

Диагностика СРК основывалась на рекомендациях Римского консенсуса IV (2016). Для определения типа СРК была дополнительно использована Бристольская шкала формы кала.

У всех пациентов были оценены основные клинические симптомы СРК, а также сопутствующие гастроинтестинальные проявления.

Результаты. В качестве основных клинических проявлений СРК, у всех пациентов (100%) был выявлен абдоминальный болевой синдром, ассоциированный с изменением частоты и характера стула: у 30 (71,4±7,0%) больных отмечалась диарея (СРК с диареей), а у 12 (28,0±7,0%) – запор (СРК с запором). Метеоризм установлен у 22 (66,7±7,3%) пациентов, флатуленция – у 8 (19,0±6,1%). При пальпации живота болезненность по ходу толстой кишки выявлена у 32 (76,2±6,6%) пациентов, в левой подвздошной области – у 10 (23,8±6,6%), в правой подвздошной области – у 6 (14,3±5,4%).

При этом у 31 (73,8±6,8%) пациента установлены клинические проявления характерные для функциональной диспепсии. Так чувство переполнения после приема пищи отмечалось у 20 (47,6±7,7%) больных, периодическая тошнота – у 11 (26,2±6,8%), раннее насыщение – у 9 (21,4±6,3%), эпигастральная боль или жжение – у 18 (42,9±7,6%). Болезненность при пальпации эпигастрия выявлена у 26 (61,9±7,5%) больных. При проведении углубленного лабораторного и инструментального обследования у данных пациентов была исключена органическая гастродуоденальная патология.

Выводы. Таким образом, для пациентов с СРК, перенесшими COVID-19, характерным является сочетание различных гастроинтестинальных проявлений с формированием overlap-синдрома – перекрестом симптомов функциональной диспепсии и СРК, у большинства больных.

Налетов А.В., Масюта Д.И., Шапченко Т.И., Свистунова Н.А.

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

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

На сегодняшний день во всем мире отмечается неуклонный рост количества детей, страдающих различной аллергической патологией. По прогнозам Европейской академии аллергии и клинической иммунологии (ЕААСИ) к 2025 году 50 % европейцев будут иметь аллергические заболевания.

Цель исследования. Выявить основные анамнестические предикторы формирования пищевой аллергии (ПА) у детей, проживающих в зоне длительно протекающего военного конфликта.

Материалы и методы. На базе КУ «ГДКБ №1 г. Донецка» и Медицинского центра «Гастро-лайн г. Донецка» было обследовано 105 детей первого года жизни с ПА. Группу контроля составили 40 здоровых детей аналогичного возраста. У всех детей был подробно изучен анамнез с целью выявления основных факторов риска формирования аллергии.

Статистическая обработка полученных данных и анализ результатов исследования проводились с использованием программы «Statistica 7.0». Для характеристик анализируемых признаков в работе рассчитывали 95%-й доверительный интервал (95% ДИ). Для оценки степени выраженности влияния анамнестических факторных признаков на повышение вероятности формирования ПА у детей, было проведено изучение отношения шансов (ОШ).

Результаты исследования. Установлено, что рождение ребенка путем операции кесарева сечения повышает у ребенка вероятность развития ПА в 4,5 раза (ОШ=4,5 (95% ДИ 1,2–15,0)) чем в случае рождения ребенка от нормальных срочных родов ($p < 0,05$). Выявлено, что проживание матери во время беременности в районах, расположенных вблизи мест проведения активных боевых действий, повышает вероятность возникновения ПА у пациента в 6,1 раза (ОШ=6,1 (95% ДИ 2,2–16,9)) относительно проживания беременной вдали от данных районов ($p < 0,05$). В процессе работы были подтверждены данные, что наличие аллергической патологии у матери повышает вероятность развития ПА у ее ребенка в 9,5 раза (ОШ=9,5 (95% ДИ 3,2–28,7)), $p < 0,05$; а наличие патологии пищеварительного тракта у матери - в 4 раза (ОШ=4,0 (95% ДИ 1,6–10,6)), чем в случае отсутствия воздействия данных факторных признаков ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, рождение ребенка путем операции кесарева сечения, проживание беременной в районах, расположенных вблизи проведения активных боевых действий, а также наличие у матери аллергической патологии и/или заболеваний пищеварительного тракта повышает риск формирования у ребенка ПА.

Налетов А.В., Пушкарук В.В.

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

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ» ПЕРЕСМОТРА 2021 ГОДА

Учитывая, что избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков является самой распространенной эндокринной патологией среди этой группы населения, считаем актуальным произвести анализ современных подходов к диагностике и лечению данной нозологии.

Изучая изменения в клинических рекомендациях «Ожирение у детей» последнего пересмотра (по сравнению с клиническими рекомендациями 2014 года), можно сделать вывод, что определение, этиология, патогенез заболевания, его классификация, кодирование по МКБ остались прежними.

В этом протоколе уточнена эпидемиология ожирения у детей и подростков. Отмечено, что на основании проведенного в г. Москве исследования в 2017-2018 гг. (в рамках программы COSI), включавшего 2166 детей 7-летнего возраста и выявившего наличие избыточной массы тела у 27% мальчиков и 22% девочек, а ожирение — у 10% и 6% детей соответственно, прослеживается общемировая тенденция, а именно, от проблем ожирения подросткового возраста мы переходим к проблеме избыточной массы тела у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Величины стандартных отклонений индекса массы тела (SDS ИМТ) в настоящее время необходимо определять с учетом рекомендаций ВОЗ, новых нормативных значений роста и веса для детей, которые представлены на сайте ВОЗ, а также могут использоваться программные средства ВОЗ Anthro (для возраста 0 – 5 лет) и AnthroPlus (для возраста 5 – 19 лет) для персональных компьютеров (ссылки предоставлены).

Для исключения диагноза сахарного диабета у детей добавлено определение гликозилированного гемоглобина (повышение его уровня более 6,5%). Отмечена нецелесообразность исследования уровня гликемии с помощью глюкометров для диагностики нарушений углеводного обмена. Проведение ОГТТ детям с ожирением, не достигшим 10 лет, показано при наличии у ребенка дополнительных факторов риска.

Претерпел изменения подход к лечению ожирения у детей. В диетотерапии приоритет отдается постепенности достижения результата на фоне соблюдения физиологической диеты по возрасту, стабильности удержания веса, которая достигается путем избегания жестких диет, а как следствие, расстройств пищевого поведения. Однако необходимыми условиями эффективного лечения остаются: ограничение «быстрых» углеводов в рационе, обогащение рациона клетчаткой, «медленными» углеводами, дробность питания, медленное потребление пищи, без компьютера, телевизионного, мобильного сопровождения, поддержание достаточной физической активности.

В медикаментозной терапии ожирения у детей старше 12 лет предпочтение отдается лираглутиду и, по-прежнему, орлистату. Мета-анализы демонстрируют умеренный положительный эффект метформина у детей старше 10 лет с проявлениями инсулинорезистентности. Отмечено, что терапия метформином off-label также целесообразна в группе пациенток с гиперандрогенией и нарушением менструального цикла с ожирением и без, входящих в группу риска развития синдрома поликистозных яичников. Примечательно, что на риск развития лактацидоза не влияет длительность лечения и дозировка метформина, однако вероятность лактацидоза повышается при почечной и печеночной недостаточности.

Новое заключается в том, что препарат соматотропина одобрен базой данных Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов для лечения детей с синдромом Прадера-Вилли. Уточнены условия назначения препарата, дозировка, противопоказания.

Получены многочисленные данные о благоприятном влиянии бариатрической хирургии на обратное развитие метаболических нарушений, ассоциированных с ожирением у подростков, следует отметить существенное повышение качества жизни и снижение психологического дискомфорта пациентов при динамическом наблюдении. Однако хирургические методы лечения ожирения (ба-

риатрическая хирургия) могут быть рекомендованы подросткам с морбидным ожирением только при соблюдении целого перечня условий, которые указаны в рекомендациях.

С целью улучшения организации оказания медицинской помощи перечислены показания для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме и экстренном порядке, показания для выписки пациента из медицинской организации, расширен перечень критериев оценки качества медицинской помощи.

Налётов С.В., Конышева Н.В., Галаева Я. Ю., Налётова О.С., Твердохлеб Т.А., Сидоренко И.А.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»,
г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ СТУДЕНТАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 серьёзно повлияла на все сферы жизнедеятельности мирового сообщества и заставила по-новому взглянуть на дальнейшее существование человечества. Особое внимание пришлось уделить организации самоизоляции и дистанционного образования (ДО). Дистанционное обучение в медицине интенсивно развивается, но в условиях самоизоляции стало необходимым тестировать известные цифровые технологии на возможность их применения для медицинского образования в условиях массового одномоментного обращения к этим ресурсам.

К 2020 году преподавателями кафедры фармакологии и клинической фармакологии на информационно-образовательной среде (ИОС) были размещены все необходимые учебно-методические материалы по всем изучаемым на кафедре дисциплинам. Для работы студенту необходимо всего лишь войти на сайт, используя личный логин и пароль, выбрать нужную кафедру, дисциплину и начать обучение. Сайт ИОС позволил контролировать соответствие расписанию и полноту прохождения тем студентами, а также оценки, которые автоматически выставляются студенту за тестовый контроль по каждой теме. То есть в условиях пандемии ИОС совершенствовалась и рассматривалась не как дополнительный информационный источник образовательного процесса, а как ведущий. После выхода студентов на очную форму обучения некоторые из них продолжали заочное обучение в связи с работой в ковидных отделениях.

С переходом на полное ДО тематическая информация по дисциплине «Клиническая фармакология» для студентов педиатрического факультета была дополнена за счет расширенных интерактивных лекций с изложением содержания темы, значительно увеличено количество ситуационных задач и обучающих заданий.

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. Обработка и оценка ответов обучаемых на тестовые задания происходила без участия преподавателя, что делает его «прозрачным» для всех участников образовательного процесса. Кроме того, каждый студент получал индивидуальное задание – на основании полученной выписки из истории болезни студент должен был составить протокол организации рациональной фармакотерапии основного и сопутствующих заболеваний конкретного больного по предложенной схеме. В случае невыполнения студентами данного вида работы протоколы с поправками преподавателя возвращались для коррекции.

Для анализа качества подготовки студентов за основу была взята итоговая оценка по окончании цикла. В качестве средства корректирования индивидуальных заданий и обратной связи со студентами обычно использовались сообщения в чат ИОС и электронная почта также задать вопросы преподавателю можно было, используя SMS-сообщения и приложение Viber.

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. Выполненные задания анализировал закрепленный за группой преподаватель, который, помимо выставления оценки, указывал на допущенные студентом ошибки.

Налётов С.В., Конышева Н.В., Галаева Я. Ю., Налётова О.С., Твердохлеб Т.А., Белевцова Э.Л.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»,
г. Донецк

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ СТУДЕНТАМИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

В исследовании приняли участие студенты, обучавшиеся на кафедре фармакологии и клинической фармакологии в осеннем и весеннем семестрах 2020/2021 учебного года: 52 студента 6 курса педиатрического, 59 студентов 3 курса стоматологического и 11 студентов 4 курса фармацевтического факультетов (всего – 122). Из них 69% составили девушки и 31 % - юноши. При этом студенты-педиатры изучали клиническую фармакологию в онлайн-режиме в осеннем семестре, а в очном режиме - в весеннем семестре. Это дало возможность сравнить впечатление учащихся об организации и эффективности этих двух форм обучения.

Студентам было предложено заполнить анкету «Удовлетворённость организацией преподавания клинической фармакологии в период дистанционного обучения», включающая 8 вопросов, требующих оценки степени удовлетворенности процессом дистанционного обучения (ДО) по пятибалльной шкале, и один вопрос, предполагающий внесение предложений по повышению его качества.

С учётом сложившейся эпидемической ситуации практически все студенты положительно оценили введение ДО. Немаловажным его достоинством отметили возможность осваивать образовательную программу, не выходя из дома, что является мерой профилактики распространения SARS-CoV-2. Однако по окончании обучения только 23 из 122 студентов (18,9%) предпочли ДО очному или очно-заочному. Среди положительных аспектов ДО студенты указывали на возможность самостоятельно планировать свое рабочее время (58 %), а также посещать занятия даже во время болезни или при занятости (69 %), отмечали свободный доступ к информации и копированию учебных материалов (56 %), экономию времени и средств при поездках в университет и переездах между кафедрами (52 %). Вместе с тем, возможность самоконтроля и в целом преобладание самоконтроля над контролем преподавателя в ходе изучения материала дисциплины студенты оценили невысоко (17%), а 29% сожалели об отсутствии жесткого дисциплинирующего контроля и оперативной обратной связи с преподавателем (42%).

Мы также изучили степень удовлетворенности студентов качеством и полнотой учебных материалов, представленных на ИОС для подготовки к занятиям, выполнения обучающих заданий, текущего и итогового тестового контроля. В целом, 83,6% опрошенных оценили их удовлетворительно (средний балл - 4,39 по 5-бальной шкале). Вместе с тем, у 48% студентов отмечались сложности с выделением главных (важных) аспектов предложенного материала.

Среди недостатков дистанционной формы обучения студенты указали на нехватку живого общения с преподавателем и сокурсниками (13,5%), невозможность коллективно решать учебные задачи в группе (40%), дефицит общения (40%), сбои в работе сайта при одновременной работе на нем большого числа пользователей (69%), утомление в связи с длительным пребыванием перед монитором (50%).

Данная оценка качества работы нашей кафедры среди анкетированных студентов позволила определить дальнейшие детерминанты в организации ИОС в условиях пандемии.

*Налётова Е.Н.¹, Налётова О.С.², Чепурная И.А.^{1,2}, Налётов С.В.², Титиевский С.В.²,
Алесинский М.М.², Лантева Н.А.^{1,2}*

¹ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака»,

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОПРОСНИК «ФАКТОРЫ СТРЕССОГЕННОСТИ COVID-19»: ВАЛИДНОСТЬ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ

В настоящее время ведущее место в ряду медико-социальных проблем заняла пандемия COVID-19, которая внесла серьезные изменения во все сферы жизни населения земного шара. Практически не осталось стран, которых в той или иной степени не коснулась бы эта чрезвычайная ситуация, потребовавшая проведения нестандартных мероприятий как общегосударственного, так и медицинского характера. С целью контроля эпидемиологической ситуации во многих странах на неопределенный срок была приостановлена деятельность многих предприятий, работа учебных заведений переведена в дистанционный режим, введены ограничительные режимы перемещений, карантинные мероприятия и т.д.

Проводимые мероприятия внесли существенные коррективы в повседневную жизнь людей. Многие в течение короткого периода времени оказались в ситуации внезапной потери работы и финансовой стабильности. На длительный период времени люди оказались в непривычной для себя ситуации (изоляция в пределах индивидуального жилья, отсутствие возможности общения с родственниками, друзьями, коллегами, удаленный режим работы или даже потеря ее, финансовые проблемы и т.д.).

Таким образом, пандемия COVID-19 становится и психосоциальной проблемой. Растет количество людей, которым может потребоваться как психологическая, так и медикаментозная коррекция нарушений эмоциональной сферы.

Нами был разработан опросник, позволяющий оценить стрессогенность COVID-19 у различных контингентов населения (студенты, врачи, средний и младший медицинский персонал, провизоры, пенсионеры), проживающего в Донецкой Народной Республике.

Опросник содержит 12 вопросов (табл. 1), которые позволяют выявить психическое состояние человека, обусловленное пандемией новой инфекции COVID-19, способной привести к развитию у него стресса. Ответ на каждый вопрос предполагает градации «нет», «иногда», «часто» и «постоянно», которые оцениваются соответственно как «0», «1», «2» и «3» балла. Минимальное количество баллов, которое может набрать респондент – 0, максимальное – 36. Чем большее количество баллов набирает респондент, тем выше у него уровень стрессогенности. Нами предложено оценивать уровень стрессогенности от 1 до 18 (включительно) баллов, как «умеренный», а от 19 до 36 баллов, как «высокий».

В опросе приняли участие 985 респондентов, из них: 461 (46,8%) мужчина и 524 (53,2%) женщины. Распределения по полу в обеих группах статистически не значимы. Средний возраст мужчин составил 31,6±5,5 лет, а женщин 32,8±5,6.

Структура и распределение ответов на вопросы «Факторы стрессогенности COVID-19» в 1-й и 2-й группах (младше 40 лет и старше 40 соответственно), не является статистически значимыми ($p < 0,05$).

Разработанный опросник «Факторы стрессогенности COVID-19» позволяет выявлять у различных контингентов населения дистрессовые состояния, потенциально связанные с такой донологической и нозологически очерченной психической патологией как синдром эмоционального выгорания, расстройство адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, вызванные пандемией COVID-19.

Опросник высоко валиден, т.к. тест Кронбаха более 0,8. Чувствительность его = 95,6%, специфичность = 84,2%, ложно отрицательные значения = 6,9%, ложно положительные значения = 15,5%.

Налётова Е.Н., Налётова О.С., Чепурная И.А., Налётов С.В., Алесинский М.М.

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

ВЛИЯНИЕ ДАПАГЛИФЛОЗИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА АКТИВНОСТЬ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ И РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Повышение активности симпато-адреналовой (САС) и ренин-ангиотензиновой (РАС) систем определяет развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН), что во многом влияет на исход заболевания.

Для оценки уровня активности САС и РАС может использоваться определение концентрации гуморальных компонентов этих систем. Так, для определения активности САС исследуют концентрацию норадреналина (НА) в плазме крови или моче. Из-за технических трудностей, связанных с определением концентрации ангиотензина II, в клинической практике широко используется определение активности ренина плазмы крови (АРП) и уровня альдостерона в качестве критерия активности РАС.

Целью исследования была оценка влияния на показатели активности САС и РАС больных с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II–III, имеющих депрессивные и метаболические нарушения, стандартной фармакотерапии, включающей дополнительные лекарственные средства (дапаглифлозин) и психотерапевтические методы лечения (аутотренинг + функциональная музыка).

В исследовании приняли участие 94 пациента в возрасте от 51 до 68 лет с ХСН ФК II–III после оперированных клапанных пороков сердца, имеющие депрессивные и метаболические нарушения, которые были распределены в две группы:

- 1-я группа (46 пациентов) – стандартная терапия ХСН в рамках последних клинических рекомендаций + аутотренинг + функциональная музыка;
- 2-я группа (48 пациентов) – стандартная терапия ХСН + дапаглифлозин в дозе 10 мг в сутки + аутотренинг + функциональная музыка.

Период наблюдения в обеих группах больных составлял 12-ть недель.

Под влиянием проводимой медикаментозной терапии наблюдалось снижение экскреции НА с мочой в обеих группах больных. В целом, за 12-ть недель медикаментозного лечения в группе больных, получавших стандартную терапию, включающую дапаглифлозин, показатель экскреции НА с мочой снизился на 57,2%, а в группе больных, получавших стандартную терапию – на 35,2% ($p < 0,05$).

Результаты исследования показывают, что в процессе лечения также снижалась активность РАС. В целом, к концу 12-ти недель терапии АРП в 1-ой группе больных снизилась на 21,3% ($p < 0,05$) по сравнению с исходным показателем, а именно с 4,47 нг/мл/час до 3,52 нг/мл/час, а во 2-ой группе – от исходного значения 4,46 нг/мл/час до 2,51 нг/мл/час, т.е. на 43,8% ($p < 0,001$).

Как в группе больных, которые получали стандартную терапию, так и в группе, которой к стандартной терапии добавляли дапаглифлозин в дозе 10 мг в сутки, к концу периода наблюдения отмечается снижение уровней альдостерона на 28,7% ($p < 0,05$) и 51,7% ($p < 0,001$) от исходного значения (1-ой и 2-ой группах соответственно).

Полученные результаты динамики уровня экскреции НА с мочой, а также АРП и альдостерона свидетельствуют о том, что медикаментозная терапия + аутотренинг + функциональная музыка, включающая дапаглифлозин, обеспечивает более эффективное снижение активности САС и РАС у больных с ХСН ФК II–III после оперированных клапанных пороков сердца, имеющие депрессивные и метаболические нарушения, чем без его использования.

**Налётова О.С., Налётова Е.Н., Лаптева Н.А., Чепурная И.А.,
Налётов С.В., Алесинский М.М.**

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

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Оценка качества жизни (КЖ) – перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить нарушения состояния здоровья пациента, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента, при этом оценивая все составляющие здоровья.

Целью исследования была оценка влияния на показатели качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) стандартной фармакотерапии, включающей дополнительные лекарственные средства (L-аргинин, глицин, дапаглифлозин) и психотерапевтические методы лечения (аутотренинг + функциональная музыка).

В исследование были включены две когорты больных с ССЗ:

I когорта: 94 пациента в возрасте от 51 до 68 лет с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II–III, имеющие депрессивные и метаболические нарушения которые были распределены в две группы:

- 1-я группа (46 пациентов) – стандартная терапия ХСН в рамках последних клинических рекомендаций + аутотренинг + функциональная музыка;
- 2-я группа (48 пациентов) – стандартная терапия ХСН + дапаглифлозин в дозе 10 мг в сутки + аутотренинг + функциональная музыка.

II когорта: 98 больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда.

- 1-я группа (48 пациентов) – антиангинальная терапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + аутотренинг + функциональная музыка;
- 2-я группа (50 пациентов) – антиангинальная терапия + L-аргинин (500 мг в сутки, однократно) + глицин (по 100 мг на приём два раза в сутки, 4-х недельным курсом с 4-х недельным перерывом) + аутотренинг + функциональная музыка.

Период наблюдения в обеих категориях больных составлял 12-ть недель.

Изучение КЖ у больных, участвовавших в исследовании, проводилось с помощью методики Medical Outcomes Study Form «Sf-36». Опросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни и дают полное представление как о физическом, так и о психическом компонентах здоровья.

Включение психотерапевтических методов лечения (аутотренинг; аутотренинг + функциональная музыка) в состав стандартной фармакотерапии больных с оперированными клапанными пороками сердца, ХСН ФК II–III, имеющих депрессивные и метаболические нарушения, а также больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, после реваскуляризации миокарда, обеспечивает повышение КЖ в категориях «Социальное функционирование», «Роль ограничения вследствие эмоциональных проблем» и «Психическое здоровье».

Включение в фармакотерапию дапаглифлозина, на фоне коррекции обмена углеводов, у больных ХСН ФК II–III, имеющих метаболические нарушения, в большей степени повышает КЖ больных.

Включение L-аргинина в состав антиангинальной фармакотерапии у больных стабильной ИБС, сочетанной с расстройством адаптации, значительно повышает КЖ пациентов по всем анализируемым категориям.

Неделько А.А.

Республиканский травматологический центр г. Донецк МЗ ДНР

О ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Болевой синдром, возникающий вследствие патологии периартикулярных тканей, является одной из самых частых жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата. Поражения анатомических структур в плечелопаточной области принято считать симптомокомплексом полиэтиологического типа. Отсутствие единого мнения, а также актуальность данной проблемы, послужило поводом для настоящего исследования.

Цель исследования: выявить частоту, распространенность и наличие сопутствующей патологии у горнорабочих с хроническим болевым синдромом в плечелопаточной области.

Материалы и методы

Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 306 горнорабочих основных подземных профессий угольных шахт в возрасте от 21 до 60 лет, связанных с физическим перенапряжением мышц плечевого пояса в процессе трудовой деятельности в течение 18–23 лет (средний стаж работы – $19 \pm 1,9$ года). Средний возраст пациентов составил $41,0 \pm 5,6$ лет. Все обследованные горнорабочие длительно (от 1,5 до 10 лет) лечились по поводу плечелопаточного периартроза плечевого сустава. Выполнялось клиническое и неврологическое обследование больных. Инструментальное обследование включало рентгенографию, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) плечевого сустава, шейного отдела позвоночника, а также электронейромиографию (ЭМГ).

Результаты и обсуждение

Основными жалобами во время обследования были болезненные и ограниченные движения в плечевом суставе. Дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника выявлены у 275 человек (89,9%). Из них явления плечелопаточного болевого синдрома наблюдались у 121 (44,0%). При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника нередко наблюдалось изменение статической функции в виде искривления оси во фронтальной плоскости и реже в сагиттальной в виде локального кифоза. Одним из центральных мест в патогенезе многих клинико-неврологических синдромов являлись изменения компонентов унковертебрального сочленения. Наиболее частым и наиболее выраженным структурно-функциональным изменениям подвергались средние и нижние сегменты шейного отдела позвоночника, иннервация которых обеспечивается веточками надлопаточного и подмышечного нервов (корешок C5-C6), принадлежащих плечевому сплетению. В клинической картине плечелопаточного синдрома доминировали болевые синдромы и ограничение движений в плечевом суставе.

Объективным отображением интенсивности изменений адаптационно-тонической функции мышц плечевого сустава и плеча являлись достоверные данные электромиографии. При более выраженных клинических проявлениях и более выраженной ирритации корешков отмечалось более стойкое снижение биоэлектрической активности мышц с коэффициентом асимметрии, в среднем $50 \pm 2,9\%$. При стойкой корешковой симптоматике и наличие участков болезненных уплотнений в мышцах наблюдалось стойкое снижение биопотенциалов с коэффициентом асимметрии $50 \pm 100\%$ и более.

Выводы

Данные, полученные при комплексном обследовании горнорабочих, характеризуют плечелопаточный периартроз как проявление одного из синдромов дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника. Высокий процент (44,0%) плечелопаточного периартроза у горнорабочих находится в соответствии с высоким процентом дистрофических изменений шейного отдела позвоночника (89,9%), наблюдаемые нами не только в возрасте 40-50 лет, но и в возрасте 25-35 лет, с профессиональным стажем 5-10 лет. Это не исключает влияния на развитие ранних проявлений дистрофических изменений физических перегрузок, комплекса неблагоприятных факторов производства и особенно локальной вибрации.

Николенко О.Ю.

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

ПОКАЗАНИЯ ИММУНИТЕТА У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЕМ

Цель исследования: изучить фагоцитарную активность иммунитета по отношению к тест-культуре стафилококка штамм 209 и в НСТ-тесте до и после лечения полиоксидонием.

Материал и методы. 1 группа - самцы линии «Вистар» с массой тела 200-250 гр с моделью хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - 25 крыс, полученной путем интратрахеального введения взвеси угольно - породной пыли, растворенной в 40% растворе этилового спирта. Для создания аутоиммунных нарушений различного направления в организме крыс использовали адъювант Фрейнда, цитостатик и иммуностимулятор. 2 группа – (25 крыс) – самцы линии «Вистар» с массой тела 200-250 гр. с моделью ХОБЛ, которым вводили полиоксидоний в течение двух недель каждой из крыс в дозе 0,03 мг/кг.

Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови животных определяли по отношению к тест-культуре стафилококка штамм 209. Постановку НСТ-теста на животных осуществляли, следуя общепринятой методике с подсчетом процента активированных нейтрофилов и индекса активации нейтрофилов (ИАН).

При статистической обработке материала рассчитывали среднее значение ($\bar{x}$), его погрешность ($S_{\bar{x}}$), для сравнения групп в виду небольшого объема выборок использовался непараметрический критерий – критерий Манна-Уитни (MW), а также критерий Крускала-Уоллиса (KW).

Результаты исследования. У животных с моделью ХОБЛ до коррекции количество нейтрофилов, способных к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте, было статистически достоверно ниже ($25,88 \pm 1,59\%$) в сравнении с животными после коррекции полиоксидонием ($56,00 \pm 2,79\%$) (MW=5,58, $p < 0,001$), ИАН без стимуляции у животных с моделью ХОБЛ до и после коррекции статистически достоверно отличался ($0,42 \pm 0,03$ и $0,94 \pm 0,05$ соответственно) (MW=28,88, $p < 0,001$). Коррекция полиоксидонием у животных с моделью ХОБЛ влияла на повышение способности нейтрофилов к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте (KW=31,158, $p < 0,001$), а также на ИАН без стимуляции (KW=30,063, $p < 0,001$).

Таким образом, коррекция полиоксидонием приводит к повышенному кислородозависимому метаболизму и увеличению ИАН у животных с моделью ХОБЛ, что свидетельствует о повышении резервной активности внутриклеточных ферментов.

Фагоцитарное число через 30 минут (ФЧ30) у животных с моделью ХОБЛ до коррекции ($3,01 \pm 0,04$) было значительно меньше, чем после коррекции полиоксидонием ($5,26 \pm 0,35$), статистически достоверно отличаясь (MW=5,72, $p < 0,001$), ФАН30 у животных с моделью ХОБЛ до и после коррекции полиоксидонием статистически достоверно отличалась ($18,40 \pm 0,71$ и $37,20 \pm 2,15\%$ соответственно) (MW=5,77, $p < 0,001$). ФЧ90 у животных с моделью ХОБЛ до коррекции ($3,41 \pm 0,08$) было значительно меньше, чем после коррекции полиоксидонием ($4,30 \pm 0,17$), статистически достоверно отличаясь (MW=4,11, $p < 0,001$). ФАН90 у животных с моделью ХОБЛ до и после коррекции полиоксидонием статистически достоверно отличалась ($28,12 \pm 0,81$ и $40,00 \pm 1,42$ соответственно) (MW=5,34, $p < 0,001$). Коррекция полиоксидонием у животных с моделью ХОБЛ влияла на увеличение ФАН30 (KW=33,38, $p < 0,001$), ФЧ30 (KW=32,81, $p < 0,001$), ФАН90 (KW=28,55, $p < 0,001$) и на ФЧ90 (KW=16,96, $p < 0,001$).

Выводы. Применение полиоксидония для вторичной профилактики ХОБЛ в экспериментальной модели влияло на увеличение количества нейтрофилов, способных к кислородозависимому метаболизму в НСТ-тесте и увеличение ИАН; на увеличение ФЧ нейтрофилов со стафилококком штамм 209 через 30 и 90 минут, а также повышение ФАН через 30 и 90 минут.

Никонова Е.М.¹, Шатохина Я.П.¹, Оберемок С.Е.¹, Кариков М.М.², Догода С.В.²

¹ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

²ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР

ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ИЗМЕНЕНИЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В ноябре 2020 г. общему вниманию был представлен обзор ключевых вопросов и основных изменений Рекомендаций по сердечно-легочной реанимации (СЛР) и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (ЕСС) American Heart Association (АНА) от 2020 года. Согласно новым рекомендациям, которые включают пересмотр сердечно-легочной реанимации у взрослых, детей, новорожденных, а также вопросы по образованию в области реаниматологии, группа авторов данного обзора внесла изменения в универсальный алгоритм расширенной сердечно-легочной реанимации взрослых при остановке сердца, и основной акцент, в случае как остановки сердца во внебольничных условиях (ОСВБУ), так и остановки сердца в больничных условиях (ОСБУ), был сделан на раннее введение адреналина пациентам с нешоковым (недефибрилируемым) ритмом.

Современное понимание роли адреналина при СЛР сложилось на основе рандомизированного клинического исследования PARAMEDIC-2, в котором проводилось сравнение введения адреналина и плацебо при ОСВБУ в Великобритании. Результатом данного испытания стал следующий вывод: адреналин повышает вероятность восстановления самостоятельного кровообращения (ВСК) и выживаемость до окончания срока госпитализации.

Okubo с соавт. в статье «Экстренное введение адреналина при остановке сердца» (2021) подчеркнул роль раннего введения адреналина в дозе 1 мг в качестве «грубого» средства при СЛР для увеличения скорости ВСК и выживаемости до выписки. Адреналин оказывает более выраженный лечебный эффект, если его вводить в начале попытки реанимации, особенно пациентам при остановке сердца, не сопровождающейся развитием шока (недефибрилируемый ритм сердца). К тому же, подтвердил еще один вывод исследования PARAMEDIC-2: положительный лечебный эффект адреналина на ВСК, выживаемость и благоприятный исход снижались по мере увеличения времени до введения препарата от нетравматической остановки сердца. Кроме того, этот препарат способствует повышению вероятности выживания, как сопровождающейся возникновением негативной неврологической симптоматики, так и без таковой.

Okubo с соавт. выявил динамическую связь между введением адреналина, выживаемостью в реанимационном отделении и благоприятным функциональным исходом при выписке взрослых после ОСВБУ с исходным шоковым (т. е. фибрилляция желудочков/желудочковая тахикардия с отсутствием пульса) или нешоковым сердечным ритмом (электрическая активность миокарда без пульса или асистолия).

Таким образом, вышеизложенные факты согласуются с текущими рекомендациями АНА от 2020 г. по использованию адреналина во время расширенной сердечно-легочной реанимации в случае как при ОСВБУ, так и при ОСБУ. Согласно последним, нам представляется необходимым указать, что крайне важно внедрить немедленное начало введения адреналина в дозе 1 мг пациентам с нешоковым (исходный ритм при остановке кровообращения не является фибриллируемым), а также после неудачных попыток дефибрилляции (исходный сердечный ритм характеризуется как фибриллируемый) СЛР в клиническую практику лечебных учреждений и обучение на их основе медицинского персонала в соответствии с местными особенностями и возможностями.

Никулин И.Ю.

ДОНЕЦКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ МЗ ДНР

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Современное общество ориентировано на качественное развитие населения, в основе которого находится здоровое начало жизни. Однако, с каждым годом проблема бесплодия становится более актуальной и требующей всестороннего изучения.

Согласно Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), бесплодие – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года.

Следует отметить, что по данным ВОЗ, в среднем около 5 % популяции бесплодны в силу: анатомических, генетических, эндокринных, иммунологических, то есть непредотвратимых факторов. В России, в период с 2014 по 2017 гг. количество зарегистрированных больных с диагнозом «бесплодие» среди женского населения выросло почти на 19% (с 697,2 случая на 100 тыс. женского населения до 842,7), а среди мужского — на 22% (с 67,6 на 100 тыс. мужского населения до 85,8). Указанные статистические данные лишь доказывают, что проблема репродукции человека находится в центре внимания ученых и практически врачей всего мира.

Вместе с тем, даже не значительные перемены в образе жизни, могут способствовать улучшению ситуации. Важно подчеркнуть, что изменения в рационе питания могут оказать значительное влияние на фертильность. В 2018 году в США было проведено исследование, которое определило, что еда может как повысить, так и уменьшить шансы женщины на зачатие и соответственно улучшить или ухудшить качество спермы у мужчин.

В ходе исследования было выявлено, что такие продукты как: соевый соус, жареные блюда, сода оказывают негативное влияние. Так к примеру, в мае 2018 года было проведено исследование Школой общественного здравоохранения Бостонского университета, которое показало, что употребление одного сладкого газированного напитка в день уменьшает репродуктивную функцию в среднем на 20 %, если сравнивать с теми, кто не употреблял его в пищу. В частности, для женщин это сокращение составило 25 %, а для мужчин – 33 %.

Ведущий автор исследования профессор эпидемиологии Элизабет Хэтч прокомментировала: «мы обнаружили устойчивые взаимосвязи между потреблением подслащенных газированных напитков и более низкой фертильностью, которые сохранялись даже после контроля многих других факторов, включая ожирение, потребление кофеина, алкоголь, курение, и общее качество питания».

Также, следует отметить другой аспект влияния заболеваний пищеварительной системы на репродуктивную функцию, например, дисбактериоз кишечника. Нарушения микрофлоры могут приводить к невынашиванию беременности в первом триместре, недостатку кислорода у плода, внутриутробным инфекциям. Также их результатом бывают преждевременные роды и рождение детей с малой массой тела. Как правило, проблемы не заканчиваются и в послеродовом периоде. Согласно статистике, у таких женщин в 3-6 раз чаще бывают осложнения. Самые распространенные — это инфекции родовых путей и эндометрит.

Серьезные опасения могут вызывать воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит (НЯК), болезнь Крона). Однако, насколько болезнь Крона или НЯК повлияет на беременность, будет зависеть во многом от стадии протекания ВЗК: если зачатие наступило на фоне скрытой невыраженной симптоматики, то шансы на спокойное течение в разы увеличиваются.

Сущность вышеизложенного сводится к следующему: учитывая оказываемое влияние гастроэнтерологических заболеваний на фертильность и вынашиваемость беременности, необходимо подробнее собирать жалобы пациента. Учитывая возможную гастроэнтерологическую патологию рекомендовать консультацию у врача-гастроэнтеролога.

Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю., Сергиенко М.В.

Дорожная клиническая больница станции Донецк

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ЛИЧНОСТИ

Актуальность в изучении взаимосвязи копинг-стратегий и «зрелости» психологических границ личности имеет место в связи с особенностями протекания социальных процессов в современном обществе, приводящих к разрушению привычных стереотипов поведения, вынужденному выходу из зоны комфорта, и затрагивающих целостность мировоззрения человека.

Целью исследования является анализ научных трудов по изучению корреляции между копинг-стратегиями и психологическими границами.

Копинг – способ взаимодействия личности с проблемной или кризисной для личности ситуацией. Впервые термин «копинг-стратегии» ввёл Л.Мэрфи в 1962 году. Расширил представление о копинге Р. Лазарус. В контексте транзактной когнитивной теории, «копинг» или «копинг-стратегии» – это деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям.

В свою очередь, занимаясь изучением копингов, Р. Лазарус и С. Фолкман выделили: а) проблемно-ориентированные копинг-стратегии (цель – изменение ситуации). Например, принятие ответственности; планирование решения проблемы; б) эмоционально-ориентированные копинг-стратегии (цель – регуляция эмоционального состояния, индуцированного оценкой проблемной ситуации). Например, конфронтация, дистанцирование.

Все копинг-стратегии направлены на удержание психологических границ личности.

Психологические границы – осознанное отделение собственного «Я» и его пределы. Олейник О.Ю. изучала зависимость между внутренним напряжением и степенью сформированности психологических границ личности и выделила 2 группы людей: первая – респонденты со сформированными психологическими границами, они проявляли внутреннее спокойствие, открытость, отпуская (не накопление) негативных эмоций; вторая – лица с психологическими границами, находящимися в стадии формирования с выраженным внутренним напряжением в направлении сохранения своего пространства, боязни вторжения извне, акцента на разграничение границ; закрытости.

Габбард Г., определил зависимость между психологическим напряжением и выбранными копинг-стратегиями. Он отметил, что группа людей с высоким уровнем психологического напряжения наиболее часто проявляет «Конфронтацию», «Дистанцирование», «Самоконтроль» и «Избегание» и по амплитуде проявления этих стратегий показывает высокие значения. Группа респондентов с низким уровнем психического напряжения выбирала «Положительную переоценку», «Планирование решения проблемы» со средними значениями по амплитуде. К такому же выводу пришёл и П. Соколов.

Таким образом: а) копинг-стратегии, направленные на конструктивный выход из ситуаций и поиск широкого спектра решения задач с сохранением своего личного пространства коррелируют со сформированными личными границами; б) копинг-стратегии, направленные на агрессивное отстаивание границ, жёсткость во взглядах, на уход от решения проблем выбирают респонденты с границами в стадии формирования.; в) выбор копинг-стратегий показывает состояние «зрелости» и сформированности психологических границ.

Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М., Тюрина С.В.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Уже в начале прошлого века была выявлена взаимосвязь между условиями труда и заболеваниями, возникающими у работников. Тогда же появился специальный термин «профессиональные заболева-

ния». Остро встала проблема охраны здоровья трудящихся. Все эти вопросы актуальны и на сегодняшний день для работников аптечной сферы: фармацевтов, провизоров, работников руководящего звена и вспомогательного персонала. [3]

Труд специалистов в аптечных организациях является очень ответственным, сложным и напряженным. Аптечные работники подвергаются воздействию целого комплекса неблагоприятных факторов, которые различаются в зависимости от выполняемой работы. [1]

В процессе исследования мы выявили опасные и вредные факторы, действующие на провизора. Это длительные статические нагрузки, моральная ответственность за сложность работы, а также необходимость общения с проблемными посетителями аптеки, аллергенность большинства субстанций, нарушение оптимального уровня температуры и влажности воздуха.

Нами был проведен анализ имеющихся условий труда в сети аптек «Добрые лекарства». Штат большинства аптек состоит из 3 человек: 1 провизор и 2 фармацевта. Режим работы аптек: с понедельника по воскресенье с 8:00 до 18:00 без перерыва на обед. Температура в аптечных помещениях 18-20°C. Влажность согласно показаниям гигрометра составляет 60%. Аптеки имеют централизованное водоснабжение и водоотведение. Торговые залы в аптеках оборудованы кондиционерами для поддержания необходимого микроклимата. [2]

В результате анкетирования сотрудников аптек были выяснены следующие вредные факторы, вызывающие высокую напряженность труда работников аптеки: выраженные умственные нагрузки, повышенная ответственность за конечный результат, работа в условиях дефицита времени, отсутствие регламентированных перерывов, повышенная продолжительность рабочего дня.

В процессе анализа были выявлены производственно-обусловленные заболевания работников аптек: острые респираторные вирусные инфекции, обструктивные заболевания верхних дыхательных путей, а также аллергические заболевания из-за непосредственного контакта с лекарственными и химическими веществами. В меньшей степени присутствуют болезни опорно-двигательного аппарата (радикулиты, остеохондроз, миалгии), на третьем месте болезни сердца и сосудов (нарушения ритма, гипертоническая болезнь, варикозная болезнь и др.).

Полученные результаты исследования подтверждают высокую степень вредности производственных условий труда фармацевтических работников и свидетельствуют о необходимости профессиональной защиты и предоставления соответствующих льгот с учетом профессионально обусловленных категорий тяжести и вредности труда.

Список литературы:

1. Иванов, А.В. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости врачей / А.В. Иванов, О.Е. Петручук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. - № 2. - С. 18-21.
2. <https://da-info.pro/company/set-aptek-dobri-liki-horosie-lekarstva>
3. Ю. М. Михайлов. Охрана труда в медицинских учреждениях. 2010.

Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М., Тюрина С.В.

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

ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАЗНАЧАЕМЫХ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Климактерический синдром (климакс) – состояние, которое характеризуется нервно-психическими, вегето-сосудистыми, эндокринными и другими нарушениями, возникающими в связи с возрастными изменениями в климактерический период на фоне угасания репродуктивных функций [3].

В гинекологической практике существует огромное количество медикаментозных средств, позволяющих современной женщине легче перенести климактерический синдром. Среди них наибольшей популярностью пользуются метод заместительной гормональной терапии (ЗГТ), при котором практикуется прием гормоносодержащих препаратов, и использование медикаментов на растительной основе [2]. ЗГТ, несмотря на ее эффективность, имеет большое количество побочных эффектов и

противопоказаний. Прием фитопрепаратов, при той же эффективности, оказывает гораздо меньшее негативное влияние на женский организм. Фитоэстрогены содержатся во множестве растений. Однако в Европе наибольшей популярностью пользуется именно цимицифуга кистевидная. Это растение прекрасно изучено, на его основе создано множество препаратов для женщин в климактерическом периоде [1].

Нами был проведен анализ ассортимента аптек и аптечных сетей ДНР. В результате проведенного исследования нами было выяснено, что в ассортименте аптек Донецкой Народной Республики в настоящее время имеется большой выбор препаратов для коррекции климактерического синдрома. Это средства заместительной гормональной терапии (Овестин, Прогинова, Фемостон и др.). Также широко представлены безрецептурные средства: фитопрепараты (Климадинон, Клималанин), гомеопатические препараты (Климактоплан, Климаксан) и биологически активные добавки (Ци-клим, Эстровэл).

В результате анкетирования сотрудников аптек были выяснены частота консультаций по поводу климактерического синдрома и предпочтения покупательниц. По отзывам провизоров чаще всего покупательницы понимают необходимость посещения гинеколога для грамотной коррекции климактерического синдрома, но существуют устойчивые мифы и опасения по вопросу заместительной гормональной терапии. Поэтому достаточно часто женщины приобретают безрецептурные препараты на растительной основе. Провизоры-первостольники отмечают хорошую осведомленность покупательниц об эффективности таких препаратов при проявлениях климакса.

Полученные результаты исследования подтверждают, что благодаря растительным аналогам гормональной терапии можно практически нивелировать негативные симптомы климактерического периода, восстановить работоспособность женщин среднего и старшего возраста и улучшить их качество жизни в целом.

Широкий выбор препаратов различного ценового диапазона может обеспечить выбор подходящего курса лечения для женщин любого достатка.

Список литературы:

1. Ведение женщин в пери- и постменопаузе: практические рекомендации / Под ред. В.П. Сметник, Л.М. Ильиной. – М. : Ярославль : ООО «ИПК «Литера», 2010. – 221 с.
2. Сметник В. П. Заместительная гормонотерапия в климактерии // Медицинский совет. — 2011. — № 7—8.
3. <https://www.yamed.ru/services/endokrinologiya/klimaktericheskiy-sindrom/>

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В.

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

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Необходимость уделять большое внимание репродуктивному здоровью молодежи детерминировано современной демографической ситуацией. Именно с этим возрастным периодом связано решение основных социо-демографических событий в жизни человека: получение образования, выбор профессии, начало трудовой деятельности, вступление в брак, рождение детей. Под репродуктивным здоровьем подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений ее функций и/или процессов в ней, а и состояние полного физического и социального благополучия.

Цель исследования - изучить состояние репродуктивного здоровья молодежи в современных условиях.

Результаты исследования: В исследовании принимали участие студенты медицинского вуза в возрасте от 20 до 26 лет. Проведено анкетирование, стоящее из 28 вопросов. Исследовано 244 человека, из них 182 юноши и 62 девушки. 19% опрошенных живут вместе со своим половым партнером, несмотря на столь юный возраст. 4% респондентов уже замужем/женаты. Таким образом, респонденты, проживающие вместе со своим партнером в гражданском и зарегистрированном браке составляют 23%, а 24% опрошенных проживают отдельно от родителей. По результатам опроса, 71% вступали

когда-либо в сексуальные отношения, из них 3,5% начали свою сексуальную жизнь в 12 лет и меньше, 30,5% в 13 – 15 лет, 29% в 16 – 18 лет, 13% не помнит начало своей половой жизни, 7% отметили, что партнёр был случайным. Любовь, как причину первого сексуального контакта отметило большинство респондентов (40%), интерес – 23%, были принуждены к первому сексуальному контакту 4% опрошенных. На вопрос: «Каких последствий беспорядочных половых связей Вы боитесь?» 65% опрошенных боятся вероятности заражения инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), 33% опасаются нежелательной беременности, зависимы от мнения окружающих 2%. Считают нужным иметь одного постоянного полового партнёра 80% респондентов. Более 50 % опрошенных не знают о путях передачи ВИЧ – инфекции. Из них 19 % считают, что нельзя заразиться ВИЧ через пользование одной иглой для инъекций, 55% не знают о том, что ВИЧ передаётся во время орального секса, 14% не знают, что заражение возможно через сексуальный контакт, 32% не отметили путь от матери к плоду как способ передачи ВИЧ. Из этого можно сделать вывод, что риск заражения ВИЧ – инфекцией и другими ИППП очень высок вследствие низкой информированности молодёжи в данном вопросе. Свою информированность о репродуктивном здоровье показало только 35% опрошенных, а 65% даже не подозревают о том, что это такое. Информацией о сохранении репродуктивного здоровья обладают 29% респондентов. Для сохранения своего репродуктивного здоровья 51% использует средства контрацепции, 47,5% сохраняет верность одному половому партнёру, 29% ведут здоровый образ жизни, и лишь 8% отметило, что необходимо воздерживаться от сексуальных отношений до свадьбы.

Выводы: В результате проведенного исследования выявлено, что большинство респондентов хотят иметь здоровую, полноценную семью. Но, несмотря на это, 36% имеют более одного полового партнёра и 28% не используют средства контрацепции при сексуальных контактах. Практическая значимость данного исследования определяется возможностями использования полученных результатов для разработки новых подходов к формированию культуры репродуктивного здоровья молодёжи.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Смолякова Я.А.

ГОО ВПО «Донецкий медицинский университет имени М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наиболее частым хирургическим заболеванием во время беременности является острый аппендицит. Физиологические и анатомические изменения во время беременности объясняют сложность диагностики этой патологии и возможность возникновения осложнений.

Цель исследования – оценить возможности современных методов диагностики и оперативного лечения острого аппендицита у беременных и определить перспективные пути их улучшения.

Исследовано 95 больных с подозрением на острый аппендицит на фоне беременности, которые находились на лечении в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКМО с 2014 по 2021 гг. Возраст больных варьировал от 19 лет до 41 года (в среднем 25—29 лет). Клинико-лабораторная диагностика острого аппендицита у беременных основывалась на оценке клинических проявлений, симптомов болезненности, диспептических нарушений, термометрии, а также лабораторных исследований — общем анализе крови, общем анализе мочи. У 25 (26,3%) из 95 пациенток диагноз острого аппендицита в процессе динамического наблюдения в стационаре был исключён. У 2 пациенток этой группы диагностировано обострение хронического калькулёзного холецистита, у 5 — обострение хронического панкреатита, у 8 — почечная колика и МКБ, у 10 — спастический колит и кишечная колика. Остальных 70 (73,6%) пациенток оперировали по поводу различных клинических форм острого аппендицита. Из них 32 (45,7%) были в I триместре беременности, 26 (37,1%) — во II и 12 (17,2%) — в III. Всем беременным с подозрением на острый аппендицит проводилось УЗИ органов брюшной полости. Ультразвуковыми признаками острого аппендицита считается утолщение стенки червеобразного отростка > 2 мм, диаметр червеобразного отростка > 6 мм, ригидность передней брюшной стенки при дозированной компрессии. В I триместре беременности визуализировать и определить УЗ-признаки острого аппендицита удалось у 12 (17,2%) пациенток, во II — у 10 (14,2%) и

в III — у 4 (5,7%). У 53 (75,6%) пациенток диагноз острого аппендицита был установлен на основании клинических, лабораторных, ультразвуковых методов исследований с показаниями для хирургического лечения: всем была проведена аппендэктомия. У 49 (70%) из них аппендэктомию выполняли косым переменным доступом по Волковичу—Дьяконову, у 4 (5,7%) — нижнесрединным доступом ввиду наличия симптомов осложнённого аппендицита. У 17 (24,2%) пациенток были установлены показания к диагностической лапароскопии, из них 10 находились в I и 7 во II триместрах беременности. Диагностическая лапароскопия проводилась под общим обезболиванием. Одним из основных условий для успешной диагностической лапароскопии у беременных является выбор адекватного операционного доступа, позволяющего выполнять все необходимые манипуляции для уточнения диагноза и ревизии органов брюшной полости. В I триместре беременности оптимален доступ в классической точке Олима с использованием троакара диаметром 10 мм. Во II триместре беременности осуществляют доступ через отдельный разрез под визуальным контролем, а не методом прокола. У 4 пациенток (2 — в I и 2 — во II триместрах беременности) при лапароскопии диагноз острого аппендицита был исключён. У 5 женщин в I триместре беременности после лапароскопического подтверждения диагноза была произведена лапароскопическая аппендэктомия. У 6 пациенток (3 — в I и 3 — во II триместрах беременности) после диагностической лапароскопии и подтверждения диагноза была выполнена «классическая» аппендэктомия косым переменным доступом по Волковичу—Дьяконову.

Выводы: У беременных с подозрением на острый аппендицит УЗИ брюшной полости позволяет визуализировать червеобразный отросток и верифицировать диагноз в 37,1% наблюдений. При невозможности клиническими, лабораторными и УЗ методами исследования исключить острый аппендицит в I—II триместрах беременности диагностическая лапароскопия является методом выбора. При лапароскопически подтвержденном неосложнённом аппендиците у беременных в I—II триместрах аппендэктомию лучше проводить лапароскопическим методом.

Оборнева О.В.

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

МЕДИЦИНСКИЕ РЕАЛИИ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ВЫМЫСЕЛ (НА МАТЕРИАЛЕ РОМАНА В. НАБОКОВА «ПОДЛИННАЯ ЖИЗНЬ СЕБАСТЬЯНА НАЙТА»)

Мотивы физического и душевного страдания человека как отражение его материального и духовного бытия всегда являлись источниками неизбывного интереса писателей к их изучению и воплощению в литературных образах. В различные исторические периоды художники слова наделяли своих героев болезнями, в основном, неизлечимыми, что обычно служило сюжетообразующим стержнем произведения. Некогда «модной» болезнью в литературе был туберкулез. Другой «любимый» недуг в литературном творчестве — сумасшествие, о котором есть произведения почти у всех великих русских писателей. На рубеже XIX — XX столетий угасающие от чахотки романтические персонажи сдали свои позиции, уступая место героям, страдающим душевными расстройствами. Тем временем отношение к теме психически ущербной личности приобретает иную художественную интерпретацию. Если прежде внимание авторов было сфокусировано на «больном» внутреннем мире героя, то с расцветом модернизма и авангарда тема безумия становится интересной для писателя своей возможностью воссоздания искаженной действительности сквозь призму деформированного болезненного сознания.

Развиваясь и обогащаясь новыми творческими решениями, тема психического нездоровья нашла воплощение в творчестве многих писателей. Так, мотивы физической болезненности, расстройства психики и морального страдания присутствуют почти во всех произведениях В. Набокова. Писатель полагал, что «в страданиях человека есть больше значительного и интересного, чем в спокойной жизни» [2]. По мнению Б. Бойда (неочевидному, однако), причиной появления «целой галереи патологических типов в литературных произведениях» Набокова стали работы по медицинским проблемам «умопомешанных и самоубийц» его прадеда Н. Козлова [1].

Тема болезни как сюжетобразующая функция ярко выражена в первом англоязычном романе Набокова «Подлинная жизнь Себастьяна Найта» (1941 г.). Написанный в стиле художественной биографии, роман, однако, трудно поддается точному жанровому определению. Фабульное изложение событий довольно незамысловато. Некий В. разыскивает свидетельства жизни своего недавно умершего сводного брата Себастьяна Найта, талантливого писателя. В процессе сбора информации для написания биографии он встречается с разными людьми, попутно анализируя произведения брата, пытается разобраться в секретах его творчества, творческого процесса как такового, а также в сложных взаимоотношениях между творцом и его творением. В итоге он отождествляет себя с братом и приходит к выводу, что писатель-творец есть его книга. Однако запутанная нелинейность сюжета, обилие загадок, причудливая языковая игра, анаграммы и интертекстуальные аллюзии поэтонимосферы романа, детективное «who is who?» в паре В. – Найт держат читателя в перманентном напряжении. Эмоциональная лабильность В., его сбивчивое повествование, нелогичные поступки, хаотические поиски свидетелей жизни Найта, галлюцинаторные ощущения его призрака, наконец, перевоплощение в него – малая толика того, что создает у читателя впечатление психической несостоятельности повествователя.

Любопытно, что в 1953 г., спустя 12 лет после опубликования романа Набокова, американский невролог Роберт Найт (Robert Knight) ввел в психоневрологический обиход термин «пограничное состояние личности». Символично, на наш взгляд.

Литература

1. Бойд Б. Владимир Набоков: Русские годы: биография / пер. с англ. Г. Лапиной. М.: СПб., 2001. С. 42.
2. Набоков о Набокове и прочем: Интервью, рецензии, эссе / Сост., предисл. и коммент. Н. Мельникова. М.: Независимая газета, 2002. С. 52.

Омельченко Е.М., Зуйкова О.В.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Внедрение нетрадиционных педагогических технологий существенно изменило образовательно-развивающий процесс, что позволяет решать многие проблемы развивающего, личностно-ориентированного обучения, формирования индивидуальной образовательной перспективы учащихся. Для всех технологий характерны определенные общие признаки: осознанность деятельности преподавателя и учащихся, эффективность, мобильность, целостность, открытость. Самостоятельная деятельность учащихся в учебном процессе составляет 60-90% учебного времени.

Компьютерные технологии не только помогают организовать учебный процесс с использованием игровых методов, но и получить более сильную обратную связь. Средства мультимедиа позволяют обеспечить наилучшую, по сравнению с другими техническими средствами обучения, реализацию принципа наглядности, в большей степени способствуют укреплению знаний и на практических занятиях-умений. Использование компьютера можно разделить на три этапа. Первый – поддержка занятия. Компьютер использует преподаватель в качестве средства визуализации. Второй – компьютерное сопровождение. Кроме использования преподавателем компьютера в качестве средства представления или иллюстрации материалов занятия, так же он может быть использован учащимися в качестве средства повторения ранее изученного материала. Третий – использование компьютерных программ в обучении. Это проведение занятия, с работой всех учащихся на компьютерах под руководством преподавателя.

Групповые технологии предполагают организацию совместных действий, коммуникацию, общение, взаимопонимание, взаимопомощь. Выделяют следующие разновидности групповых технологий: конференция, диспут, дискуссия, групповой опрос. Особенности групповой технологии заключается в том, что учебная группа делится на подгруппы для решения и выполнения конкретных задач. Существуют несколько уровней коллективной деятельности: одновременная работа со всей группой, работа в парах, групповая работа на принципах дифференциации.

Во время групповой работы преподаватель выполняет различные функции: контролирует, отвечает на вопросы, регулирует споры, оказывает помощь. Обучение осуществляется путем общения в динамических группах, когда каждый учит каждого. Работа в парах сменного состава позволяет развивать у обучаемых самостоятельность и коммуникативность.

Инновационные методы – это новые методы общения с учащимися, которые позволяют им самоутвердиться. А самоутверждение – это путь к правильному выбору своей профессии.

Литература

1. Агеева В.Н. Электронная книга: новое средство социальной коммуникации - М.: Мир книги, 1997. - 230 с.
2. Кузнецов А. А., Сергеева Т. А. Компьютерная программа и дидактика // Информатика и образование. 1986. № 2.
3. Тыщенко О.Б. Новое средство компьютерного обучения - электронный учебник // Компьютеры в учебном процессе, 2008, № 10, стр. 89-92.

Омельченко О.Н., Осипцова Ю.Н.

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г. Донецк

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ КАК ЭЛЕМЕНТА СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

В Донецкой Народной Республике, число родильниц с постнатальной депрессией увеличено до 23%. Данный факт может быть связан с боевыми действиями, с потерей близких по причине их гибели или же дальнего переезда, с невысокой материальной обеспеченностью и т.д.

Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем, поэтому она может быть маркером общей подверженности депрессии.

Примеры результатов исследования:

О существовании возможности развития послеродовой депрессии знали 75% опрошенных женщин. Диагностические мероприятия проводят 3 человека, путем выявления группы риска по развитию депрессии (15,8%), в то время как оставшиеся 16 человек не проводят диагностических мероприятий (84,2%);

Выводы: необходимо формировать положительные психологическую доминанту беременности.

В своей работе акушерка должна исполнить нестандартные, индивидуальные подходы к каждой беременной.

Рекомендуется проведение психологической коррекции состояния беременных психологами женских консультаций или направление пациенток на курсы по подготовке к родам.

Большое значение в программе психологической адаптации к своему состоянию имеет информирование пациенток о возможностях современных медицинских технологий и практик, а также о существовании обоснованных доказательств удовлетворительных исходов.

Необходимо учитывать личностные особенности женщин, проводить психокоррекцию состояния эмоционального напряжения и тревоги беременных, привлекать мужей к совместной работе по гармонизации семейных отношений.

Для улучшения адаптации пациенток к беременности так же необходима помощь в решении их проблем.

Главной задачей персонала, оказывающего помощь в антенатальный период, должна стать максимально возможная психологическая поддержка семьи и качественное консультирование по всем вопросам, интересующим, прежде всего саму женщину.

Для реализации профилактических мероприятий, предлагаются созданные рекомендации, способствующие формированию психологического комфорта беременной, повышению ее стрессоустойчивости, рациональной организации быта, отдыха, физических нагрузок – психологический тренинг, комплекс физических упражнений, рекомендации по питанию.

Таким образом, первоочередной задачей акушерки женской консультации является своевременное выявление пациенток из групп риска. Женщины, находящиеся в группе риска, должны быть в обязательном порядке обеспечены психологической подготовкой к родам, перед родами и в послеродовом периоде получить необходимую психологическую поддержку.

В случае выявления женщин с постнатальной депрессией акушерка обязана проинформировать о методах борьбы с данным состоянием. Для этого медицинский персонал должен быть достаточно квалифицирован, чтоб оказывать помощь такого рода женщинам группы риска.

Оноприенко В.И.

Республиканский травматологический центр, ДНР

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО МАГНИТА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОСКОЛКОВ ПРИ МИНО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Известно, что при минно-взрывной травме актуальной проблемой является извлечение осколков, так как лечение больного при не удалённом осколке может привести к развитию гнойного процесса в мягких тканях. Наименее травматическое извлечение металлических осколков оказывает существенное влияние не только на особенности лечения раневого процесса, но и его длительность и последствия травмы. Одним из методов наименее травмирующего извлечения осколков является использование магнита.

Цель: проанализировать целесообразность применения неодимового магнита для удаления осколков при мино-взрывной травме.

Материалы и методы. В настоящей работе приведены результаты лечения 200 больных с осколочными ранениями верхних (92 человека) и нижних конечностей (108 человек), полученных в период 2015-2016 г.г. в условиях локального конфликта в Донбассе. Для извлечения осколков использовали неодимовый магнит с разрывной силой 100-200 кг.

Результаты исследования. Данный магнит позволял производить извлечение металлического осколка расположенного на глубине от 1 см до 7 см. При приближении к наиболее вероятному месторасположению металлического осколка за счет силы притяжения кожный покров поднимался, что позволяло безошибочно определять место ввода в рану зажима и путем расслоения мышц извлекать осколки. В случае обширной раневой поверхности накладывались наводящие швы с дренированием. При небольших размерах извлеченных осколков – рану дренировали и под прикрытием антибиотиков и не ушивали. Целесообразность использования магнитов для извлечения металлических осколков обусловлена их малыми размерами и довольно сильной притягивающей силой. Последнее позволило значительно сократить время поиска осколков в мягких тканях, а также за счет малых оперативных доступов сократить длительность лечения.

Выводы. Своевременное удаление металлических осколков предотвращает возможные негативные последствия, связанные с нагноениями ран и длительным стационарным лечением. Единственным недостатком данного метода является вероятность повреждения близлежащих к магниту сосудов и нервов.

Осипов А.Г.

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

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Цель исследования: оценить эффективность низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексном лечении больных с трофическими нарушениями диабетической стопы.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 75 больных с трофическими изменениями диабетической стопы. Среди них – 46 (61.3%) женщин и 29 (38.7%) мужчин. Более половины пациентов 47 (62.7%) было трудоспособного возраста. У всех больных был диабет II типа. В зависимости от применяемых методик лечения пациенты были распределены на две группы. Первая группа представлена 34 пациентами, лечение которых осуществлялось традиционными методами (сосудорасширяющая терапия, антибиотикотерапия, перевязки и коррекция сахарного диабета). Группа II включала 41 пациент, которым проводилось комплексное лечение с применением лазерной терапии полупроводниковым лазером в инфракрасном диапазоне в импульсном режиме с длиной волны 0.85 мкм, с частотой 80 Гц, на зоны проекции крупных сосудов, на заднюю группу мышц, голени, бедра и раневого дефекта. Время облучения на одну зону 120 сек. Курс лазерной терапии занимал 10-12 сеансов.

Результаты: клинических наблюдений показали, что лечение больных с применением магнито-лазерной терапии приводило к быстрому уменьшению воспалительных явлений в области раневого или язвенного дефекта. Очищение раневой поверхности от гнойно-некротических масс наступало на 8.5 ± 0.5 день, а появление грануляций в среднем на 6.3 ± 0.2 . На 12.4 ± 0.4 сутки отмечалось появление краевой эпителизации. В группе с традиционным лечением эти показатели были соответственно: 16.9 ± 0.9 ; 15.4 ± 0.6 ; 21.7 ± 0.2 сутки после начала лечения.

Выводы: клинические исследования показали, что применение низкоинтенсивной магнито-лазерной терапии в лечении больных с трофическими нарушениями диабетической стопы позволяют в более короткие сроки уменьшить или ликвидировать воспалительный процесс, стимулирует развитие грануляционной ткани и ускоряет процесс эпителизации. Это позволяет сократить сроки нахождения больных в стационаре и улучшить результаты лечения данной категории больных.

Остренко В.В.

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

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА

Цель исследования заключалась в оценке особенностей распространенности инфекционных заболеваний у подросткового населения экотерриториального региона в условиях локального военного конфликта.

Методы исследования. За показатель загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация тяжелых металлов (ТМ) в почве. За основу аналитического исследования, по гигиенической оценке, загрязнения почвы были взяты материалы РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР, а также Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка. При сравнительной гигиенической оценке (ранжировании) районов г. Донецка учитывалась концентрация 8 ТМ и металлоидов (свинец, цинк, кадмий, медь, марганец, фосфор, мышьяк, таллий), рассчитывалась кратность превышения ПДК (в случае отсутствия таковой – кратность превышения фоновых показателей).

Нами проведен анализ распространенности инфекционных заболеваний среди подросткового населения г. Донецка (включая вклад юношей и девушек) по самому «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: I-договаренного (2012-2013 гг.), II-переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и III-стабильного военного (2017-2019 гг.)

Результаты и обсуждение Наблюдается общая тенденция к снижению, показателей заболеваемости среди подростков в I и II периодах максимальные уровни отмечались в районе П. (в I достоверно выше, чем в контрольном) и в среднем по городу (в I значительно больше, чем во II), в III периоде – в районах К., П. и по городу в целом (достоверно выше, чем в районах Б. и В., не пострадавших от боевых действий).

В I и II периоды минимальные показатели определялись в районах В. и К., в III периоде – в районах В. и Б. При этом во II периоде следует отметить, что для чистого района В. был характерен существенный рост (в 3,1 раза), а в III резкое снижение (в 2,3 раза), поэтому уровень II периода был достоверно выше, чем во I и III периодах. Обращает на себя внимание резкий рост в 2,8 раза в III периоде показателя района К: достоверно ($p \leq 0.01$) выше, чем в 2-х предыдущих. Распространённость указанных болезней определяет девушки (достоверные различия по сравнению с юношами в оба военных периода наблюдались в районе Б. в III периоде, а также В., П. и по городу в целом) с сохранением рассмотренных выше межрайонных тенденций. Те же районы характеризовались наибольшими и наименьшими показателями распространённости: во II периоде уровни в районе П достоверно превышали таковые в районах В. и К., в III периоде в районах П., К. и среднем по городу были выше, чем в районах В. и Б. Следует отметить резкое снижение во II периоде показателей у юношей в районах Б. (в 3 раза) и П. (в 2 раза), по городу (в 2,7 раза) при значительном росте у девушек района В. (в 5,2 раза), а также существенный рост в III периоде у девушек (в 2,9 раза) и юношей (в 2,6 раза) района К.

Полученные данные позволяют утверждать, что неспецифическое действие ТМ (особенно на фоне последствий стресс-индуцированных состояний в период локального военного конфликта) оказывает влияние на анализируемую патологию, а сами ТМ являются индикаторами риска инфекционной заболеваемости населения.

На наш взгляд, внедрение превентивного питания для экокризисного региона позволит превратить алиментарные причины риска (факторы оздоровления (детоксикация тяжелых металлов, повышение резистентности организма к последствиям стресс-индуцированных состояний из-за боевых действий, эпидемических вспышек и др.).

Островский И.М.

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

ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ И ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Проанализированы официальные статистические данные по заболеваемости (1:10000) детей в Донецкой области за 2010-2013 гг. и в ДНР за 2015-2020 гг. Достоверные статистические данные за 2014 год отсутствуют.

Анализ проведен по 90 пунктам стандартного статистического отчета, объединенных в 20 разделов.

Общей тенденцией в изменении заболеваемости в 2019-2020 гг. явилось ее снижение по большинству групп и нозологий, что определило снижение показателя общей заболеваемости с 11234,73 в 2019 г до 10734,65 в 2020 г.

Ряд хронических заболеваний ЛОР-органов, а также холецистохолангит, гастродуоденит и пиелонефрит (а это большая часть из учитываемых хронических болезней) в ДНР фиксируются реже, чем до войны, причем заболеваемость продолжает снижаться, что свидетельствует о лучшем качестве лечения острых процессов.

Ниже довоенного уровня опустилась заболеваемость бронхиальной астмой, язвами желудка и 12-перстной кишки, диффузным зобом I степени и иммунодефицитами.

Заболеваемость диффузным зобом II-III степени была в 3 раза выше довоенной, но за последние 3 года значительно снизилась, хотя это снижение все еще не достигло довоенного уровня. Заболеваемость в таких группах болезней, как инфекционные и паразитарные, болезни крови, глаза, уха и таких нозологий, как анемия, острый отит, пневмония, атопический дерматит, всегда была ниже довоенной, но если до 2019 года наблюдался ее рост, то в 2019-2020 гг. наметилось снижение.

Низкие показатели заболеваемости, возможно, связаны с увеличением процента сельских жителей, которые традиционно меньше обращаются за медицинской помощью; не исключается воздействие стресса, в частности, на хронизацию процессов.

Заболеваемость части болезней постоянно находится на уровне, достоверно превышающем уровень 2013 года. Так, в 2019 наиболее выраженный рост отмечен по желчекаменной болезни и эндемическому зобу. В 2020 году количество больных желчекаменной болезнью и эндемическим зобом снизилось, но заболеваемость остаётся достоверно выше довоенной. Это м.б. объяснено снижением качества питьевой воды (загрязнение источников, поломки фильтровальных станций, разрушение водопроводов снарядами) и существующим дефицитом йода. Подобную динамику также продемонстрировала заболеваемость сахарным диабетом.

Заболеваемость детского населения в ДНР проявляет разнонаправленные тенденции, в частности, «расстройства психики и поведения», а также «острая ревматическая лихорадка», после довольно стабильных показателей продемонстрировали резкий подъём заболеваемости в 2020 году. Подобная разнонаправленность позволяет считать приводимую статистику объективно отражающей динамические процессы в педиатрии

Выводы

1. Заболеваемость большей части болезней находится на уровне, ниже довоенного.
2. Состояние хронического стресса сказывается на функционировании иммунной и нервной систем не только у взрослых, но и у детей.
3. Педиатрам и организаторам здравоохранения следует больше внимания уделять профилактике дефицита йода у детей.
4. УЗИ желчевыводящих путей должно стать обязательным для всех детей с острыми абдоминальными правосторонними болями, и регулярным (не реже 1-2 раз в год) с дисфункциями и воспалениями желчевыводящих путей.

Павлов В.Б., Павлова А.Г.

ГБУ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7 Г. ДОНЕЦКА»

РОЛЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА В ПРОФИЛАКТИКЕ COVID-19

Проблема, связанная с охватившей население планеты пандемией COVID-19, несмотря на проводимые масштабные профилактические мероприятия на государственном и межгосударственном уровне, на сегодняшний день остаётся актуальной для системы здравоохранения стран во всём мире. Новая коронавирусная инфекция оказалась очень контагиозной, а сам коронавирус подвержен мутациям, приводящим к высокой заболеваемости, грозным осложнениям и летальным исходам.

Нами был проведен опрос 401 пациента (220 мужчин (54,86%) и 181 женщина (45,14%)), обратившихся в стоматологическую поликлинику на приём к врачу-стоматологу терапевту в течение последнего полугодия, с целью изучения мнения населения по поводу разработанных ВОЗ мерах по профилактике новой коронавирусной инфекции. Проведенное исследование показало, что через два года после объявления ВОЗ о начале пандемии только 12% опрошенных следует указанным рекомендациям. Источником знаний для руководства к действию по профилактике и лечению COVID-19 у современного человека являются не рекомендации профессионалов, а случайные сведения, полученные из Интернета. Люди продолжают посещать места массового пребывания при плохом самочувствии, своевременно не обращаются за медицинской помощью при повышении температуры, не считают обязательным придерживаться социальной дистанции и карантинных мер, не соблюдают правила респираторной гигиены, трогают нос и глаза немытыми руками.

С тяжёлой формой заболевания больные, как правило, попадают в стационар. А пациенты со скрытой и лёгкой формой заболевания в случае острой зубной боли при кариесе и его осложнениях, обострения хронического одонтогенного гайморита и заболеваний пародонта обращаются за амбулаторной помощью в стоматологическую поликлинику. По данным ВОЗ заболеваемость основными стоматологическими заболеваниями – кариесом и гингивитом – у всех возрастных групп составляет от 80 до 100% в зависимости от региона и, соответственно, обращаемость населения к врачу-стоматологу остаётся достаточно высокой и в условиях пандемии.

На стоматологическом приёме традиционно врач-стоматолог-терапевт проводит профессиональную чистку и обучает пациентов контролируемой чистке зубов, целью которых является удаление биоплёнки – основного этиологического фактора кариеса и его осложнений. При этом в индивидуальных беседах пациентам объясняют причины проводимых профилактических мероприятий, поэтому больные с кариесом и гингивитом, как правило, регулярно получают от врача-стоматолога информацию о микробном происхождении и механизме развития основных стоматологических заболеваний. В контексте коронавирусной инфекции параллельно также необходимо каждому пациенту в доступной для него форме объяснять механизм передачи коронавирусной инфекции. В результате значительная часть населения каждый раз при посещении стоматологической поликлиники будет мотивирована на соблюдение норм личной и общественной гигиены, что несомненно будет сказываться на ограничении циркуляции коронавирусной инфекции в человеческой популяции.

Таким образом, врач-стоматолог-терапевт является важным звеном в системе формирования устойчивой мотивации к соблюдению норм личной и общественной гигиены среди населения для профилактики инфекционных заболеваний, включая актуальную на сегодняшний день коронавирусную инфекцию.

Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Мухина Е.В., Ежов Д.А.

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

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Исходы и осложнения новой коронавирусной инфекции затронули все медицинские специальности. С каждым месяцем пандемии врачи всех специальностей сталкиваются с последствиями, возникающими на фоне или после перенесенной коронавирусной инфекции. Патогенетические особенности течения коронавирусной инфекции (COVID-19), большое количество тяжелых случаев поставили много вопросов перед медицинской наукой, в том числе и перед офтальмологией. Все это является мотивацией к изучению особенностей заболеваний органа зрения у пациентов, перенесших COVID-19.

Цель исследования: Изучить клинические проявления патологии органа зрения у пациентов, перенесших вирусную инфекцию COVID-19.

Материал и методы Под нашим наблюдением находились 58 пациентов в возрасте 30-75 лет (средний возраст составил $57,2 \pm 3,4$ года) с подтвержденной перенесенной коронавирусной инфекцией COVID-19 различной степени тяжести (32 женщин и 26 мужчин), которые обратились к офтальмологу с жалобами на снижение зрения после проведения курса лечения и получения отрицательных результатов ПЦР тестов на COVID-19. Среднее количество дней от постановки диагноза COVID-19 до госпитализации в офтальмологическое отделение составило $37,4 \pm 2,6$ (от 28 до 45 дней). Анализ структуры сопутствующей хронической патологии показал, что гипертоническая болезнь была у 34,2% пациентов, атеросклероз коронарных и церебральных сосудов – у 24,1% пациентов, сахарный диабет у 20,7% пациентов.

Результаты. Структура патологии органа зрения в наблюдаемой группе пациентов представлена следующим образом: воспалительные заболевания глаз - 58,2% (34 пациента), сосудистые заболевания глаз - 41,8 % (24 пациента).

Передний увеит диагностирован у 16 пациентов (27,6%), задний у 11 пациентов (18,9%). У всех пациентов увеит протекал остро и был выявлен впервые. У 4 пациентов (6,9 %) был выявлен неврит зрительного нерва и у 3 пациентов (5,2%) - центральная серозная хориопатия. После купирования воспалительных явлений острота зрения повысилась у 76,5% пациентов, зрительные функции остались сниженными у 23,5% пациентов, что обусловлено формированием хориоретинальных очагов, развитием осложненной катаракты.

Тромбоз центральной вены сетчатки и ее ветвей был диагностирован у 10 пациентов (17,2%), передняя ишемическая нейропатия была выявлена у 8 пациентов (13,8%), нарушение кровообращения в

центральной артерии сетчатки у 6 пациентов (10,3%). После проведенного лечения зрительные функции остались значительно сниженными у 54,2% пациентов, что обусловлено формированием атрофии зрительного нерва. В 45,8% случаев удалось повысить зрительные функции, в среднем, на 25%.

Вывод. Патология органа зрения у пациентов, перенесших COVID-19 носит разнообразный характер. Проведенные исследования показали, что почти в 60% случаев у пациентов в постковидном периоде возникают воспалительные заболевания глаз и почти 40% случаев составляют сосудистые заболевания глаз

Панченко Д.Р., Лепшина С.М., Ляшенко Ю.О., Лепшина Е.А., Васильева М.А.

Городская психиатрическая больница № 1 г. Донецка МЗ ДНР

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Социальные кризисные процессы, происходящие в Донбассе в последние годы, отрицательно влияют на психическое состояние населения. Пожилые люди являются одной из наиболее уязвимых категорий. Выбор верного терапевтического подхода при лечении пожилых пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами – одна из основных задач современной отечественной психиатрии.

Цель исследования – оценить эффективность выбранного психотерапевтического подхода при лечении тревожно-депрессивных состояний у пациентов старше 70 лет.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 43 пациента с тревожно-депрессивными расстройствами: 28 (65%) - женщин и 15 (35%) - мужчин. Возрастной диапазон респондентов составил от 70 до 92 лет (средний возраст - $79,76 \pm 1,71$). Пациенты нозологически и синдромально составляли гомогенную группу. Все пациенты обратились за помощью впервые. Практически все пациенты лечились стационарно, а затем переходили на поддерживающее амбулаторное лечение. В исследуемой клинической группе все пациенты были пенсионерами по возрасту, в течение жизни редко меняли работу, имели горную специальность и подземный стаж, хорошие материально-бытовые условия жизни в прошлом. В настоящее время их объединяли смена места жительства и/или проживание в районе боевых действий, вынужденное совместное проживание с родственниками, изменения материально-бытовых условий жизни в худшую сторону, утрата социальных связей и привычного круга общения. 35 (81%) пациентов были неудовлетворены своими социальными связями и социальным функционированием. Все пациенты предъявляли жалобы на нарушение сна, нерешительность, дефицит общения, невозможность самостоятельно принимать решения, неудовлетворительные взаимоотношения с родственниками. Наличие травматических событий (военно-политический кризис в регионе) признавали все пациенты. У всех пациентов данной клинической группы были общесоматические заболевания как сопутствующая патология.

Для оценки эмоционального состояния, наличия и степени выраженности тревоги и депрессии, мониторинга состояния использовались шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.), шкала тревоги Бека (Aaron T. Beck, Beck Anxiety Inventory, BAI), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Критерии отбора были следующие: возраст старше 70 лет, наличие тревоги и/или депрессии по данным исследования, отсутствие выраженного нарушения когнитивных функций.

Все 43 (100%) пациента получали медикаментозное лечение. При выборе терапевтического подхода пациенты были разделены на 2 идентичные по возрасту и гендерному составу группы. Пациенты первой группы получали адекватную терапию антидепрессантами, тимостабилизаторами и анксиолитиками. Пациенты второй группы, наряду с адекватной медикаментозной терапией, вовлекались в групповые и индивидуальные занятия с участием волонтеров.

Результаты. У пациентов второй группы, которым была назначена комплексная терапия, включавшая в себя медикаментозное лечение, психотерапевтические, индивидуальные и групповые, беседы с единомышленниками были диагностированы статистически значимые различия ($p < 0,001$) по общему показателю степени выраженности тревоги и депрессии до и после лечения.

В процессе лечения пациентов отмечалось уменьшение напряженности всех клинических симптомов у пациентов обеих групп, однако во второй группе симптомы подверглись наибольшей редукции за меньший период времени. Субъективно улучшение состояния пациенты второй группы отмечали на 5-7 дней раньше, чем пациенты первой группы. Редукции в обеих группах подверглись такие болезненные проявления как: 1) тревога (первая группа $1,45 \pm 0,10$ — до терапии и $0,33 \pm 0,09$ — после; $t = 10,21$, $p < 0,001$; вторая группа $1,55 \pm 0,10$ — до терапии и $0,23 \pm 0,08$ — после; $t = 10,49$, $p < 0,001$), 2) нарушение сна (первая группа $1,65 \pm 0,06$ и $0,90 \pm 0,08$, соответственно; $t = 9,54$, $p < 0,001$; вторая группа $1,70 \pm 0,07$ и $0,70 \pm 0,09$, соответственно; $t = 8,66$, $p < 0,001$), 3) нерешительность (первая группа $1,73 \pm 0,09$ и $0,95 \pm 0,09$, соответственно; $t = 9,34$, $p < 0,001$; вторая группа $1,63 \pm 0,09$ и $0,65 \pm 0,08$, соответственно; $t = 8,51$, $p < 0,001$), 4) повышенная утомляемость (первая группа $1,43 \pm 0,09$ и $0,90 \pm 0,05$, соответственно; $t = 6,75$, $p < 0,001$; вторая группа $1,63 \pm 0,08$ и $0,80 \pm 0,05$, соответственно; $t = 7,95$, $p < 0,001$), 5) чувство неудовлетворенности (первая группа $1,45 \pm 0,08$ и $0,88 \pm 0,08$, соответственно; $t = 6,04$, $p < 0,001$; вторая группа $1,53 \pm 0,09$ и $0,68 \pm 0,08$, соответственно; $t = 7,04$, $p < 0,001$).

Таким образом, в рамках комплексного подхода к лечению тревожно-депрессивных расстройств у пожилых людей, где в качестве психотерапии применялось товарищеское общение, у пациентов происходит значительная редукция тревожно-депрессивной симптоматики. В процессе лечения больных, посещавших терапевтические товарищеские встречи, произошла статистически значимая редукция ($p < 0,01$) всех симптомов, за исключением суицидальных мыслей, которые отсутствовали даже в минимальной степени у всех 43 (100%) пациентов, как до, так и после лечения.

Выводы. Результаты проведенных исследований доказали положительное влияние товарищеского, коллегиального общения на эмоциональное состояние пожилых пациентов с тревожно-депрессивными состояниями, продемонстрировали необходимость при лечении тревожно-депрессивных состояний у пожилых пациентов драматически увеличить время их общения с единомышленниками и коллегами.

Панков В.Е.

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

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Актуальность расстройств аутистического спектра (РАС) нарастает в связи с непрерывным увеличением распространенности РАС в мире, что создает определенную методологическую проблему в поисках соответствующих объяснений.

С точки зрения педиатрии, психиатрии, нейрореабилитации и клинической психологии нарастающая распространенность РАС традиционно ассоциируется с другими расстройствами соматического либо психического спектра в свете связи с ростом расстройств других типов и повсеместным ухудшением экологии. Но такая позиция не влияет на эпидемиологию РАС. При этом отсутствует системный подход к психогигиене, коррекции и профилактике РАС.

Не менее актуальной представляется методология, с помощью которой можно было бы оценить взаимоотношения между формирующимся ребенком как социальным существом и его социальной экологией, представленной его семьей и ближайшим окружением общества, а также непосредственно влиять на распространенность РАС.

В рамках НИР кафедры интегративной и восстановительной медицины в отношении данной проблемы был осуществлен всесторонний анализ литературных источников, а также в результате собранного эмпирического материала были получены подтверждения ряда уже сформированных положений о гигиенической и эпидемиологической роли семьи, как экологической системы ребенка, в механизмах формирования РАС, а также выявлены новые закономерности этиологических и патогенетических механизмов РАС.

Основой для формулирования данного патогенетического механизма послужили выявленные корреляционные связи между интегративным межполушарным профилем семьи детей с РАС и нейрорепсихологическим субстратом РАС. Семья, представляя в качестве экологической среды для вновь появившегося нового члена общества фактор риска, является, по сути, микросоциумом для ребенка, но в то же время сама испытывает весьма сильное динамическое и трансформирующее влияние со стороны макросоциальных структур современного мироустройства, формируя эпидемиологическую картину РАС.

Практический характер исследования на данном этапе уже позволяет аккумулировать принципы гигиенических аспектов профилактики и принципы персонифицированного восстановительного лечения РАС.

Как правило, коррекция подобных нарушений рассматривается как прерогатива психиатров и неврологов. В данной работе акцент смещен с клинических аспектов на гигиенические, включающие в себя принципы вторичной профилактики и восстановления при расстройствах такого типа. Представляется важным психогигиеническая коррекция микросоциальных средовых факторов детей с РАС путем внедрения алгоритмов персонификации восстановления пациентов на основе доменов Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, которые во многом определяются адаптационными возможностями организма пациентов. Результаты научного исследования позволят превентивно воздействовать на данную проблему в контексте социально-гигиенического воспитания, обучения членов семей имеющих, риск по развитию у их детей данной группы расстройств.

Парамонова Т.И.

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

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ВЛАДЕНИЮ ЛАТИНОЯЗЫЧНОЙ ТЕРМИНОЛОГИЕЙ НАЧИНАЮЩИМИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Ne discere cessa! (Не прекращай учиться!)

Способность обеспечить общество компетентными специалистами является главным мерилом качества образования. Для того, чтобы подготовить и воспитать высококвалифицированного специалиста, обладающего поликультурным типом личности, развитыми потребностями в познании окружающей действительности, понимающего ценность человеческой жизни, обладающего развитым интеллектом и другими качествами, требуются преподаватели, которые способны эти качества передавать обучающимся. К этому списку можно добавить свободное владение родной речью, билингвизм, т.е. способность пользоваться двумя и более языками, грамотность в употреблении и толковании медицинской терминологии. Преподаватели медицинских вузов – это вчерашние выпускники этих учебных заведений, имеющие или не имеющие достаточный опыт врачебной деятельности.

Трудности в использовании латинских терминов в процессе преподавания в большей степени испытывают молодые преподаватели анатомии человека. Существует большой временной промежуток между получением знаний по медицинской терминологии в курсе латинского языка и началом преподавательской деятельности. Общепрофессиональной компетенцией в результате обучения латинскому языку, которой должен владеть молодой преподаватель, является «готовность к коммуникации в устной и письменной форме для решения задач профессиональной деятельности». Поскольку письменная речь вышла на первый план в соответствии с новыми образовательными стандартами, от преподавателя требуется умение грамотно и понятно составить тестовые задания и методические рекомендации для студентов с применением латинской терминологии. При устном объяснении материала он должен грамотно произнести термин с правильным ударением, четко назвать соответствующие окончания в многословных анатомических названиях и ответить на возникающие вопросы на грамматические темы. Думающие студенты иногда жалуются на непонятное изложение заданий, ошибки в тексте учебника и могут задавать «неудобные» вопросы. Полученный при обучении негативный

опыт может наложить отпечаток на весь стиль и подход к работе. Поэтому во избежание дидактогении преподаватель должен создать благоприятную атмосферу для усвоения знаний, уметь разрядить обстановку, привести, например, какую-нибудь латинскую пословицу, которую сам учил. Преподаватели латинского языка сожалеют о том, что молодые преподаватели не обращаются за помощью, не проявляют заметного интереса к терминологии, если делается устный доклад по проблемам медицинской терминологии; никто не подошел к стендовому докладу по экономической лексике в медицине, который подготовил студент-первокурсник на студенческой научной конференции. На странице в контакте (*Lingua Latina aeterna: sapere aude*) мы решили выложить наши публикации, касающиеся медицинской терминологии, общекультурных вопросов, которые могут представлять интерес для наших коллег и студентов и предложить консультативную помощь начинающим преподавателям. Кстати, крылатым выражением *Ne discere cessa!* был дополнен текст клятвы Гиппократу на II Международном конгрессе в Париже в 1967 году в вольном переводе: «Клянусь обучаться всю жизнь!»

Пархомчук Д.С.

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», филиал «Клиника медицины катастроф»

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА КЛИНИКИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ЛУГАНСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Клиника медицины катастроф (КМК) – это новое структурное подразделение ЛРЦЭМП и МК, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее часть его уставных функций, в том числе представительскую. КМК оказывает плановую, неотложную и экстренную медицинскую помощь населению г. Луганска и близлежащих районов общей численностью около 650 тыс. чел. Клиника работает круглосуточно в режиме 24/7/365, а 11-15 раз в месяц – как ургентная городская больница. В клинике функционирует 10 стационарных отделений (190 круглосуточных коек и 80 коек дневного многопрофильного стационара); поликлиническое, физиотерапевтическое и отделение профилактических осмотров, кабинеты ЛФК, диагностическая лаборатория, рентген- и УЗИ-кабинет; работает компьютерный томограф. В КМК организовано и функционирует первое в ЛНР отделение постковидной реабилитации. Имеется патологоанатомическое отделение и лаборатория для проведения гистологического исследования биопсийного материала. Уникальным отделением КМК является отделение экстренной (неотложной) медицинской помощи, которое выполняет краткосрочное (до 72 часов) лечение и наблюдение на койках скорой помощи (ранний госпитальный этап). Это высвобождает финансы и время врачей на лечение пациентов в узкоспециализированных отделениях клиники, которые требуют сугубо хирургической или узкопрофильной помощи. На базе КМК размещены 5 кафедр ЛГМУ им. Святителя Луки.

За первый год работы объем стационарной помощи, оказанной КМК, составил 37,2% от общего объема стационарной помощи ЛПУ г. Луганска. При этом КМК имеет численно меньшее общее количество коек, а пролеченных больных на этих койках оказалось наибольшее число (при сравнении показателей трех ЛПУ г. Луганска, оказывающих ургентную помощь). Показатель выполнения койкомест в КМК превысил 100%, а показатели работы койки и ее оборота составили соответственно 173 и 23,1, т.е. были наибольшими при сравнении с аналогичными в других ЛПУ. Это отражает адекватный расход выделяемых материально-финансовых ресурсов на койко-место в клинике. Однако обращает внимание относительно невысокая оперативная активность во всех анализируемых ЛПУ, что можно связать с работой в условиях ограничения (пандемия COVID-19). Анализ показал, что включение КМК в структуру ЛРЦЭМП и МК абсолютно обосновано (экономия финансов на содержание административно-организационного блока клиники и ГСМ на перевозки пациентов между стационарами; единство взглядов на клинические протоколы; возможность широкого внутреннего аудита, преемственность в работе догоспитального и госпитального, в том числе раннего госпитального звена; задействование врачей выездных бригад в работе отделений КМК и др. Среди задач, которые

требуют быстрого решения являются приобретение мобильного хирургического рентгеновского аппарата типа «С-дуга» и внедрение интервенционных методов для улучшения качества диагностики и лечения пациентов; организация отделения сочетанной травмы; приобретение эндоскопического, лапароскопического оборудования и внедрение малоинвазивных методик оперативного вмешательства и т.д.; повышение качества подготовки медицинских кадров, а также улучшение условий труда персонала и совершенствование системы безопасности пациента.

Пархомчук Д.С., Удовика Н.А. Симонович А.П.

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», филиал «Клиника медицины катастроф»

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Одной из актуальных задач здравоохранения является создание эффективной системы ургентной помощи. В данной работе представлены первые результаты работы отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи (ОЭНМП) филиала «Клиника медицины катастроф» (КМК) Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (Центр) в период второй волны пандемии COVID-19. ОЭНМП выполняет динамическое наблюдение и краткосрочное (до 72 часов) лечение на койках скорой медицинской помощи, что позволяет его считать отделением краткосрочного пребывания. Отделение ОЭНМП расположено на первом этаже КМК и рассчитано на 10 коечных мест. В отделении работают врачи разных профилей, но главный специалист по данному отделению - врач скорой помощи, так как его исходные профессиональные компетенции позволяют выявлять признаки неотложных состояний, устанавливать предварительный диагноз и определять показания к вызову специалистов по профилю заболевания. В ОЭНМП направляются пациенты как с четко ясной ургентной патологией, так и неясной картиной заболевания на момент поступления (бригадами скорой помощи, самообращение пациентов, врачи поликлиник и т.д.).

Так, в первом квартале 2021 г. в КМК за ургентной помощью обратилось 1645 чел (66% от общего числа пролеченных за данный период). При этом, 8,8% приняли решение на лечение на дому с последующим обращением в плановом порядке в поликлинику, а остальные 91,2% были госпитализированы в ОЭНМП, где им проводилось обследование, лечение и динамическое наблюдение с привлечением смежных специалистов стационара, а в ряде случаев и специалистов отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санавиации). Так, в первые 1-3 часа от момента поступления после дообследования (компьютерная томография) 3,4% пациентов были переведены в сосудистый центр (ОНМК) и инфекционный госпиталь (ковидные пневмонии). Другие 38,7% пациентов в течение 3-х суток пребывания в ОЭНМП были переведены в специализированные отделения КМК, когда узкопрофильный диагноз не вызывал сомнения и требовал или продолжительного наблюдения или хирургического вмешательства, причем с высокими шансами на полное выздоровление от ургентной патологии (хирургическое (прободная язва, острая кишечная непроходимость, кровотечения), неврологическое (ОНМК, ЧМТ), ЛОР-отделение (гнойный отит, переломы костей носа), терапевтическое (острые пневмонии, бронхиты), гинекологическое (аномальные маточные кровотечения, пельвиоперитонит). Остальным 49,1% пациентам не потребовалось срочности в таком узкоспециальном лечении или вообще необходимости в госпитализации в специализированное отделение. Им было назначено лечение на месте, эффект от которого оказывался очевиден уже в первые часы или сутки наблюдения в ОЭНМП. Так, у 86% пациентов состояние улучшилось уже в ближайшее время от начала лечения (например, купирование криза, мобилизация конечности, остановка носового кровотечения, помощь при апоплексии яичника, расстройства пищеварения после погрешностей в диете и др.). Большинство из них поправились или получили выздоровление уже в течение первых суток лечения (наблюдения) в данном отделении и были выписаны домой с рекомендациями. Чаще всего это касалось больных терапевтического и неврологического профиля (обострение патологии панкреатобилиарной зоны и гипертензивные кризы,

а также отдельная категория граждан доставленных в состоянии алкогольного опьянения и др. Вполне понятно, что при отсутствии в urgentной клинике такого отделения краткосрочного пребывания все эти пациенты сразу были бы госпитализированы в специализированные отделения, что, как показал наш ретроспективный анализ, оказывается излишне и неоправданно ни с медицинской ни с финансово-экономической стороны.

Пархомчук Д.С., Ульянов Т.А.

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», лаборатория психофизиологического обеспечения

УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ НЕЗАВЕРШЕННОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

В статье представлены результаты изучения эмоционального выгорания (ЭВ) у 287 медработников скорой помощи (СМП) в условиях незавершенного вооруженного конфликта в ЛНР. Нами были отобраны 216 (75,3%) фельдшеров и 71 (24,7%) врач (средний возраст $39 \pm 14,1$ лет), работающие в составе общепрофильных (264) и специализированных (23) выездных бригад. Стаж работы составлял от 1 года до 42 лет (в среднем $20 \pm 7,6$ лет). Показательно, что 65% работали как в активную фазу вооруженного конфликта на Донбассе (весна 2014 – весна 2015), так продолжают работать и сегодня, в условиях незавершенного вооруженного конфликта. Мужчин было 27,5% чел, женщин – 72,5%. Для диагностики ЭВ применена методика «Диагностика профессионального «выгорания» (в адаптации Н.Е. Водопьяновой) для измерения степени «выгорания» в профессиях «человек – человек».

Среди респондентов состояние ЭВ выявлено в 171 случае (59,6%). Так, высокие показатели по всем 3 шкалам имели место у 33 медработников (11,5%), по 2 шкалам – у 58 (20,1%) и по одной из шкал теста – у 80 (27,8%) человек. Общие показатели тестирования оказались таковыми: эмоциональное истощение – 19,9; деперсонализация – 7,71; редукция личностных достижений – 32,01. Индивидуальный анализ показал, что для эмоциональной сферы наших респондентов с ЭВ была характерна склонность к утрате чувства юмора, постоянное переживание чувства неудачи, вины, а также самообвинения. При этом они часто раздражались, демонстрируя нередко чувство обиды, горечи и гнева; половина из них были равнодушными к происходящему, при этом жалуясь на бессилие. Многие из них указывали на ощущение «придинок» со стороны окружающих. У трети респондентов отмечались тенденции тревожного и депрессивного расстройств. Для медработников СМП и медицины катастроф с выраженными признаками ЭВ была характерна некоторая ригидность мышления, иногда подозрительность и определенная недоверчивость; в редких случаях – циничное отношение к окружающим. Ряд респондентов демонстрировал менталитет жертвы и озабоченность собственными потребностями и личным выживанием. Треть из числа обследованных с наличием ЭВ отличались утратой творческих подходов к решению проблем (когда человек работает усерднее и дольше, а достижения становятся меньше), у 15% имело место стремление к уединению и избеганию коллег, у других 9% отмечалась утрата способности удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья. Обследованные медработники с ЭВ отмечали увеличение потребления психоактивных веществ, включая кофеин и никотин. Сексуальные проблемы имели место в 2% случаев.

Мы полагаем, что риск развития ЭВ у врачей (фельдшеров) во многом определяется личностными характеристиками людей. Так, в стадиях сформированности синдрома ЭВ и с высокими показателями по одной или двум шкалам МВИ у наблюдаемых медработников значимо больше по сравнению с другими были выражены такие личностные тенденции как «интроверсия», «сензитивность» и «эмоциональная лабильность» ($P < 0,05$). А структура совладающего поведения скоромощников в состоянии профессионального стресса характеризовалась дисгармоничностью и использованием неконструктивных способов совладания со стрессом (например, конфронтация и избегание проблемы).

Установлено, что из-за повышенной усталости и эмоционального истощения в своей профессиональной деятельности наши респонденты были склонны проявлять снижение внимания и физиче-

ской выносливости, что повышало риск упускать важные диагностические критерии патологических состояний, а из-за безразличия, цинизма и вербальной агрессии у них нарушалось эффективное взаимодействие, снижение доверия и рост напряженности с пациентами, что не может не влиять на процесс выздоровления пациентов. Таким образом, имеет смысл говорить о коррекционных программах для работников службы скорой помощи и медицины катастроф.

Первак М.Б., Герасименко В.В

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

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СПУСТЯ 3-6 МЕСЯЦЕВ.

Цель: оценить состояние легочной ткани методом мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) при динамическом наблюдении пациентов, перенесших COVID-19, в остром периоде и спустя 3-6 месяцев после первичного МСКТ - исследования.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов у 46 пациентов с положительным ПЦР-тестом. Всем больным была выполнена МСКТ органов грудной полости (ОГП) в острый период заболевания и через 3-6 месяцев. Сканирования выполнялись на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64, с толщиной среза 1 мм, в положении пациентов лежа на спине, при задержке дыхания. В динамике у 39 пациентов отмечалось полное клиническое излечение от проявлений вирусной инфекции, у 7 пациентов сохранялась слабость, одышка при физической нагрузке и аносмия.

Результаты. В острый период заболевания у обследованных пациентов изменения в лёгких на МСКТ были представлены многочисленными, преимущественно субплеврально расположенными, переменными по протяженности и плотности, участками уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», участками консолидации, ретикулярными изменениями с утолщением и деформацией междолькового интерстиция. У 41 пациента (89,1%) визуализировались участки по типу «матового стекла», расположенные полисегментарно билатерально, у 5 пациентов (10,9%) определялось одностороннее поражение. В 17 случаях (37,0%) отмечалось периферическое распределение участков инфильтрации, у 29 пациентов (63,0%) - смешанное распределение, как в периферических, так и в центральных отделах легких. Структура уплотненной легочной ткани в 38 случаях (82,6%) была представлена участками «матового стекла» различной плотности, вокруг которых визуализировались сосудистые веточки, в 8 случаях (17,4%), помимо «матового стекла», определялись участки консолидации, в структуре некоторых прослеживались неизменные просветы бронхов. Полученные результаты первичной МСКТ у 46 пациентов были распределены на 4 группы, соответственно объему вовлечения легочной паренхимы, по которой: КТ1 - распространенность поражения менее 25% объема легких, КТ2 - 25-50% объема легких, КТ3 - 50-75% объема легких, КТ4 - поражение более 75% объема легких. По результатам проведенных исследований, у 34 больных (73,9%) была установлена степень КТ1, у 9 (19,6%) - КТ2, у 3 (6,5%) - КТ3, степень поражения КТ4 не определялась.

При динамическом сканировании через 3-6 месяцев у 27 (58,7%) пациентов, из которых 22 со степенью поражения КТ1 и 5 с КТ2, определялось полное восстановление пневматизации легочной ткани на всем протяжении легочных полей, при этом у 2 обследуемых сохранялась одышка при физической нагрузке, которую пациенты не отмечали до начала заболевания. У 6 (13,0%) пациентов, из которых 4 с КТ2 и 2 с КТ1, определялись единичные субплевральные участки уплотнения по типу «матового стекла» средней интенсивности, у одного из них сохранялась аносмия и одышка. В 7 (15,2%) случаях, из них 2 пациента с КТ3, 1 с КТ2 и 4 с КТ1, при контрольном МСКТ визуализировались полосовидные курвилинеарные тяжи различной протяженности, лоцирующиеся вдоль плевры на расстоянии 5-7мм, толщиной 1-3мм, в 8 случаях (17,4%) - у всех пациентов с КТ3 и у 5 с КТ2 - определялись субплеврально расположенные фиброзные тяжи с неровными контурами, подтягивающие и деформирующие плевру, при этом оказалось, что такие изменения имеют место у обследуемых с участками консолидации при первичной МСКТ. У 15 обследуемых (32,6%), из которых 6 с КТ1 и 9 с КТ2, определялись

ретикулярные изменения в виде утолщения и деформации междолькового интерстиция, с наличием в задне-базальных отделах легких сетчатых участков уплотнения легочной ткани.

Выводы. МСКТ при новой коронавирусной инфекции важна как для оценки объема поражения легочной ткани, так и для мониторинга изменений в легких, определения и оценки остаточных явлений. В динамике у пациентов со средним (КТ2) и значительным (КТ3) объемом вовлечения, и в группе пациентов с проявлением инфильтрации в виде консолидации, отмечались более выраженные поствоспалительные изменения паренхимы легких.

Перенесенко А.О., Ахундова С.А.

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

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ.

В связи с тем, что подготовка будущих врачей начинается с изучения базовых дисциплин, учебная программа располагает требованиями о компетентности. Наиболее известным российским определением «компетенции» является формулировка: «Компетенция - способность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в определенной области». Для текущей работы преподавателей и студентов перечень компетенций в ФГОС ВПО можно рассматривать как комплексную профессиональную модель, соответствие которой является основной целью высшего образования. Во время обучения студентов педиатрического профиля на кафедре гистологии, акцентируется внимание на возрастных особенностях строения тканей и органов с периода новорожденности до половозрелого возраста. Базовым для изучения студентов педиатрического профиля является дисциплина «Гистология, цитология и эмбриология», а профильным вариативным курсом – «Эмбриогенез и возрастная гистофизиология внутренних органов». В реализации данных программ будущие педиатры должны освоить общепрофессиональные компетенции (ОПК) – 5 (способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок), - 7 (готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий, и методов при решении профессиональных задач), - 9 (способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач) на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии.

В реализации данных ОПК при прохождении курсов предполагается, что студенты под контролем преподавателя изучают теоретический материал, с возможностью и необходимостью коррекции собственных ошибок при разборе материала (ОПК-5). При изучении эмбриологии человека студенты поэтапно разбирают периоды эмбриогенеза (оплодотворение, дробление, имплантация, гаструляция, гисто- и органогенез). Особенности морфогенеза тканей и органов в эмбриональном и постэмбриональном раннем периоде является профильным знанием для студентов педиатрического профиля, поскольку на данных знаниях базируется понимание врожденных аномалий и пороков развития. По сути врач любой специальности может столкнуться с пациентами, имеющими указанные процессы. Однако, именно педиатры являются первичным звеном распознавания стигм нарушения развития у новорожденных и детей в раннем возрасте. Поэтому на практических занятиях, после изучения гистологической картины в условиях нормы, преподаватель моделирует клиническую ситуацию, которая резко контрастирует с рассмотренным ранее материалом «нормы» (ОПК-7). Примером может служить нарушение развития нервной трубки, которые приводят к грубым аномалиям центральной нервной системы. Кроме того, студентам предлагается самостоятельно создать клиническую ситуацию с различными схемами нарушения эмбриогенеза для наглядности формирования возможных патологических процессов у детей (ОПК-9). Проводится логическая параллель, что в таком случае плод может быть не жизнеспособен, либо иметь значительное ограничение качества жизни и нуждаться в своевременном лечении. Таким образом, студенты имеют наглядное взаимодействие теоретического и практического компонента гистологии в тесной взаимосвязи с клиническими ситуациями. Знания интегрируются на всех уровнях и являются основой изучения предметов последующих курсов.

Пивоваров Р.А.², Седakov И.Е.^{1,2}, Семикоз Н.Г.^{1,2}, Бондарь А.В.^{1,2}

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря, г. Донецк

МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В РОЦ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ

Актуальность: Заболевания печени занимают одно из первых мест в онкологии в структуре смертности.

Цель работы: Оценить эффективность масляной химиоэмболизации печеночной артерии (МХЭПА) при первичном и метастатическом раке печени.

Материалы и методы: С января 2016 г по декабрь 2018 г МХЭПА применена у 46 пациентов в возрасте от 24 до 72 лет. Из них 16(35%) мужчин и 30(65%) женщин. У 11(24%) установлен первичный рак печени, у остальных 35(76%) пациентов установлено метастатическое поражение печени. По локализации первичного процесса, пациенты распределены: в 17(36%) КРР, рак молочной железы – в 7(15%), опухоли панкреатодуоденальной зоны - в 6(2%), рак матки в 2(6%), карциноид в 2(6%), рак желудка в 1(3%) случаях. Во всех 46 случаях, диагноз был подтвержден гистологически. Всем пациентам выполнялась селективная ангиография трансфеморальным доступом по стандартной методике. Затем проводились селективная катетеризация питающих сосудов и их химиоэмболизация суспензией Lipiodol + химиопрепарат. Всего выполнено 161 вмешательство. Каждому пациенту проведено от 2 до 6 МХЭПА.

Результаты: Результаты проведенного лечения оценивали спустя 1, 6 и 12 месяцев после последней МХЭПА в соответствии с критериями RECIST. У всех больных первичным раком печени противоопухолевый эффект МХЭПА оказался частичным по истечении 4 недель. 1 пациент умер через 14 дней после 1 курса МХЭПА. В дальнейшем им проведены дополнительные курсы МХЭПА (3-4 всего). Непосредственная эффективность лечения у 35 (76%) больных с метастатическим поражением: 1 мес.: полный ответ в 2(6%), частичный ответ в 16 (46%), стабилизация в 12(34%), прогрессирование в 5(14%) случаях. 6мес.: полный ответ в 2(6%), частичный ответ в 14(40 %), стабилизация в 10(28%), прогрессирование в 7 (20%) случаях; летальные исходы 2(6%). 12 мес.: полный ответ в 2(6%), частичный ответ в 10(28%), стабилизация в 10(28%), прогрессия в 9(26%) случаях; летальных исходов 4(11%).

Выводы: Методика МХЭПА относительно безопасна, хорошо переносится пациентами, по полученным нами данным, имеет высокую клиническую эффективность и может быть использована как компонент комплексного лечения, а также самостоятельно.

Пилюгин Г.Г.

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

ПРОФИЛАКТИКА СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Актуальность темы: Сепсис относится к наиболее тяжелым осложнениям как деструктивного панкреатита (ДП), так и сахарного диабета (СД). За последние годы общее число больных с сепсисом увеличилось в 10 раз. Летальность при сепсисе остается чрезмерно высокой (от 35 до 60%), а при панкреатогенном сепсисе - 83%. Панкреонекроз считается одной из основных причин сепсиса в абдоминальной хирургии. Современное лечение ДП в сочетании с сахарным диабетом и сепсисом является сложной проблемой. Согласно современной концепции в основе патогенеза сепсиса и деструктивного панкреатита лежит синдром системного воспалительного ответа (ССВО), это приводит к быстрой декомпенсации СД, что меняет асептический характер панкреонекроза в инфицированный.

Цель настоящей работы - определить возможные направления в профилактике развития сепсиса, что поможет улучшить результаты лечения больных при сочетании деструктивного панкреатита и сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 76 больных в возрасте от 55 до 80 лет с деструктивным панкреатитом на фоне сахарного диабета, у которых септическое состояние подтверждено бактериологическими исследованиями. Сопутствующая патология отмечена у 56% случаев (гипертоническая болезнь, ожирение, эмфизема легких, ИБС). Все больные были распределены на 2 группы по возрасту, тяжести панкреонекроза и диабета, объему и виду оперативных вмешательств. Основную группу составили 28 больных, которым проводился стандартизированный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, а остальные больные составили контрольную группу, где кроме стандартного лечения использовались комбинированные методы озонотерапии, лазерного лечения, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция.

Результаты и обсуждения. Оценивая клинико-лабораторные показатели в исследуемых группах нами отмечено более быстрое купирование болевого синдрома в основной группе, чем в контрольной. Открытые оперативные вмешательства различной степени сложности были произведены у 65 больных основной и контрольной группы. Летальных исходов в контрольной группе составила 13,3% в основной 8%.

Выводы. 1. Деструктивный панкреатит в сочетании с сахарным диабетом быстро приводят к септическим состояниям и летальным исходам. 2. Основным звеном является ранняя диагностика и профилактика развития кетоацидоза, инфицированного панкреонекроза и сепсиса. 3. Использование комбинированных методов озонотерапии, лазерного лечения в сочетании с внутривенным введением препаратов гидроксипропилированного крахмала, а так же дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция в комплексной программе лечения ДП и СД позволило существенно сократить средний койко-день, снизить частоту развития гнойно-септических осложнений и летальность.

**Победенная Г.П., Вагина Ю.И., Ярцева С.В., Ищенко О.И., Кострюкова Л.Н.,
Кобыляцкая Т.Н. Победенная Г.П., Вагина Ю.И., Ярцева С.В., Ищенко О.И.,
Кострюкова Л.Н., Кобыляцкая Т.Н.**

ГУ ЛНР «ЛГМУ имени Святителя Луки», ГУ «ЛГМБ№ 1» ЛНР, ГУ «ЛГМБ№ 4» ЛНР, ГУ «ЦЭНМП и МК» ЛНР, ГУ «ЛГП №12» ЛНР

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И COVID-19

Бронхиальная астма (БА) на сегодняшний день является одним из самых распространенных воспалительных заболеваний дыхательных путей. Обострения являются нежелательными спутниками течения БА, которые увеличивают объем терапии, ускоряют развитие осложнений и усугубляют прогноз. Респираторные вирусы являются нежелательными спутниками течения БА и частой причиной обострений заболевания. Коронавирусы по разным данным, выявляются, в среднем, у 10% детей и более чем у 20% взрослых, поступивших в стационар с обострениями БА. Лица с заболеваниями органов дыхания, и в частности, с БА могут быть в зоне риска тяжелого течения COVID-19. В эпид. сезон COVID-19 дифференциальная диагностика обострения БА и новой коронавирусной инфекции достаточно трудна, особенно если последняя протекает на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела. На присоединение новой коронавирусной инфекции настораживают: появление новых симптомов, связанных с вирусной инфекцией: слабость; повышенная температура; длительный надсадный сухой кашель; нарастающая одышка, некупируемая на фоне начала адекватной терапии обострения с использованием короткодействующих ингаляторов в соответствии с рекомендациями по купированию обострения. Эти симптомы у больного с БА в эпид. сезон - стимул к исследованию крови на антитела и мазкам из глотки на РНК вируса методом полимеразная цепная реакция (ПЦР) Коморбидность БА с ожирением повышает негативное воздействие каждого из факторов более чем вдвое: из-за увеличения активности системного воспаления за счет жировой ткани и нарушения механики дыхания. При таких условиях следует ожидать тяжелого течения и неблагоприятных исходов

COVID-19, однако, осторожные выводы доступной литературы (Фассахов Р.С и др., 2020, Белевский А.С. и др., 2020) и собственный опыт свидетельствуют, что у наблюдаемых больных БА объем поражения легочной ткани по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки в соответствии с временными методическими рекомендациями, не превышал КТ-2. Важным компонентом благополучного исхода при новой коронавирусной инфекции у больных БА была адекватная базисная терапия БА, способствовавшая достижению контроля заболевания.

По мнению исследователей, наиболее вероятным объяснением неожиданного факта, что астма и другие аллергические болезни не могут выступить фактором риска для развития тяжелого COVID-19, является снижение экспрессии гена ACE2 в клетках дыхательных путей и, следовательно, снижение восприимчивости к инфекции. Кроме того, в исследованиях *in vitro* было выявлено, что комбинация ИГКС и ДДБА эффективно подавляет индуцированную вирусами выработку провоспалительных цитокинов и хемокинов клетками воспаления. Однако, мужской пол, афроамериканская этническая принадлежность и наличие сахарного диабета в анамнезе связаны с повышенной экспрессией мРНК ACE2 и TSMRSS2 в индуцированной мокроте, что и может определять негативные исходы заболевания у данной категории больных. Противовоспалительный эффект ИГКС был учтен при лечении COVID-19 пневмоний в 12 версии «Временных методических рекомендаций...» с рекомендацией амбулаторного применения будесонида в дозе 800 мкг 2 раза в день. Поэтому именно больных БА с одним или несколькими из указанных факторов следует особенно контролировать для предупреждения тяжелого течения COVID-19.

Таким образом, тщательное наблюдение за больными, современные методы исследования пациентов с COVID-19, анализ исходов при заболевании помогут более полно установить патогенез и найти лечебные подходы к новой инфекции.

Победенная Г.П., Ланг Е.В., Скиба А.А., Штыка Е.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет»,
 ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница», г. Луганск
 ГУ «Луганская детская многопрофильная больница» ЛНР

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛИМИНАЦИОННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА АКВАЛОР

Сезонный и круглогодичный аллергические риниты по данным разных авторов, встречаются в популяции от 20% до 40 % и значительно ухудшают качество жизни больного из-за ежедневных симптомов, приводя к нетрудоспособности у взрослых и значительному количеству пропусков школы у детей. Эффективная терапия призвана снизить количество симптомов, уменьшить количество дней нетрудоспособности, предотвратить трансформацию аллергических ринитов в бронхиальную астму, улучшить качество жизни больных.

Цель работы - изучить эффективность препарата с содержанием соленой морской воды в терапии аллергических ринитов.

Материал и методы исследования. Исследование проведено с включением 58 больных аллергическими ринитами в фазе обострения, в т.ч. 36 взрослых с сезонным аллергическим ринитом (САР) и круглогодичным аллергическим ринитом (КАР) и 22 детей в возрасте от 5 до 15 лет, которые вместе составили основную группу. В группу сравнения вошли 24 взрослых больных САР и КАР и 16 детей от 5 до 15 лет, которые по различным причинам (материальные, индивидуальные) не могли получать терапию указанной комбинацией. Все пациенты до начала наблюдения использовали деконгестанты короткого и длительного действия и антигистаминные препараты, чаще всего – цетиризин, дезлоратадин, топические глюкокортикостероиды. Больным основной группы дополнительно назначался препарат АКВАЛОР софт для элиминационной терапии перед употреблением симптоматических и патогенетических средств. Симптомы ринореи, заложенности носа, чихания и общие (слабость, разбитость) оценивали по пятибалльной шкале, где 0 баллов – отсутствие симптомов, 5 баллов – резко

выраженная симптоматика. За динамикой следили по дневнику самонаблюдения пациентов, для детей – их родителей.

Результаты и их обсуждение. У всех взрослых пациентов групп основной и сравнения и детей в возрасте в начале наблюдения заложенность носа оценивалась в $3,7 \pm 0,7$ баллов, ринорея – в $2,4 \pm 0,4$ балла, чихание – $3,2 \pm 0,5$ баллов, общая симптоматика – в $4,1 \pm 0,6$ балла. У всех пациентов детской группы при осмотре отмечались мацерация крыльев носа, у 3-х – ротовое дыхание, «аллергический салют». В основной группе симптомы заложенности носа, ринореи и чихания уменьшили свою выраженность, начиная с третьего дня терапии, полностью исчезли у 30 пациентов. У остальных 6 пациентов симптомы уменьшили свою выраженность соответственно – чихание – до $1,2 \pm 0,3$ балла, ринорея – до $0,9 \pm 0,3$ балла, заложенность – до $1,8 \pm 0,6$ баллов, общие симптомы – до $3,0 \pm 0,4$ баллов. Необходимость в деконгестантах и антигистаминных препаратах в основной группе исчезла на 4-6 день терапии. Указанная комбинация применялась пациентами с САР на весь период цветения виновных растений, а у пациентов с КАР – в течение месяца с последующим переходом на монотерапию беклометазоном. Отсутствие полного эффекта терапии у 6 пациентов с аллергическим ринитом было связано с сопутствующим полипозом носа. У пациентов группы сравнения эффект терапии был менее выражен: заложенность носа корректировалась деконгестантами и составляла $2,9 \pm 0,7$ баллов, чихание – $2,3 \pm 0,4$ баллов, ринорея – $1,6 \pm 0,3$ баллов, общие симптомы – $2,8 \pm 0,5$ баллов, при этом улучшение симптоматики происходило на 7-8 день.

Выводы. Терапия сезонного и круглогодичного ринитов с применением топических кортикостероидов и монтелукаста является эффективной, устраняя симптоматику болезни, уменьшая ее при сопутствующем полипозе носа, улучшает качество жизни больных.

Победенный А.А., Лецинский П.Т.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки», Луганск, ЛНР

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Состояние здоровья женщины определяет исход беременности и родов. Ожирение, значительно распространенное в настоящее время во всем мире, у беременных, является отягощающим фактором, ухудшающим течение беременности, исход родов и здоровье будущего ребенка. У беременных с ожирением часто встречаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Одной из составляющих, негативно влияющих на состояние сердечно-сосудистой системы, являются микроциркуляторные нарушения.

Цель работы – оценить состояние системы микроциркуляции и факторов, ее определяющих, у беременных с ожирением.

Материал и методы. Под наблюдением находились 63 беременных во втором триместре беременности. Средний возраст пациенток составил $26,4 \pm 3,2$ года. У 32 наблюдалось прегравидарное ожирение I-II степени (основная группа), у 31 женщины отмечена нормальная масса тела. Оценивали количество и морфологические параметры эритроцитов и тромбоцитов крови, спонтанную и АДФ-индуцированную агрегационную способность тромбоцитов (АСТр) и конъюнктивальные индексы (КИ). Контрольную группу составили 23 практически здоровые небеременные женщины в том же возрастном диапазоне.

Результаты. У пациенток основной группы выявлено, что средний корпускулярный объем эритроцитов (MCV) был на 8,2% выше, чем в группе сравнения. Количество тромбоцитов у беременных в основной группе существенно не отличалось от такового в группе сравнения, однако, ширина распределения тромбоцитов по объему PDW и P-LCR – отношение количества крупных тромбоцитов к общему количеству тромбоцитов (коэффициент больших тромбоцитов) у пациенток основной группы были, соответственно, в 1,2 и 1,3 раза ($p < 0,05$) больше, чем в группе сравнения.

Среди показателей спонтанной агрегационной способности тромбоцитов у беременных основной группы отмечено увеличение времени максимальной агрегации по кривой среднего радиуса (CРt) в 1,2 раза ($p < 0,05$) и показателя спонтанной агрегации СПсп в 1,3 раза, однако, все показатели АДФ-

индуцированной агрегации в основной группе выявлялись повышенными, наиболее значимо – СПсп – в 1,4 раза, СРt – в 1,2 раза, однако, средний радиус дезагрегации СРДА выявлялся сниженным в 1,3 раза ($p < 0,05$) по сравнению с таковым у пациенток группы сравнения.

У беременных группы сравнения показатели спонтанной агрегационной способности тромбоцитов незначительно отличались от таковых в контрольной группе, хотя и была отмечена тенденцию к их повышению по сравнению аналогичными в контрольной группе.

При исследовании КИ у пациенток основной группы было отмечено увеличение КИ2, отражающего внутрисосудистые изменения в микроциркуляторном русле в 1,2 раза по сравнению с группой сравнения и некоторое увеличение КИ3 (периваскулярные изменения).

Таким образом, у беременных пациенток с ожирением отмечено увеличение MCV, размера и количества крупных тромбоцитов в общем пуле тромбоцитарной массы, увеличение показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации с нарастанием КИ2, что может свидетельствовать о predispositions агрегационных нарушений в микроциркуляторном русле и необходимости их коррекции.

Поважная Е.С. Зубенко И.В., Терещенко В. Т.

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

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ НА ЦИКЛЕ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Знание современных методов восстановительной медицины, глубинное понимание их механизмов позволит широко использовать возможности медицинской реабилитации врачам различных специальностей. Это особенно актуально с учетом кадрового дефицита реабилитологов, когда врачам общей практики и узким специалистам необходимо будет самостоятельно назначать факторы немедикаментозного лечения, грамотно выбирать и сочетать средства, формы и методы лечебной физкультуры и физиотерапии. Кроме того, они должны уметь проводить и интерпретировать результаты функциональных проб для оценки состояния кардиореспираторной системы, вегетативной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, оценивать физическую работоспособность потенциальных физкультурников и больных для определения исходного уровня тренированности и класса здоровья.

Сегодняшний учебный процесс позволяет использовать самые разнообразные педагогические методы, формы и средства для улучшения качества и результатов обучения: онлайн-вебинары, интерактивные технологии и методы, мультимедийные учебные материалы, блочно-модульные занятия и многое другое. Приоритетным, на наш взгляд, остается активное участие студента в процессе получения, усвоения, анализа, обобщения новой информации, практического использования новых навыков и умений. Перспективным остается активное участие студентов в студенческом научном обществе (СНО), студенческих олимпиадах, позволяющих более углубленно изучать предмет, участвовать в научно-практических конференциях молодых ученых, расширяя пространство для творчества.

Целью исследования было сравнение качества знаний студентов 4 курса лечебных факультетов, обучающихся физиотерапии и кинезиотерапии на кафедре медицинской реабилитации (МР) и ЛФК ГОО ВПО ДОННМУ в традиционном цикле «Медицинская реабилитация» (72 учебных часа) и, принимающих активное участие в СНО и олимпиаде по МР кафедры, научно-практических конференциях молодых ученых по темам дисциплин кафедры.

В исследование включили 33 студента 4 курса, лечебных факультетов: 15 человек основной группы (ОГ) составили лица, дополнительно участвующие в СНО и студенческой олимпиаде по МР, группу сравнения (СГ) составили 18 человек, прошедших обучение 8-дневном цикле на кафедре. Проведен сравнительный контроль знаний с помощью интерактивных методов (анкетирование, тестирование, кейс-метод, творческие задания – подготовка и защита докладов и презентаций по МР при типовых патологических процессах). Успеваемость студентов ОГ составила 100.0%, качество знаний 100.0%, обученность 85.6 %, средний балл 4.6. СГ соответственно: 100.00%, 61.11 %, 57.11 %, 3.72. Сравнительный анализ показал более высокий уровень подготовки (глубокие знания, в том числе общетеоретические, практические компетенции) у студентов, дополнительно изучавших восстановительную

медицину на кафедре МР и ЛФК. Среди мотивационных причин большинство студентов указали: комфортный психологический климат во время занятий СНО, создание творческого процесса, доброжелательной атмосферы, возможности широкой самореализации, позволяющих студентам ощущать себя принятыми, вовлеченными в учебный процесс, максимально раскрываться и проявлять свои способности и таланты. Благодаря этому увеличивается число качественных, интересных работ, а также стимулируется выбор медицинской реабилитации, как специализации будущего врача.

Таким образом, проведенное исследование выявило необходимость более широкого привлечения студентов для участия в научных обществах, семинарах, конференциях, студенческих олимпиадах, сотрудничеству с периодическими научными изданиями, что создает условия для углубленного изучения МР, стимулирует желание заниматься научной деятельностью во время обучения и в будущем.

Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В., Томачинская Л.П., Баркалов С.В.

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

СУХАЯ И ВЛАЖНАЯ ИНГАЛЯЦИЯ СОЛИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Высокая распространенность хронического бронхита заставляет разрабатывать новые более эффективные подходы к лечению и поэтапной реабилитации. Внедряются новые методики лечения или новые схемы реабилитации с использованием всем известных методов. Однако выбор физиотерапевтических факторов без учета исходного состояния больного приводит к низкой эффективности реабилитации. Так, часто в комплексное лечение хронического бронхита включается сухие (галотерапия) или влажные ингаляции соли. Важно разработать критерии отбора больных на эти процедуры, что существенно повысит их эффективность.

Сухой аэрозоль соли благодаря особым физическим свойствам, снижает вязкость бронхиального секрета, активирует местную иммунную и метаболическую защиту, оказывает антимикробное действие, облегчает выделение мокроты. Улучшение дренажной функции и уменьшение воспаления дыхательных путей способствуют снижению гиперреактивности и уменьшению бронхоспастического компонента обструкции. Влажный аэрозоль очищает дыхательные пути от мокроты, излишней слизи, пыли и аллергенов; увлажняет носоглотку, гортань. Что касается концентрации вещества соли - при сухом аэрозоле используется 5 мг/см³, за одну процедуру пациент получает 3 мг соли; при влажном – 5 мл 0,9% раствора NaCl, за одну процедуру – 45 мг соли. В связи с тем, что концентрация NaCl при влажной ингаляции выше, чем при сухой, то в данном случае раздражение слизистых путей у пациентов наблюдается чаще и даже отмечается усиление отека слизистой. В связи с этим назначение влажной ингаляции соли необходимо проводить у пациентов с хроническим бронхитом без выраженного отека.

Особенности воспаления бронхов зависят от реактивности организма. При гиперреактивности формируется гиперэргическое воспаление с высокой скоростью катаболических процессов за счет гиперкатехоламинемии, и активации ПОЛ. Развивается гипосекреторное воспаление. При гипореактивности организма, напротив, высокий уровень стресс-лимитирующих анаболических гормонов, низкая активность ПОЛ, отек и гиперчувствительность иммунных клеток подавляет воспалительную реакцию. Тем самым у пациентов с гипореактивностью в большом проценте случаев диагностируются гиперсекреторные формы заболевания. Изучение реактивности в данном исследовании проводили по уровню кортизола в крови пациентов до реабилитации. Уровень кортизола выше 490 нмоль/л рассматривали как гиперреактивность, ниже 100 нмоль/л – как гипореактивность.

Пациентам с гиперреактивностью назначали влажные ингаляции соли (5 мл 0,9% раствора на 1 ингаляцию, 10 процедур, проводимых ежедневно). При гипореактивности использовали сухой аэрозоль или галотерапию (распыляли сухую соль 5мг/см³ и включали световую солевую лампу). Проведенные процедуры значительно улучшали самочувствие пациентов, уменьшался кашель, одышка, легче отделялась мокрота.

Таким образом, эффективность солевой аэрозольтерапии определяется правильным подбором методики лечения (влажная или сухая) в зависимости от исходного состояния пациентов, в частности реактивности. При гиперреактивности необходимо назначать влажную ингаляцию соли, при гипореактивности – сухую. Уровень кортизола в крови может являться критерием отбора больных для данной процедуры.

Понкратов В.И., Мещерина Н.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Курск, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛЕФЛУНОМИДОМ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ревматоидный артрит (РА) относится к числу наиболее распространенных и тяжелых хронических аутоиммунных заболеваний, который сопровождается доказанным высоким риском преждевременной смертности, в структуре которой лидирующие позиции занимают сердечно-сосудистые осложнения. Основным морфологическим проявлением кардиоваскулярной патологии у больных РА является акселерация атеросклероза, индуцированного хроническим воспалением, с формированием типичных субклинических проявлений – эндотелиальной дисфункции и увеличения артериальной ригидности на фоне уменьшения эластичности сосудистой стенки. В связи с этим представляется актуальным изучение возможного влияния базисной противовоспалительной терапии РА (в частности, лефлуномидом), на показатели жесткости сосудистой стенки при данной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с РА, верифицированным в соответствии с классификационными критериями ACR/EULAR 2010 г., без сопутствующей кардиоваскулярной патологии, из них 48 женщин и 14 мужчин (средний возраст больных – 41,8 лет, средняя длительность болезни – 20,6 месяца) со средней и высокой активностью заболевания (по индексу DAS28) на протяжении более 3 месяцев, и неэффективностью предшествующей терапии метотрексатом (либо наличии противопоказаний к его применению). Визуализацию общих сонных артерий (ОСА) выполняли при помощи метода дуплексного сканирования на ультразвуковом комплексе Acuson X/10. Измерение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА осуществлялось в В-режиме по стандартному протоколу. Для оценки структурно-функциональных свойств ОСА определялся индекс жесткости, характеризующий локальную ригидность сосудистого русла. Исследование региональной артериальной ригидности включало оценку контурного анализа пульсовой волны (КАПВ), зарегистрированной методом фотоплетизмографии на аппарате «АнгиоСкан-01» с определением индекса аугментации, индекса жесткости и индекса отражения. Для оценки клинической эффективности терапии использовали критерии EULAR, основанные на динамике индекса DAS28. Оценка структурно-функциональных параметров артериального русла у больных РА проводили дважды: до лечения и после 12 месяцев терапии лефлуномидом в дозе 100 мг/сут в первые 3 дня, затем постоянно 20 мг/сут. Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA Base for Windows версия 6.0 (StatSoft).

Результаты. На фоне применения лефлуномида было установлено значимое снижение DAS28, начиная с 4-й недели лечения, к концу наблюдения клиническое улучшение определено у 60% больных (n=32), ремиссия достигнута у 33% пациентов с РА (n=17).

Определение структурно-функциональных показателей ОСА после лечения лефлуномидом показало, что у больных РА имело место снижение доли пациентов, с толщиной КИМ ОСА, превышавшей значение 75-й перцентили и высокий сердечно-сосудистый риск сохранялся у 13 (25%) больных vs 36 (70%) пациентов до лечения. Также на фоне терапии отмечено уменьшение значений толщины КИМ ОСА в среднем на 27% ($p<0,01$), при этом индекс жесткости ОСА в среднем снизился на 22% ($p<0,05$). Установлено, что после терапии лефлуномидом у больных РА индекс аугментации снизился в среднем в 2,6 раза ($p=0,001$) и приобретал отрицательные значения, также достигнуто уменьшение до контрольных значений индекса жесткости (с 8,1 [7,4;9,1] до 7,4 [6,2;7,6], $p=0,001$) и индекса от-

ражения (с 45,7 [39,5;54,3] до 30,5 [27,1;34,5], $p=0,008$), что подтверждает нормализацию кровотока в крупных резистивных сосудах с устранением спазма в мелких мышечных артериях.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что наряду с противовоспалительной активностью, на фоне применения лефлуномида у больных РА без сопутствующей кардиоваскулярной патологии достигается коррекция параметров структурно-функциональных свойств артериального русла, что потенциально связано с уменьшением сердечно-сосудистого риска у данной категории больных.

Попандопуло А.Г., Солопов М.В., Турчин В.В., Буше В.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Высокий уровень смертности от сердечных заболеваний и невозможность устранения потери сократительного миокарда при хирургическом вмешательстве стимулирует разработку новых подходов лечения. Клеточная терапия с использованием стволовых клеток (СК) способна изменить традиционное лечение за счёт стимуляции регенерации миокарда.

За последние 20 лет клинических исследований выделились три поколения клеток для кардиотерапии. Успешные результаты доклинических исследований инициировали множество клинических испытаний постнатальных СК и прогениторных клеток I поколения. Результаты показали малый эффект или его отсутствие из-за недочётов в планировании и неполном понимании механизмов действия клеток. В крупнейшем клиническом исследовании терапии тяжёлой ишемической болезни сердца скелетными миобластами MAGIC (NCT00102128) не удалось достичь улучшения функции левого желудочка через 6-месячный и 6-летний период наблюдения. Мононуклеарные клетки костного мозга (МККМ) не продемонстрировали эффективности в лечении инфаркта миокарда, что подтверждается клиническими исследованиями TIME (NCT00684021), LateTIME (NCT00684060) и SWISS AMI (NCT00355186). Введение гемопоэтических СК и эндотелиальных прогениторных клеток способствовало повышению фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), улучшению перфузии миокарда, но при долгосрочном наблюдении эти эффекты не сохранялись. Мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки (ММСК) – самый перспективный тип клеток среди представителей I поколения. Они секретируют широкий спектр проангиогенных и антиапоптотических факторов, которые стимулируют активацию эндогенных путей восстановления сердца. После введения ММСК у пациентов наблюдается уменьшение количества эпизодов желудочковой тахикардии, повышение ФВЛЖ, ограничение ремоделирования желудочков (NCT00877903, NCT01392625, NCT01087996).

Ко II поколению относятся прогениторные клетки сердца (ПКС), эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) и индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (ИПСК). Высвобождение нановезикул с регуляторными микроРНК из c-kit+ ПКС инициирует повторный вход взрослых кардиомиоцитов в клеточный цикл, что запускает регенерацию повреждённого миокарда. В клиническом исследовании SCIRIO (NCT00474461) у пациентов с кардиомиопатией через 4 месяца после введения c-kit+ ПКС ФВЛЖ выросла с 27,5% до 35,1%, а через год – до 41,2%; размер инфаркта уменьшился на 22,7% через 4 месяца и на 30,2% через год. Из ЭСК получают функциональные кардиомиоциты, но существуют проблемы, ограничивающие клиническое применение этих клеток: этические и законодательные нормы, малая степень изученности, случаи возникновения аритмий и опухолей, иммуногенность. В отношении ИПСК спектр проблем уже, однако были факты наблюдения геномной нестабильности в процессе репрограммирования. В клиническом исследовании ESCORT (NCT02057900) пациентам к эпикарду устанавливали фибриновый пластырь, засеянный кардиопротениторными клетками, полученными из ЭСК. В результатах сообщалось об увеличении ФВЛЖ на 10% и улучшении симптоматики; за 5 лет наблюдений аритмии и опухоли не обнаружены. Первое клиническое испытание ИПСК для лечения пациентов с кардиомиопатией стартовало в Японии (jRCT2053190081).

В клеточной терапии III поколения применяют комбинации нескольких типов клеток, синергетическое действие которых усиливает терапевтический эффект. В доклинических исследованиях проде-

монстрированы перспективные результаты, которые начали экстраполировать в клинические испытания. В исследовании CONCERT-HF (NCT02501811) оценивается эффект от совместного введения c-kit+ ПКС и ММСК.

Клеточная терапия сердца – развивающееся направление регенеративной медицины. Изучение механизмов действия клеток и патофизиологии заболеваний улучшают новые клинические испытания и приближают момент внедрения клеточной терапии в практику.

Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Василенко М.В.

ИНВХ и. В.К. Гусака, отдел неотложной сердечно-сосудистой хирургии, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк кафедра сердечно-сосудистой хирургии

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель исследования: на основе имеющегося клинического материала оценить преимущества и возможности гибридных операций при критической ишемии конечности у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы: проанализирован опыт 41 гибридной операции произведенных в Донецком сосудистом центре в 2016 –2020г. Прооперировано 24 мужчины и 17 женщина. Средний возраст пациентов 63,5 лет. У всех больных IV ст ишемии. (классификация А.В. Покровского). Всем больным в качестве обследования для решения вопроса об объёме оперативного вмешательства выполнено: УЗДГ, аортография.

Сопутствующие заболевания: выраженная сердечная недостаточность на фоне кардиосклероза СН2А – 2; атеросклеротический кардиосклероз СН1 – 33; Дисциркуляторная энцефалопатия – 1; тяжёлый декомпенсированный сахарный диабет – у всех больных; гипертоническая болезнь у всех пациентов.

Всем больным выполнено аутовенозное бедренно-подколенное шунтирования + рентгенэндоваскулярная пластика берцовых артерий.

Во время операции всем больным перед пережатием вводилось 5000 МЕ гепарина и ещё 5000 МЕ во время выполнения эндоваскулярного этапа. В послеоперационном периоде больным назначался гепарин 2500 МЕ п/к 6 р/с + клопидогрель 75 мг 2 суток, с 3 суток клопидогрель 75 мг + кардиомагнил 75 мг.

Осложнения: в 2 случаях: тромбоз БП шунта с последующим развитием острой ишемии и гангрены стопы. Выполнена ампутация в с/3 бедра.

Результаты: средний срок пребывания больного составил 14,5 койко дней. У 39 (92,8%) больных результаты хорошие, ишемия регрессировала, конечность сохранена. У 27 (64,2%) больных восстановлен магистральный кровоток до стопы. Ампутация выполнена двум больным (4,7%). 34 больных осмотрены через год после вмешательства. У 19 больных сохраняется пульсация на артериях стопы. У 2 больных, несмотря на окклюзию шунта, ишемия снизилась до 2Б ст. У 7 больных шунт работает, ишемия конечности I степени. 21 больной осмотрены через 2 года после вмешательства у 7 больных сохраняется пульсация на артериях стопы. У 14 больных наступила окклюзия шунта, однако ишемия не нарастает. 8 больных осмотрены через 3 года после вмешательства - у всех больных наступила окклюзия шунта, однако ишемия сохранилась на уровне ПА степени.

Обсуждение: ежегодно растёт количество больных сахарным диабетом, одним из проявления которого является диабетическая ангиопатия с поражением берцовых артерий. А при сочетании сахарного диабета и атеросклероза у больного имеет место многоуровневое поражение артерий конечности. Необоснованное расширение показаний к эндоваскулярным операциям приводит к ухудшению результатов лечения. Однако рациональный подход к выбору оперативного лечения в зависимости от уровня и протяженности поражения приводит к значительному улучшению непосредственных и отдалённых результатах реконструкции. В нашей клинике при многоуровневых поражениях мы выпол-

нием гибридные вмешательства. Внедрение методики гибридного вмешательства помогает расширить показания к оперативному лечению у больных с многоуровневым поражением артерий нижней конечности. Соответственно сужаются и противопоказания к вмешательству, что в свою очередь даёт возможность выполнить реконструкцию у больных на фоне тяжёлой кардиальной, легочной патологии. Для выполнения данных операций требуется слаженная работа сосудистых, рентгенэндоваскулярных хирургов и анестезиолога.

Выводы:

- гибридные операции являются качественной альтернативой многоэтажным реконструкциям у больных сахарным диабетом.
- они позволяют расширить операбельность больных и значительно снизить риск операции
- в сосудистом центре необходима гибридная операционная

Потапов А.А., Нижельская Е.Я.

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

ВЛИЯНИЕ СМАРТФОНОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ

Каждый представитель молодого поколения в настоящее время активно пользуется смартфоном или планшетом. Смартфоны стали необходимым инструментом для получения и передачи информации. Современные модели мобильных телефонов выполняют все функции компьютера, но, при этом, имеют малые размеры, что позволяет использовать их абсолютно в любых условиях, а не только дома или на рабочем месте. С одной стороны, это удобно и стильно. С другой стороны, мало кто задумывается о возможных последствиях для здоровья. Причина в компактных размерах и других технических особенностях, отличающих смартфоны от стационарных компьютеров.

Специфика конструкции смартфона позволяет обеспечить постоянный контакт с ним. При этом, даже у взрослых людей формируется зависимость.

Помимо длительного, в течение нескольких часов подряд использования данного устройства, многие наши современники практикуют ношение его в карманах, в том числе брюк, а также, размещение смартфона рядом с собой во время сна.

Возможные последствия от воздействия на здоровье данного источника электромагнитных излучений и полей недооцениваются, или вообще игнорируются, подавляющим большинством пользователей. Причина в размерах устройства, которое, по мнению даже специалистов с техническим образованием, из-за малой мощности не может представлять угрозы.

В этой связи уместно вспомнить, ставшую уже классической, информацию о том, что биологически активным может быть любое магнитное поле, даже незначительно отличающееся от естественного фона, причём, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения. Кроме того, к воздействию электромагнитных излучений и полей особенно чувствительны ткани, богатые водой. Портативные размеры смартфона обеспечивают удобство его длительного удержания вблизи туловища, особенно в нижней части, что широко практикует современная молодёжь. Общеизвестно, что продолжительное воздействие любого фактора на любой орган может быть чревато нарушениями функций различной степени выраженности.

Изображение на экране смартфона и на экране компьютера, с гигиенической точки зрения, имеет одинаковые неблагоприятные характеристики. Естественно, что меньший размер экрана увеличивает риски для зрительного анализатора. На основании информации о том, что некоторые виды зрительной патологии могут быть противопоказанием к естественным родам, можно сделать практически важный вывод о необходимости ориентировать женщин, планирующих зачатие, на строгое соблюдение режима использования смартфона.

Особенностью современных технологий получения изображения стало использование светодиодов. Результаты ряда исследований свидетельствуют о гормональных нарушениях при воздействии спектральных характеристик излучений, генерируемых данными техническими устройствами. В большей степени этим воздействиям подвержены молодые люди, поскольку у них ещё не завершено формирование морфо-функциональных систем.

Специфическое положение отдельных частей тела при удержании смартфона во время использования его для разговора, работы или игры формирует дополнительную нагрузку на позвоночник. При этом не только появляются боли, но и существенно возрастает риск патологии с локализацией в различных отделах позвоночника. Естественно, что в период беременности проблемы будут усугубляться из-за увеличения статической нагрузки на мышцы спины и поясницы.

Таким образом, можно констатировать, что смартфон, как объект повседневного использования, представляет разносторонние угрозы для репродуктивного здоровья молодежи.

Пошехонова Ю.В.

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

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Цель: изучить состояние исходного вегетативного тонуса (ИВТ) у детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы: Обследовано 88 детей с ФД (в соответствии с Римскими критериями IV, адаптированными для детского возраста) в возрасте от 5 до 15 лет: 64 ребенка (72,7 %) с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС) и 24 (27,3 %) ребенка с эпигастральным болевым синдромом (ЭБС). Контрольную группу составили 30 здоровых детей-сверстников. Всем детям проведено комплексное обследование: ФЭГДС, внутрижелудочная рН-метрия, уреазный тест, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, ЭхоКГ, ирригография (по показаниям), общепринятое лабораторное обследование. Оценка ИВТ в период «относительного покоя» проводилась на основании клинико-anamnestических данных при помощи таблицы А.М. Вейна и вычисления индекса Кердо.

Результаты и обсуждение. Проявления вегетативной дисфункции имели место у всех детей с ФД, и их среднее количество признаков/баллов достоверно превосходило показатели здоровых детей. Так среднее количество признаков симпатикотонии у больных ФД было $9,6 \pm 0,5$, а баллов – $27,1 \pm 1,5$, тогда как в контрольной группе данные значения составили соответственно $6,3 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$) и $17,1 \pm 0,9$ ($p \leq 0,05$). Среднее количество симптомов и баллов ваготонии у детей с ФД составило соответственно $10,2 \pm 0,6$ и $30,5 \pm 1,8$ при показателях здоровых детей – $4,8 \pm 0,2$ ($p \leq 0,02$) и $12,3 \pm 0,6$ ($p \leq 0,02$). Следовательно, у детей с ФД имело место повышение исходного тонуса как симпатического так и парасимпатического отделов ВНС, что согласуется с данными многих авторов о преобладании симпатикотонии и/или ваготонии у лиц с различными заболеваниями гастродуоденальной зоны. При этом у детей с ФД избыточность парасимпатических влияний превосходила избыточность симпатических, поскольку средний показатель соотношения симптомов/баллов симпатикотония/ваготония при ФД был ниже ($0,94 \pm 0,18$), чем у здоровых детей ($1,31 \pm 0,15$, $p \leq 0,05$). Средний показатель индекса Кердо у детей с ФД был снижен и составлял $23,6 \pm 1,2$ % при показателях в контрольной группе $28,0 \pm 2,0$ % ($p \leq 0,05$), что также свидетельствовало о доминировании ваготонии.

Степень выраженности гиперсимпатикотонии и гиперпарасимпатикотонии варьировала при различных клинических вариантах ФД. При ПДС соотношение симптомов/баллов симпатикотония/ваготония составило $1,04 \pm 0,30$, что свидетельствовало об относительно более значительной по сравнению с ЭБС активации симпатического отдела ВНС на фоне парасимпатической избыточности, что сочетается с характерными нарушениями желудочной моторики и секреции при данном варианте ФД. У больных ЭБС соотношение симптомов/баллов симпатикотония/ваготония было достоверно снижено ($0,85 \pm 0,13$, $p \leq 0,05$), что свидетельствовало о выраженной парасимпатической избыточности.

Заключение. Таким образом, изменения вегетативного статуса у детей ФД характеризовались преобладанием исходного вегетативного тонуса как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС с доминированием ваготонии. Наиболее значительное преобладание ваготонии при пониженном индексе Кердо было выявлено у детей с эпигастральным болевым синдромом, а наиболее значительная относительная активация симпатического отдела при более высоком индексе Кердо наблюдалась у больных постпрандиальным дистресс-синдромом. Выявленные изменения вегетативной регуляции

могут выступать как в роли предрасполагающих, так и в роли триггерных факторов ФД. С другой стороны, длительно существующие нарушения желудочных моторики и секреции вследствие патологической импульсации вызывают функциональные изменения в ЦНС, ВНС и развитие вегетативной дисфункции.

Приколота О.А., Могилевская К.Э., Приколота А.В., Хоменко М.В., Маловичко И.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк; кафедра терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка

ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ COVID-19 ОТ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Цель: изучить гликемический профиль у пациентов с пневмонией COVID-19 и выявить зависимость между тяжестью течения пневмонии и состоянием углеводного обмена.

Материал и методы. На базе ЦГКБ №1 г. Донецка в течение 9 месяцев оценивалось состояние углеводного обмена у пациентов с пневмонией COVID-19: всего 396 пациентов, среди них 184 мужчины и 212 женщин, средний возраст $59,4 \pm 8,1$ лет. 1 группу исследования составили 196 больных с тяжелым течением заболевания, которые проходили лечение в отделении интенсивной терапии (ОИТ). Во 2 группу исследования были включены 195 больных терапевтического отделения со среднетяжелой формой заболевания. Пациенты с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации были исключены из исследования. Все исследуемые получали лечение согласно существующим клиническим рекомендациям (антибактериальные препараты, антикоагулянты, глюкокортикоиды, кислородотерапия). Всем больным определяли уровень гликемии натощак (уровни гликемии, полученные в острую фазу заболевания на фоне лечения высокими дозами дексаметазона, в расчет не принимались), гликозилированный гемоглобин (HbA1c), проводили пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ).

Результаты исследования.

Среди пациентов 1 группы было выявлено 67 человек (34%) с нарушением углеводного обмена, из них 49 больных (25%) с сахарным диабетом (СД) (как впервые выявленным, так и известном ранее), нуждающихся в назначении инсулина, и 18 больных (9%) – с нарушением толерантности к глюкозе.

В группе пациентов терапевтического отделения СД был у 18 больных (9%), из них впервые выявленный СД – у 8 больных (4%), 6 пациентов (3%) были переведены на инъекции инсулина. У 10 пациентов (5%) уровень глюкозы был $\geq 7,8$ ммоль/л, но $< 11,1$ ммоль/л ($9,1 \pm 1,5$), у них было диагностировано нарушение толерантности к глюкозе.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать заключение, что нарушения углеводного обмена (как СД, так и нарушение толерантности к глюкозе) являются факторами, усугубляющими течение пневмонии COVID-19. Пациенты с СД достоверно чаще нуждаются в лечении в условиях ОИТ, чем больные с нормальным гликемическим профилем ($p \leq 0,01$).

Больные пневмонией COVID-19 на фоне нарушений углеводного обмена нуждаются в тщательном контроле показателей гликемии для своевременного подключения необходимого лечения, включая перевод на инсулинотерапию.

Прилуцкая О.А., Прилуцкий А.С.

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

СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА И УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы являются одной из самых значимых проблем среди эндокринологических заболеваний детей и взрослых. Частота их возрастает год от года. Более

высокая частота аутоиммунных заболеваний щитовидной железы регистрируется как правило среди женщин. Следует отметить, что щитовидная железа обеспечивает важнейшие функции организма. Поддержание температуры тела, работа сердца и многих других внутренних органов, репродуктивной системы зависит от функции щитовидной железы. Одним из важных микроэлементов, оказывающих разностороннее влияние на клетки вышеуказанной железы является селен. Наиболее известными его функциями является антиоксидантная и каталитическая. Показано, что он является стимулятором при производстве активных форм тиреоидных гормонов. Селен жизненно необходим для нормального функционирования иммунной системы. Недостаток его приводит к повышению риска аутоиммунных заболеваний. При дефиците селена нарушается кислородный обмен, обмен йода. При его недостатке нарушается образование глутатионпероксидаз, дейодаз. Эти, а также ряд других данных, в том числе снижение синтеза ТЗ, Т4, уменьшение конвертации Т4 в Т3 получены в процессе исследований больных пациентов так в эксперименте на животных.

Особенное значение имеет дефицит селена при индукции и развитии аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. В отдельных работах показано, что недостаток данного микроэлемента способствует развитию гипотиреоза в том числе у беременных. Вместе с тем уровни селена и аутоантител к одному из ведущих тиреоидных гормонов сравнительно практически не изучались. Имеются лишь отдельные статьи с достаточно противоречивыми результатами. Сравнительное изучение уровня селена и концентрации аутоантител к тиреопероксидазе у женщин репродуктивного возраста практически не изучалось.

В связи с вышеперечисленным нами были обследованы 36 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. Результаты учитывались с использованием автоматического иммуноферментного анализатора CHEM WELL. Концентрация селена в сыворотке крови обследованных женщин определялась с помощью модифицированного флуориметрического метода. Данная группа женщин была разделена на лиц имеющих высокие и средние-низкие уровни аутоантител к тиреопероксидазе. Сравнительный статистический анализ проводился с использованием не-параметрических методов в связи с непараметрическим распределением имеющих результаты.

Согласно проведенным результатам исследования в первую группу женщин с высокими концентрациями антител к тиреопероксидазе вошли 17 лиц. Остальные обследованные имели средние-низкие уровни аутоантител к вышеуказанному ферменту щитовидной железы. При статистическом анализе было показано что в группе обследованных с высокими уровнями антител к ТПО концентрация селена существенно ($p < 0,05$) ниже.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том что концентрация селена ассоциирована уровнем выработки аутоантител к тиреопероксидазе что следует учитывать при проведении лечебно-профилактических мер.

Прилуцкий А.С.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19

Доказано, что основными путями передачи SARS-CoV-2, обусловившего пандемию протекающую в мире с 2019 года являются воздушно-капельный, аэрозольный, воздушно-пылевой пути передачи и контактный. Динамика заболеваемости говорит о высокой способности к передаче вируса реципиентам. Ситуацию многократно осложняет то, что лица, не имеющие симптомов, могут инфицировать контактирующих с ними людей, так как выделяют вирус во внешнюю среду. При этом выделение вируса регистрируется как до, так и после развития симптомов заболевания. До 45% вторичных случаев обусловлены заражением от лиц, выделяющих вирус в пресимптоматическом периоде. Важно отметить также значительное число асимптоматических вирусовыделителей. Количество их в раз-

личных исследованиях варьирует, но, несомненно, значительное число их находится вне поля зрения медицинских служб. При этом часто интенсивность выделения SARS-CoV-2 от бессимптомных лиц может быть такой же интенсивной, как и у заболевших, имеющих симптомы болезни.

Очень важной особенностью инфекции вызываемой SARS-CoV-2 является полиморфность картины заболевания. Кроме того следует отметить, что клиническая картина инфекции в связи с мутацией вируса в 2021 году существенно изменилась. Имеющиеся данные показывают, что в настоящее время доминирует более патогенный вариант SARS-CoV-2 дельта который отличается особенностями течения инфекции, повышенной тяжестью заболевания и связан с более высокой вирусной нагрузкой и увеличенной продолжительностью выделения вируса. Вместе с тем следует очень внимательно оценивать симптомы начинающегося заболевания с анализом и выделением комплекса диагностически значимых клинических характеристик коронавирусной инфекции. При этом следует учитывать, что в диагностике COVID-19 (в том числе и ранней) существенное значение имеет не только клиническая характеристика болезни но и специфическое лабораторное тестирование её. Важным для диагностики заболевания является определение вируса методами полимеразной цепной реакции в смывах из носоглотки и в других секретах организма. При этом необходимо учитывать, что вирус может не всегда определяться в смывах, выделяясь с калом. Следует отметить, что существенное значение для диагностики имеет также определение вируса другими методами и специфических антител классов IgM, A, G методами иммуноферментного анализа.

Следует отметить, что исходя из особенностей передачи SARS-CoV-2 профилактика данной инфекции должна быть комплексной. В связи с вышеизложенным одной из наиболее важных мер по предупреждению, замедлению развития пандемии является социальное дистанцирование с максимально возможным временем ограничения контактирования. Это карантин на границах территорий и в очагах инфекции а также ряд других мероприятий. Важным остается использование средств индивидуальной защиты, средств дезинфекции и обеззараживания воздуха и, конечно же, специфическая вакцинация.

Прилуцкий А.С., Капранов С.В., Ткаченко К.Е., Яловега Л.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГС «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция» МЗ ЛНР, г. Луганск

ОЗОНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В медицинской практике для осуществления дезинфекции воздуха наиболее широко используются химические, физические и физико-химические методы. Одним из методов дезинфекции воздуха и помещений является дезинфекция озоном. При этом в отличие от ультрафиолетового излучения с помощью бактерицидных ламп, которое распространяется только линейно, озон, генерируемый озонаторами, равномерно распределяется по всему объему обрабатываемого помещения. Озон (O_3) - это аллотропная модификация кислорода состоящая из его трёхатомных молекул. Он имеет сильные окислительные способности. При нормальных условиях это бледно - голубой газ с резким специфическим запахом. Вне и внутри помещений он выделяется при работе автомашин, миксеров, фенов, лазерных принтеров, копировальных машин и другого оборудования. Механизм действия озона комплексный с повреждением мембран клеток, нуклеокапсида и даже РНК и ДНК возбудителей. Считают, что оболочечные вирусы более чувствительны к озонированию. SARS-CoV-2 чувствителен к воздействию озона, как и многие другие вирусы, бактерии, споры плесневых грибов.

Показано, что эффективность дезинфекции озоном зависит от многих параметров. Одним из наиболее важных из них, помимо дозы озона, является влажность воздуха. Кроме этого на степень дезинфекции влияет размер экскретируемых капель, частиц аэрозоля в которых содержится возбудитель. Имеет значение также количество и вид белковых примесей в них и др. В настоящее время результаты единичных проведенных исследований показывают лучшую эффективность использованных низких доз озона при обеззараживании аэрозоля отдельных вирусов, фагов и других микроорганизмов при

высокой относительной влажности воздуха. Следует отметить важный факт, что эффективная доза для обеззараживания поверхностей помещений, как правило, более высока, чем при обеззараживании аэрозоля. Дезинфицирующее действие сравнительно невысоких доз озона показано в модельных экспериментах после двухчасовой экспозиции SARS-CoV-2 с данным газом. Как правило, 400-500 мг/м³ озона в процессе обработки помещений эффективны для снижения вирусной нагрузки большого количества вирусов и бактерий, в том числе и вышеупомянутого.

Преимущества озонирования неоспоримы и заключаются в простоте и доступности, экономичности, безопасности, полноте, скорости и, в конце концов, эффективности дезинфекционных мероприятий. Обеззараживание озоном относительно дешево. Очень важно, что озон имеет бактерицидные свойства при низких его концентрациях. Данный газ быстро доходит до всех труднодоступных мест. Он проникает во все места, где обеззараживание другими методами практически невозможно (микроскопические трещины, мягкую мебель и др.) После проведения дезинфекции озоном помещения и предметы, находящиеся в них, вскорости (когда концентрация озона падает ниже максимально безопасного значения) могут использоваться без вреда для здоровья, так как озон очень быстро разлагается. При этом после дезинфекции и проветривания помещения возможно использовать сразу. Широкое внедрение озонирования в практику здравоохранения целесообразно и необходимо, особенно в период пандемии SARS - Cov-2.

Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А.

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

УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.

Хронический аутоиммунный тиреоидит – одно из наиболее часто встречаемых эндокринных заболеваний. Установлено, что данная патология чаще встречается у женщин. Следует отметить, что на частоту встречаемости в различных группах населения влияют различные факторы, включая генетические особенности, обеспеченность йодом, стрессы и прочее. Диагностическими критериями аутоиммунного тиреоидита наряду с клиническими, инструментальными, гистологическими данными являются также выявление органоспецифических антител в сыворотке крови пациентов: антител к тиреопероксидазе (ТПО) и к тиреоглобулину (ТГ). Необходимо указать, что при аутоиммунной патологии также, как правило, регистрируются воспалительные реакции, индуцированные различными иммунными механизмами. Многими исследованиями при данных заболеваниях отмечены воспалительные изменения в общем анализе крови, а также возрастание других маркеров воспаления. Воспаление, в том числе аутоиммунного генеза, представляет сложную комплексную реакцию. Одним из показателей системного воспаления при различных аутоиммунных заболеваниях, в том числе при аутоиммунном тиреоидите, является концентрация С-реактивного белка (СРБ), однако работы, посвященные изучению уровней его в сыворотке крови женщин фертильного возраста, страдающих данным заболеванием практически единичны.

Материалы и методы.

В связи с вышеизложенным нами обследованы 82 пациентки репродуктивного возраста с аутоиммунным тиреоидитом. Контрольная группа включала 50 здоровых лиц женского пола. Диагноз аутоиммунного тиреоидита подтверждался наличием характерных УЗИ-критериев, определением антител к ТПО, ТГ, при их выявлении в высоких титрах. Для определения уровней СРБ использовалась тест-система для высокочувствительного иммуноферментного анализа, разработанная нами в сотрудничестве с ООО «Укрмед-Дон». Данная тест-система позволяет определять СРБ с высокой чувствительностью в пределах 0,025 мг/л. При этом коэффициент вариации соответствует международным стандартам (не > 5%). Общее время анализа составляет 2 часа 30 минут. Тест-система характеризуется широким диапазоном измерений (до 12,5 мг/л) и не требует значительного разведения исследуемых образцов сыворотки или плазмы крови.

Результаты:

В результате исследования получены данные о том, что уровень СРБ в сыворотке крови у больных с высокими титрами антител к ТГ, ТПО существенно превышает ($p < 0,001$) соответствующие уровни у здоровых женщин, не страдающих аутоиммунным тиреоидитом, хроническими аутоиммунными и воспалительными заболеваниями. Было установлено, что вариабельность данного показателя резко превышает вариабельность его в сыворотке крови здоровых лиц.

Выводы:

Полученные данные показывают, что у женщин с аутоиммунным тиреоидитом высокие уровни антител к ТГ, ТПО сопровождаются повышением уровня СРБ.

Зарегистрирована высокая вариабельность вышеуказанного показателя в сравнении с контрольной группой здоровых женщин.

Полученные данные целесообразно использовать как в дальнейших научных исследованиях, касающихся данной патологии, так и для персонализации подхода к ведению пациентов указанной группы.

Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Анохина В.А.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

СЛУЧАЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОЙ АТРОФОДЕРМИИ У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ

Атрофодермия червеобразная (*atrophoderma vermiculata*, фолликулит сетчатый рубцующийся эритематозный) – редкий клинический вариант атрофического волосяного (фолликулярного) кератоза, характеризующийся сетчатой атрофией кожи.

Этиология и патогенез не изучены. О наследственной теории свидетельствуют семейные случаи. В основе заболевания лежит повышенная кератинизация в верхней трети волосяного фолликула, что приводит к закупорке отверстия фолликула и хроническому воспалению, которое заканчивается рубцеванием в очагах поражения.

Одна из гипотез заключается в том, что кератиноциты опосредуют высвобождение воспалительных цитокинов, таких как трансформирующий фактор роста – бета (TGF-beta), в ответ на образование фолликулярной пробки. Этот процесс может привести к фиброзу и характерной «сотовой» атрофии.

Признаки заболевания появляются в младшем детском, юношеском возрасте. Патология чаще встречается у мальчиков (63% случаев).

Течение заболевания хроническое, медленно прогрессирующее со стабилизацией к периоду полового созревания.

Червеобразная атрофодермия является:

1. Спорадическим заболеванием
2. Заболеванием с аутосомно-доминантным типом наследования
3. Вариантом атрофического волосяного (фолликулярного) кератоза в большинстве случаев
4. Частью наследственных синдромов и заболеваний

При патоморфологии – фолликулярный гиперкератоз, атрофические изменения эпидермиса и волосяных фолликулов с образованием небольших роговых кист.

В дерме - ограниченные перифолликулярные и периваскулярные инфильтраты, очаговое разрежение эластичных волокон, расширение капилляров.

Клиническая картина характеризуется тесно расположенными, как бы вдавленными в кожу, очажками атрофии, окруженные эритемой, размерами 1-3 мм, разделенными узкими полосами неизменной кожи, создающие вид сетки, напоминая дерево с «червоточиной», среди них могут быть комедоны, белые угри, фолликулярные пробки, тонкая капиллярная сеть. Иногда пигментация.

Очаги поражения располагаются в области щек, скул, симметрично. Редко поражение может распространяться на другие участки: кожу лба, подбородка, ушные раковины. Часто сочетается с волосяным (фолликулярным) кератозом на коже разгибательных поверхностей конечностей.

Диагностика трудностей не представляет. При гистологическом исследовании выявляют фолликулярный гиперкератоз с наличием роговых пробок в расширенных устьях волосяных фолликулов. В дерме развивается перифолликулярная воспалительная реакция, очаги фиброза.

Дифференциальная диагностика: рубцы пост-акне, вдавленные рубцы после ветряно оспы, комедоновый невус, липоидный протеиноз, эритропоэтическая протопорфирия, фолликулярный эритро-меланоз лица, красный волосяной лишай в области лица.

Лечение малоэффективно. Сообщается о положительном эффекте применения перорального изотретиноина. Для косметической коррекции с переменным успехом применяют дермабразию, лазерную шлифовку и различные наполнители, такие как гиалуроновая кислота. Внутриочаговое и местное применение кортикостероидов, применение кератолитиков и топического крема с третиноином не увенчались успехом.

Приводим собственные наблюдения: Д., 5 лет с мамой обратилась к дерматологу по месту жительства с высыпаниями на коже щек, без субъективных ощущений. Дерматологом был установлен диагноз - очаговая склеродермия, другим дерматологом при повторном обращении был установлен диагноз - дискоидная красная волчанка. Наследственность не отягощена, появление заболевания ни с чем не связывает.

Лечение не изменяло картину заболевания. Отсутствие эффекта от лечения заставило маму обратиться в Республиканский дерматовенерологический диспансер. Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, нервно-психический статус согласно возраста.

При осмотре кожных покровов патологии не выявлено.

Status localis: на коже щек, симметрично имеются многочисленные мелкие, неправильной формы атрофичные углубления, расположенные близко друг к другу, разделенные узкими полосами неизменной кожи, создающие вид сетки с эритемой вокруг. Иногда в углублениях или по краю, на пигментированной коже можно увидеть комедоноподобные образования и белые угри. Наряду с этим имеются роговые пробки, капиллярная сеть, пигментации. Процесс медленно прогрессирует.

Был установлен диагноз - Атрофодермия червеобразная. Даны рекомендации, ребенок находится на диспансерном учете.

Протасова С. А., Кравченко С. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Детская городская больница г. Енакиево»

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЕТЕЙ

Атопический дерматит (АтД) - это хроническое наследственно обусловленное аллергическое воспаление кожи, характеризующее формированием иммунных реакций, возрастной морфологией высыпаний, а также типичной локализацией.

Материалы исследования: анализ отечественных и зарубежных литератур.

При микроскопическом исследовании кожи больных с атопическим дерматитом и тщательном его изучении, способствовало возникновению новой концепции патогенеза АтД, которая включает в себя такие механизмы: генетическая предрасположенность, каскад иммунных реакций и целостность эпидермального барьера.

Патогенетическими значимыми причинами возникновения АтД является недостаточной барьерной функции кожи, которая обусловлена с мутацией в гене, кодируя белок филаггрин.

Филаггрин - это основной белок, который является одним из составляющих кератиноцитов и имеет одно из ключевых значений в барьерной функции кожи при АтД. Данный белок синтезируется из профилагтрина (ген которого расположен в 1q21 хромосоме). На завершающей фазе дифференцировки кератина, образуется филаггрин-мономеры, деградация которых ведёт к формированию осмотического барьера, удерживающая воду. При разрушении филагтрина в комплексе с другими компонентами межклеточного матрикса эпидермиса формируется Естественный увлажняющий фактор (Natural

maisturining factor, NMF) - приводящий к формированию зернистых клеток в плоские безъядерные чешуйки. Нарушение в структуре белка филагтрина приводит к: 1) дисфункции эпидермального барьера; 2) увеличению трансэпидермальной потери воды, как следствие, развитию синдрома сухой кожи (нарушается конечный темп дифференцировки эпидермиса), делая кожу более чувствительной, вследствие чего приведёт к тяжёлому течению АтД.

Также основным и ведущим медиатором усиления и персистенции аллергического воспаления в коже является периостин (регрессирующий белок остеобластов), который увеличивается за счёт концентрации Th2. Высокое количество периостина в составе кожи с АтД приводит к тяжёлому течению АтД.

Периостин является заключительным звеном в иммунном ответе для кератиноцитов и возможно влияет на усиление и переход в хроническую форму АтД. Приостановление синтеза периостина предупреждает прогрессированию воспаления кожи.

При заключении всё выше сказанного можно сделать вывод о том, что новые аспекты патогенеза АтД являются базисной для эффекта управления болезнью, что возможно, обеспечит стойкую ремиссию и значительно улучшит качество жизни больных детей.

Протасова С. А., Пустынник Л. А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУ «Детская городская больница г. Енакиево»

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ТРАНСФУЗИОЛОГИИ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОСТУПНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ЕЁ РЕШЕНИЯ

В тезисе представлены результаты анализа данных зарубежной и отечественной литературы по проблеме обеспечения безопасности переливаний крови против цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у пациентов с ослабленным иммунитетом. ЦМВИ у пациентов без иммуносупрессии в большинстве случаев протекает без осложнений и заканчивается спонтанным выздоровлением.

В группу риска неблагоприятного течения ЦМВИ входят в основном онкогематологические пациенты, ВИЧ-инфицированные в стадии СПИДа,

беременные женщины, новорожденные, реципиенты аллотрансплантата и другие группы пациентов с ослабленным иммунитетом. У пациентов с ослабленным иммунитетом риск развития тяжелых форм и осложнений ЦМВИ значительно выше, а врожденный ЦМВИ является одной из основных инфекционных причин неонатальной недостаточности.

Высокая распространенность цитомегаловируса (ЦМВ) у взрослых и детей и его опасность для пациентов с ослабленным иммунитетом определяют актуальность проблемы скрининга доноров крови на ЦМВ и особенности патогенеза ЦМВ - необходимость комплексного подхода к этому скринингу. ЦМВ характеризуется способностью длительно персистировать в клетках крови и тканях организма с периодами реактивации инфекции. При манифестных формах ЦМВИ наблюдается активная репликация вируса, ЦМВ циркулирует в лейкоцитах и в свободной форме в плазме крови. Скрытый ЦМВИ характеризуется сохранением ЦМВ в лейкоцитах и других клетках организма, что благодаря лейкофилтрации позволяет снизить, но не исключить риск передачи ЦМВ реципиенту крови или ее компонентам.

Скрининг донорской крови на ЦМВИ для пациентов из группы риска был разработан в США и включает в себе серологическое (иммуноферментный анализ (ИФА)) и молекулярно-биологическое (полимеразная цепная реакция (ПЦР)) лабораторные методы. Необходимость комплексного подхода к скринингу крови на ЦМВ обусловлена необходимостью исключить активацию ЦМВИ у серопозитивных доноров и исключить риск передачи вируса во время «серологического окна» у серонегативных доноров. ИФА позволяет определить наличие IgM и IgG к ЦМВ по уровню их авидности,

антител к ранним белкам ЦМВ, динамике титров антител - другими словами, оценить фазу ЦМВИ, различить первичную инфекцию и реактивацию латентной инфекции.

Использование одного ИФА недостаточно надежно, потому что отсутствие активного ЦМВИ вируса, который является внутриклеточным и в очень малых количествах, позволяет диагностировать только с помощью ПЦР. Оптимальным источником компонентов крови и продуктов крови для пациентов с ослабленным иммунитетом является серонегативный донор (IgG (-), IgM (-), ДНК ЦМВ (-)); если альтернативы нет, серопозитивный донор без активации ЦМВИ (IgG (+), IgM (-), ДНК ЦМВ (-)).

В России и в Донецкой Народной Республике ЦМВ не входит в список вирусов, подлежащих обязательному скринингу крови, но ряд исследований, проведенных отечественными учеными, указывает на необходимость тестирования доноров на маркеры ЦМВ. Опыт применения алгоритма обеспечения безопасности гематологического компонента терапии вируса герпеса у иммуносупрессивных реципиентов в России выявил клиническую потребность в ЦМВ-отрицательных донорах, которая составила 5% у 580 гематологических больных. Онкологических больных и 55,9% из 41 ребенка в возрасте от 1 до 10 лет с соматическим заболеванием, а также для удовлетворения этой потребности изучено 11% ЦМВ-серонегативных от 570 доноров. Кроме того, наличие генома ЦМВ в клетках крови во время доставки крови было исключено в 100% случаев.

Разработка и внедрение в практику единого алгоритма комплексного лабораторного обследования доноров и реципиентов крови на ЦМВИ позволит значительно снизить частоту передачи ЦМВ при переливании крови, особенно у реципиентов групп риска.

Прохоров Е.В., Гончарова Т.А.

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

ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Целью исследования явилось определение информационной значимости ранговых структур степени отклонения от норматива значений показателей эндогенной интоксикации и клеточного энергетического обмена при различном течении внебольничной пневмонии (ВП) у детей первых лет жизни с перинатальным поражением (ПП) ЦНС.

Материалы и методы. Для достижения цели обследовано 87 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с ВП и с различными сопутствующими синдромами ПП ЦНС. Пациенты были распределены на 2 группы. В состав I группы (основной) вошли 44 детей (56,6%) с осложненным течением ВП. II группа (сравнения) состояла из 43 больных (49,4%) с неосложненным течением пневмонии. Больные дети поступали, как правило, в тяжелом (59 больных – 67,8%) и очень тяжелом (20 - 23%) состоянии. В 8 случаях (9,2%) состояние оценивалось как средней тяжести.

Результаты и обсуждение. Выяснилось, что у больных с осложненной пневмонией (ОП) имело место установлено очень выраженное ($t \geq 10,0$) увеличение уровня средне молекулярных пептидов: $t \geq 10,2$; $p \leq 0,001$, а у больных неосложненной пневмонией (НП) выраженное ($t \geq 6,0$) увеличение их уровня ($t \geq 8,31$; $p \leq 0,001$). При этом у больных ОП отмечено более значимое (в 1,23 раза; $p < 0,001$) накопление токсинов по сравнению с детьми с НП. При анализе степени отклонения уровня карнитина от норматива в группах больных, как показателя, отражающего состояние митохондриального транспорта метаболизма, установлено, что у детей с ОП выявлено очень выраженное ($t \geq 19,2$; $p \leq 0,001$) снижение содержания карнитина, а у пациентов с НП выраженное ($t \geq 9,2$; $p \leq 0,001$) его снижение. При этом значимость снижения уровня карнитина в плазме больных ОП в 2,1 раза ($p \leq 0,001$) превышала таковую при НП. Что касается степени отклонения от норматива уровня лактата, в качестве показателя, отражающего, как степень эндогенной интоксикации, так и функциональное состояние метаболического звена клеточного энергетического обмена, то у детей с ОП выявлено очень выражен-

ное ($t \geq 13,8$; $p \leq 0,001$) увеличение уровня лактата, а у больных НП умеренное ($t \geq 5,3$; $p \leq 0,001$) его увеличение. При этом значимость увеличения лактата в плазме пациентов с ОП в 2,6 раза ($p \leq 0,001$) превышала данный показатель у детей с НП. Анализ степени отклонения от норматива содержания пирувата показал, что у детей с ОП имело место очень выраженное ($t < 13,8$; $p < 0,001$), а у больных НП выраженное ($t < 8,1$; $p < 0,001$) увеличение пирувата. Установлено также, что значимость повышения уровня пирувата у больных ОП в 1,7 раза ($p < 0,001$) оказалась выше чем у пациентов с НП. При оценке степени отклонения от норматива уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ), как показателя, отражающего состояние ферментативного звена клеточного энергетического обмена, выяснилось, что у больных обеих групп выявлено очень выраженное увеличение активности ЛДГ: при ОП: $t = 17,6$ ($p < 0,001$), НП: $t = 15,0$ ($p < 0,001$). Однако у детей с ОП значимость повышения активности ЛДГ оказалась в 1,2 раза ($p < 0,001$) выше чем у детей с неосложненным течением заболевания. Анализ ранговых структур степени отклонения от норматива значений всех показателей в группах больных показал, что при ОП снижение содержания карнитина занимает первое ранговое место, а у больных НП – второе. Подводя итоги, необходимо констатировать что, наряду с расстройствами различных звеньев клеточного энергетического обмена, дефицит карнитина занимает ведущее место среди нарушений у пациентов обеих групп. В этой связи обоснованным следует считать включение в терапевтический комплекс детей с ОП левокарнитинсодержащих препаратов.

Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.

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

ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Структура детской заболеваемости в пубертатном возрасте в настоящее время характеризуется повышением удельного веса различной функциональной патологии, которая в условиях отсутствия четко выраженного патоморфологического субстрата болезни может рассматриваться как «предболезнь». В профилактической медицине большое значение имеет выявление маркеров «предболезни». ЭКГ высокого разрешения – high resolution ECG (ЭКГ ВР) с компьютерным усреднением ЭКГ-сигнала позволяет выделить так называемые поздние потенциалы желудочков (ППЖ) – низкоамплитудные высокочастотные осцилляции терминальной части комплекса QRS. Появление ППЖ объясняют неомогенностью электрофизиологических свойств миокарда вследствие неравномерных функциональных изменений кардиомиоцитов. Рядом работ продемонстрировано важное диагностическое значение ППЖ как раннего чувствительного неинвазивного маркера субклинического (асимптомного) поражения миокарда при тех или иных заболеваниях внутренних органов.

Электрокардиограмма высокого разрешения с регистрацией поздних потенциалов желудочков сердца проведена 192 мальчикам-подросткам предпризывного возраста, разделенным на 4 подгруппы в зависимости от ранее выявленных субклинически протекающих форм сердечно-сосудистой патологии: I – 53 мальчика-подростков с высоким нормальным артериальным давлением, II – 45 подростков с метаболическим синдромом, III – 51 мальчиков с нарушениями ритма сердца, IV – 43 мальчика-подростков с патологическими формами геометрии миокарда и 50 детям группы контроля. ЭКГ ВР регистрировали по стандартной методике M. Simson с использованием ортогональных отведений Франка (частотный диапазон 40-250 Гц). Работу выполняли на аппаратах для холтеровского мониторирования (г. Санкт-Петербург) с обработкой полученных данных в автоматическом режиме.

Оценку нормальности распределения полученных данных проводили методом Шапиро-Уилка, что явилось основанием для использования параметрической статистики для двух несвязанных и двух связанных групп. Формат представления данных: для количественных показателей – среднее $\pm$ ошибка среднего; для качественных показателей – частота в % и ошибка репрезентативности.

В основной группе мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии ППЖ выявлены у 88 обследованных из 192 (45,8%), тогда как в контрольной группе ППЖ

найжены лишь у 3 из 50 подростков (6,0%, $p<0,02$), то есть в 7,6 раза реже. При этом, в подгруппе с высоким нормальным артериальным давлением ППЖ выявлены у 26 (49,1%) обследованных, в подгруппе с метаболическим синдромом – у 19 (42,2%), в подгруппе с нарушениями ритма сердца – у 22 (43,1%), в подгруппе с патологическими формами геометрии миокарда – у 21 (48,8%) подростков.

В подгруппах обследованных с ППЖ и при их отсутствии отмечались достоверные различия между показателями временных характеристик (LAS40, TotQRSF, $p<0,05$) и амплитудных значений (RMS40, $p<0,01$).

Закключение. Проведенное исследование позволило констатировать статистически значимое более частое выявление ППЖ у мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии, что позволяет рассматривать данный показатель как фактор риска прогрессирования выявленных изменений кардиальной системы.

Проценко О.А., Корчак И.В., Жариков В.Ю.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Цель. Определить гендерные, социальные, эпидемиологические и клинические особенности дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц.

Материалы и методы. Проведен анализ анамнеза и медицинской документации, комплексное обследование 176 больных хроническими дерматозами с ВИЧ-позитивным статусом.

Результаты. Среди обследованных преобладали лица активного репродуктивного возраста (21-40 лет) – 132 (75%) больных, как среди мужчин – 64 (36,4%), так и среди женщин – 68 (38,6%). Средний возраст к моменту установления ВИЧ-позитивного статуса составил $20,6\pm 1,2$ года, при этом у женщин $21,2\pm 1,4$, а у мужчин $19,5\pm 1,6$ лет. Инфицирование половым путем было у 90 (51,1%) пациентов, в т.ч. при гетеросексуальных контактах – у 81 (90%), гомосексуальных – у 9 (10%); при использовании загрязненными шприцами – 83 (47,2%). У женщин преобладал половой путь инфицирования, по сравнению с мужчинами – у 61 (67,8%) и у 29 (32,2%). Инфицирование при употреблении инъекционных наркотических препаратов было больше у мужчин, чем у женщин – у 60 (72,3%) и 23 (27,7%), соответственно. Полное высшее образование имели 56 (31,8%) пациентов, неполное высшее – 23 (13,1%), среднее специальное – 76 (43,2%), незаконченное среднее – 21 (11,9%). Состояли в браке 46 (26,1%) пациентов, больше женщин, чем мужчин – 34 (39,5%) и 12 (13,3%) соответственно. Первичный визит к дерматологу был у 62 (56,5%) больных, женщины намного чаще, чем мужчины – 46 (53,3%) и 16 (17,8%). В СПИД-Центр обратились лишь 45 (25,6%), мужчины в 3 раза чаще, чем женщины – 34 (37,8%) и 11 (12,8%). Лишь каждый третий был привлечен активно, при этом мужчины в 2 раза чаще, чем женщины – 40 (44,4%) и 21 (24,4%). Давность заболевания дерматозом к моменту обращения у 150 (85,2%) была до 3-х лет, при этом у 73 (48,7%) была 3-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции и у 21 (14%) – 4-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции. При анализе особенностей ВИЧ-ассоциированных поражений кожи отмечено, что у 96 (54,5%) больных было 2 и более вида заболеваний кожи, среди которых преобладали инфекционные дерматозы – у 162 (92,2%) больных. Инфекционные дерматозы чаще встречались на 1-й и 4-й клинической стадии ВИЧ-инфекции, на 2-й клинической стадии их количество не отличалось от неинфекционной, а на 3-й клинической стадии было больше неинфекционной дерматологической патологии, среди которой доминировала аллергическая и токсико-аллергическая. На одного больного приходилось 1,74 дерматоза, при этом на 1-й клинической стадии – 0,91; на 2-й клинической стадии – 1,41; на 3-й клинической стадии – 1,63 и на 4-й клинической стадии – 3,83 дерматоза. У 58 (33%) пациентов наблюдали изменение клинической стадии ВИЧ-инфекции, при этом у 29 (16,5%) ВИЧ-позитивных лиц с давностью заболевания до 1 года, у 22 (12,5%) болеющих от 1 года до 3-х лет, у 7 (4%) – с давностью заболевания 3-5 лет. Обращало внимание, что показатель дерматологической патологии на 1 больного составил в этих группах,

соответственно, 2,55; 2,77 и 2,86, т.е. был больше, чем в группе лиц с 3-й клинической стадией ВИЧ-инфекции и приближался к показателям лиц с 4-й клинической стадией ВИЧ-инфекции.

Выводы. Выявленные особенности необходимо учитывать как при ведении больных дерматозами, относящихся к группам риск, так и при ведении ВИЧ-позитивных пациентов.

Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Боряк С.А.

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

МЕНЕДЖМЕНТ ДЕРМАТОЗОВ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Дерматозы гениталий у детей могут быть изолированным поражением кожи и слизистых инфекционного (системные инфекции, локальные вирусные и паразитарные инфекции) или неинфекционного генеза (аутоиммунного – склероатрофический лихен гениталий, аллергического – атопический дерматит и др.), могут быть локальным проявлением хронического распространенного дерматоза (псориаз, красный плоский лишай и др.), могут быть проявлением факоматоза (недержание пигмента, нейрофиброматоз и др.).

На клинические проявления дерматозов гениталий у детей оказывают влияние особенности строения кожи и слизистой этой зоны, большое количество придатков кожи, разнообразие микробного пейзажа, что необходимо учитывать при выборе лечебно-профилактической тактики.

Успешность лечения дерматозов гениталий у детей во многом зависит от соблюдения комплексного и этапного ведения пациентов и принципа «ООО» (Опрос и анализ анамнеза; Осмотр всего кожного покрова и доступных слизистых; Обследование и анализ медицинской документации). На примере разбора клинических случаев показана важность соблюдения этого принципа и необходимость работы в тандеме: врачей дерматовенерологов и детских дерматовенерологов и детских гинекологов. Акцентируется внимание на необходимость оценки в динамике как клинических признаков, так и лабораторных анализов, которые иногда нужно повторять и в период ремиссии дерматоза. Обсуждается значимость коморбидной и сопутствующей соматической патологии на эффективность лечения дерматозов гениталий у детей.

Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Лукьянченко Е.Н.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Цель. Оптимизация организации обучения врачей дерматовенерологов по медицинской косметологии

Результаты. В связи с возросшей потребностью населения в косметологических услугах, интенсивным развитием инъекционных и других медицинских косметологических технологий и широким их применением в практике, особую актуальность приобретает проблема подготовки соответствующих кадров, которые бы обеспечили профессиональную, эффективную и безопасную косметологическую помощь. В 2021 г. в Донецкой Народной Республике были внесены изменения в номенклатуру специальностей и свведена новая специальность – «врач-косметолог» (в Российской Федерации – на несколько лет раньше), предполагающая профессиональную переподготовку по косметологии врачей дерматовенерологов. Инвазивные косметологические процедуры и воздействия – это медицинские врачебные манипуляции, в связи с чем обязательными требованиями к врачу косметологу являются

базовые знания по дерматологии и ориентирование в вопросах эндокринологии, урологии, андрологии, физиотерапии, диетологии и др. С учетом этого была разработана дополнительная программа профессиональной переподготовки по специальности «Косметология» (576 часов), определен перечень компетенций, формируемых у слушателей программы, подготовлено методическое обеспечение учебного процесса (методические указания для слушателей, методические указания для преподавателей, наборы тестовых заданий для текущего и итогового контроля). Кадровое обеспечение реализации дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Косметология» включает 5 докторов наук профессоров, в т.ч. по дерматовенерологии, нормальной анатомии, медицинской психологии и психотерапии, анестезиологии и реаниматологии, хирургии, терапии экстремальных ситуаций. Доля штатных преподавателей, обеспечивающих реализацию обучения по косметологии, составляет 85%, имеющих ученую степень кандидат медицинских наук – 70%. Доля преподавателей, имеющих высшее медицинское образование, в общем числе научно-педагогических сотрудников, обеспечивающих обучение по косметологии, составляет 100%. Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности «Косметология» реализуется только в очной форме обучения с отрывом от производства.

Выводы. Реализация организационного обеспечения проведения дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Косметология» будет способствовать повышению качества оказания дерматовенерологической помощи населению по разделу «Косметология».

Проценко О.А., Темкин В.В., Милус И.Е., Кретова Л.А., Авсянкина Т.И.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР,
Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР,
Городские кожно-венерологические диспансеры гг. Макеевка, Снежное

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Цель. Оптимизация организации обучения врачей дерматовенерологов в условиях непрерывного медицинского образования как один из путей повышения качества оказания дерматовенерологической помощи населению республики.

Результаты. В связи с переходом на новые стандарты обучения и внедрением непрерывного медицинского образования особое значение приобретают информационные технологии и возможность доступа к ним врачам на разных уровнях оказания медицинской помощи. Внедрение информационно-коммуникационных технологий в настоящее время является неотъемлемой частью образовательного процесса и предполагает обеспечение нескольких обязательных этапов. Во-первых, овладение врачами навыками работы на компьютере, доступ в интернет-пространство и осуществление учебной деятельности. Во-вторых, обеспечение взаимодействия в работе кафедры и лечебных учреждений по вопросам выполнения тех или иных заданий с использованием информационных технологий. В третьих, «интернетизацию» преподавательской деятельности и расширение возможностей использования информационных ресурсов, обеспечивающих рост профессиональной компетентности как преподавателей, так и обучающихся. Важными методами повышения профессиональной компетентности врачей республики является доступ к вебинарам, интернет-конференциям, возможностью пользоваться информационно-образовательной средой, подготовленной преподавателями кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования университета. Особое место дистанционные технологии обучения занимают в условиях пандемии новой

коронавирусной инфекции и необходимости ограничения перемещения. Широкое использование информационных технологий обучения предполагает и развитие информационной культуры врачей-курсантов, с высокой степенью удовлетворенности информационным общением, эффективным использованием полученной информации. Формирование и развитие информационной компетентности обучаемых является важным фактором повышения профессиональной подготовки врачей дерматовенерологов и, как следствие, повышение качества оказания дерматовенерологической помощи населению республики.

Выводы. Организационное обеспечение и активное использование информационных технологий может существенно повысить эффективность обучения врачей дерматовенерологов при непрерывном медицинском образовании и повысить качество оказания дерматовенерологической помощи населению.

Проценко Т.В., Безуглый А.П., Милус И.Е

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,

Академия Последипломного образования Федерального Государственного бюджетного учреждения Федерального научного клинического Центра Федерального Медико-биологического Агентства России, МЗ РФ, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Цель. Определить возможности метода высокочастотной ультразвуковой визуализации кожи в оценке терапевтического патоморфоза некоторых хронических дерматозов.

Материал и методы. Высокочастотную ультразвуковую визуализацию кожи у 10 больных псориазом и атопическим дерматитом проводили до- и после лечения, использовали датчики 22 и 75 МГц с аксиальным разрешением 72 и 21 мкм, глубиной сканирования 8 и 4 мм, длиной скана 12,8 мм. Оценивали морфо-функциональные параметры эпидермиса, сосочковой и сетчатой части дермы в первичных воспалительных морфологических элементах сыпи – пятнах, папулах и бляшках.

Результаты. До начала терапии при прогрессировании дерматоза при высокочастотном ультразвуковом исследовании псориазных папул и бляшек, воспалительных пятен, папул и очагов инфильтрации при атопическом дерматите во всех случаях были выявлены различной степени выраженности проявления экссудативного и пролиферативного воспаления. Это проявлялось утолщением эпидермиса с деформацией контура эпидермиса, гиперэхогенными эпидермальными структурами, проникающими в сосочковую часть дермы. Субэпидермальная часть дермы во всех исследуемых случаях была гипо-анэхогенна. Высокочастотные ультразвуковые параметры не зависели от вида дерматоза, но соответствовали степени инфильтрации первичных морфологических элементов сыпи при псориазе и атопическом дерматите и были максимально выражены у пациентов с более высокими индексами PASI и SCORAD. Клинический регресс сыпи сопровождался уменьшением толщины эпидермиса при сохранении деформации контура эпидермиса, уменьшением гипо-анэхогенности субпапиллярной части дермы, не в одинаковой степени выраженности при одинаковом видимом клиническом разрешении. Обращало внимание, что у части пациентов даже при полном разрешении сыпи сохранялись изменения в эпидермисе и сосочковой части дермы, выявляемые при высокочастотном ультразвуковом исследовании.

Выводы. Высокочастотная ультразвуковая визуализация кожи является информативным неинвазивным методом оценки морфо-функциональных структур кожи и может быть объективным методом количественной оценки эффективности лечения некоторых хронических дерматозов, а также может быть использован при планировании реабилитационных мероприятий.

Проценко Т.В., Гаруст Ю.В., Шаталюк М.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Цель: изучить особенности лечебно-диагностической тактики у больных псориазом на фоне полиморбидности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента с псориазом с сопутствующей патологией, получавших стационарное лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере г. Донецка в период с 2018 по 2020 гг. Выборка осуществлялась методом направленного отбора. Объектом исследования стали больные псориазом на фоне полиморбидности. Проведен анализ патологии в зависимости от нозологии. Полиморбидная патология устанавливалась на основании анамнестических данных, результатов клинического осмотра и лабораторных исследований, а также консультаций смежных специалистов.

Результаты. В исследовании в соответствии с критериями включения находилось 34 мужчины и 28 женщин, средний возраст пациентов составил $52,8 \pm 2,5$ года. Наиболее часто у больных псориазом возникал в первой половине жизни, преимущественно в возрасте от 16 до 35 лет ($n=36$; 58%). У 25 (40,3%) пациентов псориаз носил семейный характер, отмечалась наследственная отягощенность по первой и второй линиям родства. При изучении причин возникновения псориаза провоцирующим моментом развития заболевания у 44 (71%) пациентов названо психоэмоциональное перенапряжение.

Два соматических заболевания встречалось у 30 (48,4%), три – у 24 (38,7%), четыре – у 5 (8,1 %), пять – у 3 (4,8%). При проведении исследования установлено, что наибольший удельный вес сопутствующей патологии при псориазе принадлежит болезням системы кровообращения, у 47 (75,8%) больных, при этом у одного больного могло быть несколько видов патологии. Так, ишемической болезнью сердца страдали 29 (47,7%) пациент, артериальной гипертензией – 26 (41,9%) пациентов. Второе место занимали заболевания нервной системы, у 36 (58%) пациентов, при этом заболевания центральной нервной системы были выявлены у 25 (40,3%) пациентов, периферической - у 18 (29,03%). Заболевания эндокринной системы занимали третье место и были установлены у 35 (56,5%) пациентов: сахарный диабет второго типа у 7 (11,3%) пациентов, заболевания щитовидной железы – у 26 (42%) пациентов, метаболический синдром - у 28 (45%) пациентов, ожирение – у 11 (17,7%). На четвертом месте были заболевания желудочно-кишечного тракта - у 28 (45,1%) пациентов, среди них преобладала язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 14 (22,5%) пациентов, хронический холецистит – у 20 (32,3%), хронический панкреатит - у 10 (16,1%). На пятом месте были заболевания моче-выделительной системы, у 7 (11,3%) пациентов: мочекаменная болезнь была у 5 (8,1%) пациентов, хронический пиелонефрит – 4 (6,5%) пациентов.

Выводы. Пациентам с псориазом при назначении лечения и, особенно перед выбором системной терапии, важно выявить сопутствующие заболевания. Необходимо исключить применение одновременно нескольких однонаправленных, взаимоисключающих или необязательных препаратов. Идеальное решение – многоцелевая монотерапия, т.е. применение лекарственных препаратов и форм с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем.

Проценко Т.В., Провизион А.Н., Провизион Л.Н.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА

Актуальность проблемы связана с тем, что себорейный кератоз (СК) является одним из наиболее часто встречающихся доброкачественных новообразований кожи у лиц в возрасте 45+ и нередко воспринимается лишь как эстетическая проблема.

Целью работы были клиничко-дерматоскопические сопоставления при СК различных топографических регионов.

Под наблюдением находилось 128 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (58 мужчин и 70 женщин), обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер г. Донецка в 2016 – 2018 гг. Обращение в связи с подозрением на меланому было у 26 (20,3%) больных, в связи с другими дерматозами – у 99 (77,3%) больных, в связи с эстетическим дискомфортом – 3 (2,4%) больных. Множественные очаги СК были у 78 (60,9%) пациентов (47 мужчин и 31 женщина), из них у 46 (58,9%) больных было одновременное поражение нескольких топографических регионов (лицо, волосистая часть головы, туловище), у 18 (23,2%) больных – поражение лица и волосистой части головы и 14 (17,9%) – поражение только туловища. Одиночные или единичные поражения были у 50 (39,1%) пациентов (11 мужчин и 39 женщин). При гендерном анализе обращало внимание, что в наших наблюдениях преобладали женщины – 70 (54,7%), мужчин было лишь 58 (45,3%), однако среди лиц с множественными очагами СК преобладали мужчины – 47 (60,3%), а женщин было почти в 1,5 раза меньше 31 (39,7%) больных. При анализе анамнеза отмечено, что длительность более 5 лет была у 79 (61,7%) больных, от 3 до 5 лет – у 29 (22,7%), менее 3-х лет – у 20 (15,6%) больных. Вспышкообразный характер появления множественных очагов СК отмечали 26 (33,3%) больных, у 14 (53,9%) из них в последующем была выявлена различная онкопатология (карцинома желудка – у 3, карцинома кишечника – у 2, рак щитовидной железы – у 3, рак шейки матки – у 2, аденокарцинома матки – у 1, аденокарцинома надпочечников – у 1, рак предстательной железы – у 2), у 9 (34,6%) – метаболический синдром и инсулинорезистентность, у 3 (11,5%) больных на момент обследования не было выявлено ни онкопатологии, ни признаков метаболических нарушений. У всех пациентов с множественными очагами СК была выявлена та или иная текущая соматическая патология, требующая врачебной коррекции, в т.ч. у 47 (60,3%) больных – аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом или тиреотоксикозом), а у всех женщин – гинекологическая патология с различной степенью активности (нарушение менструального цикла, патологический климакс, полипы шейки матки, эндометриоз, фиброма матки, кистозная трансформация яичников, фиброзно-кистозная мастопатия и др.). Дерматоскопические исследования проводили с помощью дерматоскопов Hiene Delta 20© (Германия) и FotoFinder handyscope for iPhone 5 (Германия). В качестве иммерсионных средств, для дерматоскопии использовали 70% спирт или гель для ультразвуковой диагностики. В соответствии с классификацией проф. Потекаева Н.Н. выделили три типа дерматоскопических изменений при СК: акантотический, кератотический и ретикулярный. Акантотический дерматоскопический тип СК был выявлен у всех больных с множественными СК, при этом в сочетании с кератотическим типом – у 16 (20,5%), с ретикулярным у – 1 (1,3%) больного. Проведен сравнительный дерматоскопический анализ типичных очагов (акантотический тип) в зависимости от топографического региона. Отмечено, что в наших наблюдениях большинство очагов СК на лице выглядели в виде бледно-коричневых и коричнево-серых очагов с неправильными контурами, шероховатой поверхностью; дерматоскопически преобладали милиумподобные кисты – у 51 (79,7%) больных, комедоноподобные отверстия – у 28 (43,8%), мозговидный рисунок – у 18 (28,2%), структуры в виде «отпечатков пальцев» – у 15 (23,4%), псевдосеть – у 17 (26,6%), сосуды в виде «шпилек» – у 31 (48,4%), «изъеденные молью края» – у 13 (20,3%), кератоз наблюдался у 27 (42,2%), папилломатозные разрастания – у 10 (15,6%), множественные пигментные точки («признак перчения») – у 8 (12,5%) больных. При локализации СК на коже туловища

(живот, поясничная область, спина) очаги были представлены в виде плоских различного цвета бляшек от серо-коричневых до темно-коричневых, с шероховатой, иногда веррукозной поверхностью. При дерматоскопии милиумподобные кисты были выявлены у 28 (46,7%) больных, комедоноподобные отверстия – у 21 (35,0%), мозговидный рисунок – у 38 (63,3%), сосуды в виде «шпилек» – у 16 (26,7%), «изъеденные молью края», – у 2 (3,3%), кератоз наблюдали у 13 (21,6%), папилломатозные разрастания – у 5 (8,3%), множественные пигментные точки – у 3 (5%) больных, структуры в виде «отпечатков пальцев» и псевдосеть при данной локализации выявлены не были. На волосистой части головы очаги СК были представлены пигментированными веррукозными образованиями; дерматоскопически: милиумподобные кисты были у 55 (85,9%) больных, комедоноподобные отверстия – у 33 (51,6%), мозговидный рисунок – у 8 (12,5%) больных, структуры в виде «отпечатков пальцев» – у 2 (3,1%) больных, , сосуды в виде «шпилек» – у 21 (32,8%), «изъеденные молью края», – у 31 (48,4%), кератоз – у 7 (10,9%), папилломатозные разрастания – у 9 (14,1%), множественные пигментные точки и псевдосеть не были выявлены ни в одном из 64 очагов СК.

Выводы. Проведенные исследования вскрывают не только дерматоскопические особенности СК различных топографических зон, но и подчеркивают целесообразность клинико-лабораторного и инструментального обследования больных для выявления текущей соматической патологии.

Пузик А.А.

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

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЫ МИРА В ПРОЦЕССЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Учитывая потребности межкультурной коммуникации XXI века, целью обучения иностранному языку становится формирование способности использовать иностранный язык как инструмент общения в диалоге культур и цивилизаций современного мира, инструмент общеевропейского и общепланетарного сотрудничества, как способ билингвистического и поликультурного саморазвития.

Совокупность способностей человека к иноязычному общению на межкультурном уровне, под которым подразумевается адекватное взаимодействие индивида с представителями других культур, рассматривается современной лингводидактикой как концепт «вторичной языковой личности».

Вторичная языковая личность есть совокупность черт человека, которая определяется овладением вербально-семантического кода изучаемого языка, т. е. «языковой картиной мира» носителей этого языка, и «глобальной» (концептуальной) картиной мира, позволяющей человеку осмыслить новую для него социальную действительность.

Развитие у студента свойств вторичной языковой личности, позволяющих ему быть эффективным участником межкультурной коммуникации, и является собственно стратегической целью обучения иностранному языку. Реализовать данную цель – значит не только развивать у обучаемого умения и навыки воспользоваться соответствующей иноязычной техникой, но и обеспечить его аутентичной внеязыковой информацией.

Поскольку процесс становления вторичной языковой личности связан не только с овладением обучающимся вербальным кодом иностранного языка и умением его использовать практически в письменной и устной речи, но и с формированием в его сознании «картины мира», свойственной носителю этого языка как представителю определенного социума, то обучение иностранному языку должно быть направлено на приобщение обучающихся к концептуальной системе неизвестного лингвосоциума.

Формирование иноязычной картины мира в сознании обучающегося является основной целью обучения в процессе лингвистической подготовки студентов. При этом вторичная языковая и концептуальная картины мира представляют собой «внешнюю» форму существования концептуальной или глобальной системы взаимосвязанной информации, отражающей познавательный опыт индивида на самых разных уровнях и в самых разных аспектах познания. В качестве «единицы» опыта выступает определенный набор данных о каждом конкретном иноязычном слове – лингво-когнитивная модель,

определяемая как «максимально обобщенное, схематизированное представление о концептуальном основании значения, выделяющее в значении наиболее важные, узловые моменты».

Таким образом, для решения проблемы построения вторичной языковой картины мира целесообразным представляется использование методов «когнитивной обработки языковых данных», а именно определение когнитивной модели лексического значения на основе анализа всех составляющих семантическую структуру данной лексемы смыслов.

Посредством выделения лингво-когнитивных моделей возможна категоризация различных понятий, что объясняет использование одной и той же лексемы для обозначения различных на первый взгляд явлений действительности.

Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Коробка Ю.Н., Сидорова Н.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РЕГИСТРАЦИИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ГЕПАТИТОМ С/В

Актуальность. Эксперты ВОЗ отмечают, что в 2019 году в мире инфицировано вирусным гепатитом В и/или С (HVC/B) от 130 до 210 млн. населения планеты, и из них каждый год погибает более 10 млн. Если не принять неотложные меры, то через 10-20 лет летальность от HVC/B в 3 раза превысит этот показатель при ВИЧ – инфекции. Сама по себе ВИЧ - инфекция, даже при сочетании с хроническими вирусными гепатитами, не является главной причиной смерти больных. Опасным для таких больных является развитие туберкулеза. В 2019 году в мире у 10,1 млн человек был зарегистрирован туберкулез. При сочетании тройной Ко – инфекции: туберкулез/ВИЧ-инфекция/парентеральный гепатит (ТБ+ ВИЧ + HCV) у пациентов намного чаще при лечении противотуберкулезными препаратами на фоне проводимой антиретровирусной терапии (АРТ) ВИЧ-инфекции, регистрируются развития нежелательных явлений лечения, проявляющиеся патологией печени, в том числе и цитолитическим синдромом. На фоне гепатотоксического действия препаратов, развиваются структурно-функциональные нарушения печени, что гораздо чаще приводит к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Целью работы было оценить частоту регистрации нарушения функции печени у больных туберкулезом ассоциированным ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и/или С на фоне проводимой комбинированной химиотерапии туберкулеза и АРТ.

Материалы и методы. Авторами было ретроспективно проанализировано данные 121 историй болезни пациентов с туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией и парентеральным гепатитом (ТБ-ВИЧ-HVC/B), находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулезном диспансере (2015 - 2020 г.).

Результаты и обсуждение: По возрасту основной контингент больных были репродуктивного и работоспособного возраста, из них в 61,7% случаев пациенты в возрасте 20-49 лет (средний возраст 34,53±5,97 лет). В основном больные данной категории были без официальной работы (78,5 %). По половому признаку соотношение среди пациентов с тройной ко-инфекцией (ТБ-ВИЧ-HVC/B) было 1:3 (одна треть были женщины, и две трети составили мужчины - 67,4%). Было установлено, что практически треть пациентов (26,2%) отбывали наказание (от 1 года до 18 лет) в пенитенциарных учреждениях. Больше чем в трети случаях (37,5%) ВИЧ - инфекция выявлялась одновременно с туберкулезом в противотуберкулезном диспансере. Но даже в случаях когда ВИЧ-инфекция выявлена была ранее – у 90 больных (62,5%), большая часть пациентов категорически отказывалась от АРТ – терапии. По распространенности туберкулезного поражения множественная локализация была установлена в 25,7% случаях. Бактериовыделение было зарегистрировано в 42,4% случаях. По клиническим формам легочного туберкулеза преобладали диссеминированные поражения - 45,8%, ин-

фильтративный туберкулез легких регистрировался реже – 35,4%, еще меньше было лиц с ограниченным поражением легких (очаговая форма) – 5,5% и с запущенными формами (фиброзно-кавернозный туберкулез легких) – 1,4 %. При изучении биохимических показателей крови было зарегистрировано повышение уровня ферментов печени (АлАТ и АсАТ) до начала лечения в 28,5% случаях. К концу 1-го месяца лечения данные показатели уже были повышены в 47,1% случаях. К окончанию 2-го месяца лечения (60 доз химиотерапии на фоне АРТ) наличие цитолитического синдрома с повышением уровня ферментов печени был зафиксирован уже в 62,5% случаях.

Выводы: Выявленная динамика изменений показателей биохимического исследования указывает на негативный токсический кумулятивный эффект противотуберкулезных препаратов на фоне АРТ на функцию печени у лиц с сочетанием туберкулеза ВИЧ-инфекции и гепатита В и/или С.

Рахимов О.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT AFTER OPEN CHOLECYSTECTOMY

Introduction. Diseases of the biliary tract are diagnosed worldwide in more than 10% of patients, today one of the most important tasks, among others, facing hepatobiliary surgery is the search for reliable and non-traumatic hemostasis and bilistasis. This, in turn, determines the favorable course of the postoperative period. Electrosurgery has the largest number of thermal injuries, but remains one of the most popular techniques used in interventions. The search for new methods, the development of modern means of hemostasis, with high efficiency and ease of use, is an urgent problem of surgery.

Objectives: To study the outcomes of surgical treatment after open cholecystectomy.

Materials and methods. The results of observation of 88 patients operated on for acute cholecystitis at the age from 21 to 76 years are presented. The average age of the patients was 53.4 ± 4.5 years. The first (main) group included 43 patients; for the purpose of hemostasis in the gallbladder bed, a new drug hemostatic sponge was used. In the control group, in 45 patients, the final hemostasis in the area of the gallbladder bed was achieved using monopolar coagulation.

Results and discussion. The duration of intraoperative hemostasis in the main group was 2.5 ± 0.79 minutes. The volume of intraoperative blood loss in the main group averaged 72 ± 19 ml. The duration of surgery in this category of patients ranged from 60 to 95 minutes, on average 71.3 ± 12.5 minutes. The drainage time of the gallbladder bed was 1.6 ± 0.73 days. In the main group, no intraoperative complications were observed, due to the use of a hemostatic sponge to stop bleeding from the gallbladder bed, and, as a result, the absence of thermal injuries to the surrounding tissues.

The duration of the surgical intervention using high-frequency energy was, on average, 94.7 ± 28.7 minutes. The time of intraoperative hemostasis in the control group was 4.8 ± 0.85 minutes. The volume of intraoperative blood loss in the control group averaged 115 ± 23 ml. Duration of drainage of the gallbladder bed in the control group of clinical observations was 4.2 ± 1.4 days. In 14 (31.1%) patients of the control group, various general and local complications were noted. Of the local (specific) complications, only 1 (2.2%) patient had intra-abdominal, and in 1 (2.2%) case, bile leakage through the drainage, on the 3rd day after the completion of laparoscopic cholecystectomy, laparotomy was performed. In one case, a lethal outcome was noted.

Conclusion. Thus, the use of the hemostatic sponge preparation has a number of advantages in comparison with the use of electrocoagulation: a high degree of adhesion to the bed of the gallbladder, instantaneous stopping of bleeding, complete absence of tissue damage, excluding damage to deep-lying vessels and bile ducts.

In addition, the use of the hemostatic sponge significantly reduces the total duration of the surgical intervention, the developed technique for stopping bleeding has reduced the number of postoperative complications by 1.5 times.

Рахимов О.У., Турсуметов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АППЛИКАЦИОННЫХ СПОСОБОВ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Актуальность. На сегодняшний день на мировом рынке представлено значительное количество аппликационных кровоостанавливающих имплантов отечественных и зарубежных производителей. Однако многие из них на фоне низкой гемостатической активности обладают слабой адгезивной способностью, что требует фиксации импланта к органу, тем самым нанося ему дополнительное повреждение и, как следствие, усиливая уже имеющееся паренхиматозное кровотечение. В клинической практике доступны и применяются различные способы интраоперационной остановки кровотечения, в том числе инновационный метод – применение локальных губчатых аппликационных гемостатических имплантов. По мере создания новых препаратов, сфера эффективного применения кровоостанавливающих средств местного действия будет расширяться, максимально заменяя традиционные хирургические манипуляции при остановке кровотечения аппликационной процедурой.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ применения аппликационных способов гемостаза после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты наблюдения за 51 больными, оперированными по поводу острого холецистита в возрасте от 24 - лет до – 72 лет. Средний возраст больных составил $47,5 \pm 14$ лет. В основную группу были включены 37 пациентов, с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован новый отечественный препарат гемогубка. В контрольную группу включены 14 пациентов, у которых после лапароскопической холецистэктомии с целью гемостаза использовали гемостатическую губку «SPONGOSTANTM STANDART» Distributed by ETHICONTM USA (Ferrosan Medical Devices, Soeborg, Denmark).

Результаты и их обсуждение. Продолжительность интраоперационного гемостаза в основной группе составила $2,3 \pm 0,49$ минуты. Учитывая объем и характер отделяемых из дренажа подпеченочного пространства, мы в 22 случаях дренажи удаляли на вторые сутки. Объем отделяемого из дренажа на 1-е сутки составило около 20 мл, на 2-е сутки составило около 15 мл, и на 3-е сутки 5 мл. В основной группе сроки дренирования ложа желчного пузыря составили $1,4 \pm 1$ суток. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе в среднем составил 65 ± 13 мл. Время интраоперационного гемостаза составила $2,3 \pm 0,49$ минуты. Продолжительность оперативного вмешательства у пациентов основной группы составила $61,2 \pm 4,8$ минуты, а в контрольной группе - $63,6 \pm 9,3$ минуты. Время интраоперационного гемостаза в контрольной группе составило $3,1 \pm 0,51$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в среднем составил 78 ± 18 мл. Объем отделяемого из дренажа на 1-е сутки составило в среднем 25 мл, на 2-е сутки составило в среднем 18 мл, и на 3-е сутки 8 мл. Сроки дренирования ложа желчного пузыря в контрольной группе составили $2,4 \pm 0,85$ суток.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что препарат «SPONGOSTANTM STANDART» по адгезивным и гемостатическим свойствам уступает отечественному препарату гемогубке. В основной группе больных во время, холецистэктомии для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря применение гемогубки позволило значительно уменьшить удельный вес отделяемых серозно-геморрагического и геморрагического характера из дренажной трубки, и сократить сроки дренирования.

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

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Луганской Народной Республики

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Как известно, наличие сахарного диабета (СД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) сопряжено с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых (СС) событий (Williams B, 2018). Кроме того, у значительной части пациентов АГ имеет резистентное течение, поэтому в практике врача-кардиолога по-прежнему остается актуальным вопрос поиска более эффективных комбинаций гипотензивных препаратов. Цель: изучить эффективность разных комбинаций гипотензивных препаратов с использованием азилсартана у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа. Материалы и методы. В исследование включены 36 пациентов с АГ на фоне СД 2 типа. Начальная доза азилсартана составляла 40 мг/сут в комбинации с хлорталидоном 12,5 мг/сут в течение 1 недели. При недостаточном клиническом эффекте доза хлорталидона была увеличена до 25 мг/сут. Для пациентов, не достигших целевых показателей АД по истечении 8 недель, доза азилсартана была увеличена до 80 мг/сутки, доза хлорталидона составляла 25 мг/сут. Период наблюдения составил 12 недель. Кроме того, пациенты получали стандартную гипотензивную терапию с использованием β -блокаторов в 31% случаев, блокаторов Са-каналов в 36%. В исследование включались больные с АГ 2 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой почечной или печеночной патологии. Эффективность терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению целевого АД в данной группе пациентов (менее 130/80 мм рт.ст.) через 1, 4, 8 недель. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты исследования. Через 1 неделю динамика значений периферического АД составила в среднем 11,3/7,1 мм рт.ст., при этом цифры САД снизились в среднем с 166 ± 11 мм рт.ст. до 153 ± 12 мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД – с 87 ± 6 мм рт.ст. до 85 ± 5 мм рт.ст. ($p > 0,05$). Однако, целевых значений АД $< 130/80$ мм рт.ст. в группе больных достигнуто не было. Через 4 недели наблюдалось дальнейшее снижение САД: до 140 ± 14 мм рт.ст., ДАД до 83 ± 5 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем – 13,1/7,2 мм рт.ст. ($p > 0,05$). Следует отметить, что целевые значения АД через 4 недели были достигнуты у 15 (42%) пациентов. Остальным 11 пациентам, не достигшим целевого АД, были даны рекомендации продолжить прием комбинированной терапии с использованием азилсартана в прежней дозе 40 мг/сут в сочетании с хлорталидоном 25 мг/сутки еще в течение 4 недель. К 8 неделям исследования у этих пациентов динамика средних значений периферического АД составила 13,6/7,3 мм рт.ст. ($p > 0,05$), также зарегистрировано снижение САД: до 144 ± 15 мм рт.ст., ДАД до 82 ± 6 мм рт.ст. Целевые значения АД через 8 недель были достигнуты еще у 4 пациентов и в целом к 8 неделям этот показатель составил 81%. После интенсификации гипотензивной терапии в виде увеличения дозы азилсартана до 80 мг/сутки, которая проведена 7 пациентам, динамика параметров периферического АД была наиболее выраженной. Так, значение САД снизилось до 128 ± 10 мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД – до 79 ± 5 мм рт.ст., при этом различия показателей ДАД стали достоверно значимыми ($p < 0,01$). Динамика значений периферического АД в среднем также была статистически значимой – 15,8/7,9 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Целевое АД достигнуто у 5 больных. В течение всего исследуемого периода в группе пациентов, получавших разных схемы гипотензивной терапии с использованием азилсартана, не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений, приводящих к прекращению приема препаратов.

Таким образом, по результатам проведенного нами исследования комбинированная гипотензивная терапия с использованием азилсартана показала высокую антигипертензивную эффективность и безопасность у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа, что может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шатилов А.В.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

СЛУЧАЙ СКЛЕРОПОДОБНОГО НЕВЕНЕРИЧЕСКОГО ЛИМФАНГИТА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Склерозирующий лимфангит полового члена – заболевание, связанное с воспалением лимфатических сосудов, встречается гораздо чаще, чем диагностируется.

Патологический процесс проходит вдоль ствола пениса или вокруг венечной борозды. Доставляет ощутимый дискомфорт. Течение заболевания доброкачественное, всегда заканчивается самопроизвольным излечением. В статье Н.А.Торсуева и М.Н. Бухаровича впервые дано подробное описание этого страдания.

Заболевание начинается без prodromов. В основном болеют молодые люди в возрасте от 18 до 38 лет. Сначала появляется один или группа плотных узелков, расположенных линейно, подобно шнуру длиной от 10 до 30 мм, плотной консистенции, резко ограничен от окружающих тканей. Кожа не изменена, легко смещается, при натягивании шнур легко определяется, неспаянный с кожей. Пальпация безболезненная.

Регионарные паховые лимфоузлы не изменены, хотя иногда могут быть увеличены, плотной консистенции.

Распознавание заболевания затруднений не вызывает. В анамнезе исключаются: первичный сифилис, гранулема инородных тел, банальный тромбофлебит, ограниченная лимфангиома.

К причинам лимфангита относятся: частые, бурные, продолжительные акты, усиленная мастурбация, выбор неподходящей позы для секса, болезненная стимуляция пениса, регулярные повреждения члена.

Характерными признаками склерозирующего лимфангита являются: наличие уплотнений в половом органе, болезненность в паху, редко покраснение пениса, иногда отечность тканей. Из-за лимфангита полового члена снижается сексуальное влечение. Мужчина намеренно отказывается от половой жизни, что зачастую приводит к психологическим проблемам.

В связи с редкостью заболевания, приводим свое наблюдение:

Больной А., 42 года, военнослужащий обратился с жалобами на появление безболезненного тяжа в области полового члена, заметил неделю назад, который несколько дней увеличивался в размере. Самостоятельно не лечился. По словам больного ни с чем не связывает.

Рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний детские инфекции. Венерические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Женат, супруга здорова. Внебрачные половые связи отрицает. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, видимые слизистые оболочки обычной окраски. Паховые и подмышечные лимфоузлы безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. Внутренние органы и нервная система без патологии.

По наружной поверхности полового члена располагается безболезненный плотный, слегка возвышающийся, цвета кожи тяж, в виде шнура длиной 5 см. При пальпации тяжа определяются два полусферических участка уплотнения. Выделений из уретры нет. Клинически анализы без патологии. Серологические реакции отрицательные.

Из анамнеза выяснилось: имеет бурные, продолжительные, частые половые акты, что явилось predisposing фактором заболевания.

Специального лечения данной патологии не требуется. Больному назначено местная противовоспалительная и рассасывающая терапия, парафинотерапия.

При повторном посещении через 20 дней, заболевание разрешилось полностью. Пациенту даны рекомендации – нормализовать половые сношения, избегать повреждений полового члена.

Радионов В.Г., Радионов Д.В.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Актуальность. В последние годы наблюдается постоянный рост заболеваемости населения различными новообразованиями кожи, значительную долю которых составляют доброкачественные новообразования, предраки и рак кожи. Несмотря на достигнутые успехи в оперативном лечении, в определенных случаях классический хирургический метод теряет свою актуальность за счет появившихся инновационных методов лечения, таких как лазерная, радио-волновая и крио-лазерная хирургия.

Цель работы. Разработать методики лазерного лечения и определить их клиническую эффективность в лечении дерматологических и дермато-онкологических заболеваний.

Материал и методы. Нами, еще в 1980-81 гг. была создана одна из первых лазерных лабораторий в Украине, насчитывавшая более 10 лазерных аппаратов, работавших в трех областях спектра: красном, фиолетовом и сине-зеленом (гелий-неоновые, гелий-кадмиевые и аргоновые). Это дало нам возможность проведения как экспериментальных, так и многих клинических исследований, что, впоследствии отразилось в нескольких сотнях научных публикаций, написанию кандидатских и докторских диссертаций. Проведенные исследования по изучению влияния трех спектров лазерного излучения на «капилляротоксический» фактор сыворотки крови больных, позволили нам разработать методики как наружной гелий-неоновой лазеротерапии при многих хронических дерматозах, так и внутрисосудистого лазерного облучения крови при многих соматических заболеваниях, в последствии названной ВЛОК.

Используя с 1981 года в эксперименте и клинике аргоновый лазер, нами было положено начало его применения в лечении доброкачественных и злокачественных опухолей кожи. Сегодня, для деструкции новообразований кожи, в том числе в косметологии, мы используем в лечении многих сотен пациентов уже в течение 20 лет диодные лазеры, генерирующие излучение в инфракрасном диапазоне с длиной волны 810 – 1470 нм., а также газовый углекислотный – CO₂ лазер, с хорошим терапевтическим и косметическим эффектом. Данные лазеры позволяют сформировать четкие границы зоны коагуляционного некроза, обеспечить надежный гемостаз, избежать диффузного и перифокального воспаления, что влечет за собой раннее формирование грануляционной ткани, незначительные сроки регенерации послеоперационных ран, они снижают развитие осложнений, дисхромий кожи, рецидивов, что приводит к формированию на месте новообразования нормотрофического рубца.

Выводы. Таким образом, наш 40-летний опыт использования низкоинтенсивных и высокоинтенсивных лазеров в лечении больных хроническими дерматозами, доброкачественными новообразованиями, предраками и раком кожи, свидетельствует о целесообразности их применения в дерматологической и дермато-онкологической практике с целью достижения хорошего терапевтического и косметического результата.

Радионов В.Г., Радионов Д.В., Хайминов Е.М.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ

Одной из наиболее часто встречающихся (до 80%) форм рака кожи (РК) является базалиома. Злокачественные новообразования кожи в Российской Федерации занимают первое место среди всех

опухолей и составляют более 12% в общей популяции онкобольных. На современном этапе оказания онкологической помощи больным РК, как в нашей республике, так и за рубежом используется достаточный арсенал инновационных, чаще радикальных методов лечения. Выбор метода лечения зависит от характера опухоли, её клиничко-морфологических характеристик, количества очагов, их локализации, размеров, уровня инвазии по Clark и толщины по Breslow, возраста пациента и его соматического состояния.

Цель исследования

Представить собственный опыт использования криодеструкции в лечении базо-целлюлярной эпителиомы и обобщить результаты проведенных клинических исследований.

Материалы и методы

Одним из эффективных современных методов лечения больных новообразованиями кожи является криодеструкция – наиболее распространенный метод лечения в условиях амбулатории и дневного стационара.

Под нашим наблюдением находилось 198 пациентов, которым на базе Луганского республиканского диспансера и первой в республике клинике дерматологии и косметологии ООО «Молекулярная диагностика плюс», была проведена криодеструкция базалиом различных локализаций, преимущественно в области головы и шеи. Среди них было 132 женщины (66.7%) и 66 мужчин (33.3%) в возрасте от 33 до 80 лет. Средний возраст в общей популяции составил 64,8 года. У большей части пациентов – 158 (79,8%) была установлена I стадия заболевания (T1N0M0), а у 40 (20,2%) человек была установлена II стадия (T2N0M0). Диагноз во всех случаях был подтвержден морфологически, после проведения инцизионной биопсии новообразования. Всем наблюдаемым проводилась аэрозольная криодеструкция при помощи криогенной системы «Сру-Ас Tracer», оснащенная производителем комплектом наконечников, ограничителями воздействия и расположенным над резервуаром криодеструктора инфракрасным датчиком контроля температуры охлаждения ткани непосредственно в очаге воздействия криоагента, которая при проведении процедуры составляла не менее – 300C, в противном случае, при других параметрах воздействия наблюдаются рецидивы опухоли. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о положительном эффекте и отсутствии рецидивов базалиомы у 96% наблюдаемых пациентов.

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Колчина М.В.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

МЕСТО КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА В СИСТЕМНОМ ВАСКУЛИТЕ

В 1866 году немецкие терапевт А.Kussmaul (1822 – 1902) и патологоанатом R.Maier (1824 – 1888) опубликовали статью, основываясь на истории болезни 27-летнего подмастерья портного, о неизвестном ранее «заболевании артерий - periarteriitis nodosa, протекающим с брайтовой (Ричард Брайт) болезнью почек и быстро прогрессирующем общим мышечным параличом», что и послужило основой эпонимического названия: Куссмауля – Мейера болезнь, которая известна уже более 150 лет. После Lindberg, который впервые в 1931-1932 гг. выделил кожную форму в качестве отдельного варианта узелкового периартериита, ряд авторов выражали свое согласие с подобным обособлением этой формы (Miescher, Slinger et Starck и др.). Тем не менее, известны случаи, когда некоторые общие симптомы системного васкулита, хотя неярко выраженные, имеются и при «кожной» форме. В свое время немецкие ученые Spier и Röckl еще в 1960 году отмечали, что генерализованные формы узелкового периартериита могут сопровождаться дерматологическими симптомами, но кожная форма этого заболевания «никогда не является предшественником узелкового периартериита». Кожная форма отличается хроническим и относительно доброкачественным течением без выраженных симптомов поражения внутренних органов. Даже если допустить, что кожная форма periarteriitis nodosa представляет собой заболевание, характеризующееся значительной степенью автономности, то и в этом

случае нельзя отрицать возможность перехода ее в поливисцеральный тип узелкового периартериита и рассматривать ее нужно лишь как одну из условных разновидностей, органически и неразрывно входящих в сложную структуру болезни Kussmaul-Maier.

Опытные специалисты, как нам представляется, при наличии соответствующей симптоматики и подозрении на плюривисцеральные поражения, характерные для узелкового периартериита, должны знать и клинико-морфологические особенности свойственные так называемой «кожной» форме данного заболевания, несмотря на то, что данное сочетание встречается крайне редко. Они заключаются в появлении небольшого количества узелковых или узловатых высыпаний, располагающихся по ходу кровеносных сосудов в собственно коже и в гиподерме, преимущественно на заднебоковой поверхности голеней (в области икроножных мышц), коленных, голеностопных суставов и стоп. Иногда узелки отмечаются в области туловища и верхних конечностей. Узелки размером до и чуть больше горошины, чрезвычайно болезненные при глубокой пальпации, что имеет большое диагностическое значение при их наличии. Кожа над ними чаще нормальной окраски, иногда розово-красная с цианотичным оттенком.

Параллельно с узелками могут появляться более выраженные инфильтраты типа узловатой или уплотненной эритемы. В отдельных узлах редко, но возможна едва ощутимая пульсация, что является достоверным признаком заболевания. Высыпания при кожной форме нередко носят приступообразный и полиморфный характер (пурпура, узелки, узлы, язвы с геморрагическим компонентом, корки, рубцы и др.). Для заболевания характерно хроническое ремиттирующее течение при сравнительно удовлетворительном общем состоянии больного.

Нередко, кроме указанной выше симптоматики, кожную форму узелкового периартериита сопровождают изменения типа ливедо различной величины и очертаний (синюшный рисунок сосудов кожного покрова вследствие локального нарушения кровообращения). Данные изменения могут быть в виде *livedo macularis*, *reticularis* et *racemosa* (пятнистые, сетчатые и ветвящиеся) с локализацией преимущественно на дистальных отделах нижних конечностей, реже на предплечьях, кистях, туловище, ягодицах. Со временем интенсивность ливедо становится более выраженной, на этом фоне (преимущественно в области лодыжек и тыла стоп) могут возникать мелкие кровоизлияния и изъязвления.

У некоторых больных данные клинические разновидности ливедо могут быть единственным и самостоятельным симптомом болезни Kussmaul-Maier, у других сочетаться с вышеуказанным (часть I) кожным полиморфизмом узелкового периартериита. Из субъективных ощущений, наряду с имеющейся кожной симптоматикой, больные ощущают боль, чаще в икроножных мышцах и суставах нижних конечностей, утомляемость, чувство онемения, парестезии. При этом, болезнь Рейно и облитерирующий эндартериит исключаются. Большое количество клинических вариантов узелкового периартериита свидетельствуют о его полиэтиологичности. Как результат длительного хронического воспаления с выраженными фибриноидно-некротическими изменениями сосудов и окружающих тканей в очагах поражения, чаще в нижней трети голеней и стоп, формируются рубцовые изменения с последующим появлением вторичного амилоидоза и упорно протекающим узелково-язвенным процессом и явлениями некроза с геморрагичностью.

Таким образом, различные формы васкулитов могут ограничиваться только лишь кожей, либо могут быть частью системных первичных или вторичных сосудистых заболеваний. Превращение одной формы аллергического васкулита в другую является не случайным и парадоксальным фактом, а закономерностью, описанной неоднократно, хотя эта трансформация встречается нечасто. Надо учитывать, что течение разных вариантов узелкового периартериита и вообще системных васкулитов отличается большим многообразием и изменчивостью, что существуют смешанные и переходные формы. Ввиду этого необходима исключительная настороженность врача, в первую очередь хирурга, с целью комплексного обследования висцеральных органов больного и дальнейшей его госпитализации, в условиях, когда легче принять все профилактические и лечебные меры, дабы не пропустить «абдоминальную катастрофу», так как патологический процесс чаще всего проявляется в органах брюшной полости, а по частоте абдоминальный синдром при узелковом периартериите занимает третье место после поражения почек и сердца.

Розумейко Л.А., Шаталова И.Г., Ткаченко И.В.

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, г. Хабаровск

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ Г. ХАБАРОВСКА

Актуальность проблемы врожденных пороков развития (ВПР) сохраняется на протяжении десятилетий, привлекая внимание научное сообщество и практическое здравоохранение, и определяется значительным их влиянием на заболеваемость, смертность и инвалидность в детском возрасте. Несмотря на постоянно проводимые профилактические мероприятия отмечается рост данной патологии среди детского населения (Минайчева Л.И., 2014; Левченко Л.А., Бабенко А.С., 2017; Нагорнева С.В. и соавт., 2018).

Цель исследования: проанализировать частоту, динамику и изменение структуры ВПР у новорожденных за последние 3 года в физиологическом родильном доме г. Хабаровска.

Исследование проведено на базе КГБУЗ «Родильный дом № 4» МЗ ХК за период 2018-2020гг. В ходе исследования проанализированы анамнез матерей и данные обследования в женской консультации, обращалось внимание на наличие отягощенной наследственности, вредные привычки в семье и профессиональные вредности.

За исследуемый период число новорожденных, родившихся живыми в 2018г. составило 1744, в 2019г. – 1707, в 2020г. – 1637. Анализ заболеваемости новорожденных по годам выявил тенденцию к ее росту: 2018г. – 149,2‰, 2019г. – 156,1‰, 2020г. – 177,8‰. С 2018 по 2020гг. в роддоме выявлено 72 ребенка с ВПР различных органов и систем. В 2018г. родилось 15 детей с ВПР (8,6‰), в 2019г. было выявлено 27 детей (15,82‰) и 30 (18,33‰) – в 2020г. Анализируя структуру ВПР, были выявлены как изолированные, так и сочетанные пороки. В 2018г. ВПР сердечно-сосудистой системы отмечены в 33,3% случаев, пороки развития мочеполовой системы – 26,7%, пороки органов пищеварительной системы – 6,7%. Другие ВПР составили 33,3%: атрезия хоан, синдактилия, полидактилия, энцефалопатия, патология развития ушной раковины с тугоухостью. В 2019 году ВПР мочеполовой системы наблюдались в 59,3% случаев, пороки желудочно-кишечного тракта – 3,7%, пороки сердечно-сосудистой системы – не отмечались. Другие ВПР были выявлены в 37,0%, в том числе: поли- и синдактилия, синдром Пьера-Робена, косопласть, порок развития гортани, расщелина мягкого и твердого неба. В 2020 году частота выявления ВПР мочеполовой системы составила 26,7%, сердечно-сосудистой системы – 23,3%, пищеварительной системы – 10%, других аномалий развития – 40%: эктопия ануса, полидактилия, косопласть, неутонченные.

Максимальное число детей с ВПР родилось от матерей в неблагоприятном репродуктивном возрасте старше 30 лет. Возраст родильниц в большинстве случаев был старше 39 лет (88,9%). От первых родов родилось 37,5% детей, от вторых – 41,7%, от третьих – 19,4% и от шестых – 1,4%. В результате анализа особенностей течения беременности у матерей новорожденных с ВПР установлены некоторые причины, которые могли повлиять на развитие ВПР у плода. Настоящая беременность протекала с урогенитальной инфекцией у 66,6% женщин; гестозом у 12,5%; анемией у 11,1%; угрозой прерывания беременности у 18,1%. Во время беременности переболели ОРВИ, гриппом 43,1% женщин. Фетоплацентарная недостаточность была диагностирована у 11,1% беременных, патология мочевыделительной системы – у 8,3% и эндокринной системы у 6,9% беременных. Вредные привычки (курение) имели 33,3% женщин.

Подводя итог представленным данным, можно сделать следующие выводы:

1. За исследуемый период на фоне снижения рождаемости наметилась тенденция к увеличению числа ВПР среди новорожденных.
2. В структуре ВПР ведущие места занимают пороки развития сердечно-сосудистой и мочеполовой систем.
3. Возраст родильниц в большинстве случаев превышает 39-40 лет.
4. Среди патологии беременности преобладают урогенитальные инфекции и ОРВИ.

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

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Мезодиэнцефальная модуляция (МДМ) – метод транскраниальной электротерапии низкоинтенсивным импульсным током с силой до 6 мА в амплитуде, избирательно активирующий работу нейроэндокринных центров, расположенных в среднем и промежуточном мозге. МДМ прежде всего направлена на улучшение работы адаптационной системы через активацию управляющих центров опиоидной и гипоталамо-гипофизарной систем головного мозга. Ставится задача не только усиления адаптационного ответа при уже состоявшемся повреждении организма (острое заболевание или обострение хронического, травма, отравление, физическая или психоэмоциональная перегрузка и т.д.), но и повышения адаптационного потенциала с помощью перевода функционирования нейроэндокринно-иммунного комплекса на более высокий уровень в течение продолжительного времени для профилактики обострений хронических патологических процессов и достижения стойкой ремиссии. Такой подход можно поставить над патогенетической терапией, так как речь идет о коррекции общебиологической неспецифической реакции, способной защитить организм независимо от этиологии патогенного агента. Изменения состояния антистрессорной и адаптационной систем во время курса МДМ – терапии сопровождаются перестройкой деятельности всего организма на уровне систем органов, отдельных органов, тканей и клеток. В частности, реально улучшается качество взаимодействия и синхронности работы систем органов, а также работа отдельных органов, в первую очередь имеющих отклонения от нормы или пораженных патологическим процессом. Кроме того, меняется целый ряд биохимических процессов на клеточном уровне, в частности, в условиях общей и местной гипоксии происходит перестройка энергетического обмена, позволяющая обеспечить адекватную выработку энергетических субстратов в условиях недостатка кислорода.

Таким образом, речь идет о влиянии на общебиологические механизмы, так как реакция адаптационной системы, в основном, неспецифична и не зависит от этиологии патологического процесса. Коррекция адаптационного ответа на уровне центра управления приводит к активации комплекса защитных мероприятий и изменению состояния организма в целом. Клинически это выражается в улучшении течения острых заболеваний и реальной профилактике обострений при хронических патологических процессах.

Клинические эффекты МДМ-терапии включают: выраженный антистрессовый эффект при всех видах ургентной патологии, различных видах неврозов, а также при обострениях хронических процессов; стимуляцию в 1,5-2 раза репаративных процессов; значительный обезболивающий эффект; выраженный клинический эффект у больных преклонного возраста с комплексом хронических заболеваний и непереносимостью фармакологических препаратов.

Как показали многочисленные исследования, метод МДМ при лечении ряда заболеваний (причем, по ведущим нозологиям – кардиология, неврология, психиатрия, травматология и мн. др.) демонстрирует эффективность, безопасность и экономическую целесообразность. Имеются единичные публикации об эффективности использования МДМ-терапии при псориазе, атопическом дерматите.

Аппараты для мезодиэнцефальной модуляции (МДМ-101) используются в практической работе более 1000 медицинских учреждений Российской Федерации. Экономический эффект от применения разработанных медицинских технологий составляет более 100 млн. рублей в год.

Таким образом, опыт использования метода МДМ в клинической практике показал его эффективность, безопасность и востребованность.

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Захарова В.В., Капустина Н.В.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

С 1986 г. стала возможна разработка и внедрение в клиническую практику ультразвукового исследования кожи (УЗИ), как мультимодального исследования кожи *in vivo*, включающего тканевые изображения структуры тканей, оценки кровотока и эластичности. Визуализируется реальная микроанатомическая структура тканей, что позволяет проводить объективные прямые морфофункциональные параметры кожи (толщина эпидермиса, дермы и гиподермы, их акустическая плотность, оценка размеров, границ и структуры патологических очагов при воспалительных, атрофических, склеротических, некротических и опухолевых процессах в коже) в режиме импульс-эхо. Ультразвуковые волны являются механическими колебаниями и поэтому изображения, получаемые при помощи ультразвука, отличаются от оптических. Отражения волны принимаются пьезокристаллом в промежутках между зондирующими импульсами и трансформируются в электрические сигналы, которые отражаются на экране осциллографа или монитора. Основой высокочастотной ультразвуковой визуализации является сканирование кожи на высоких ультразвуковых частотах (от 22 до 100 МГц) и построение двух и трехмерных изображений внутренней структуры эпидермиса, дермы, гиподермы, поверхностных фасций и мышц на микроскопическом уровне с разрешающей способностью (минимальным размером объекта) от 80 до 15 мкм (0,08-0,016 мм). Сравнительная оценка размеров патологических очагов в эпидермисе и дерме выявила сильную корреляцию между значениями, полученными на высоких звуковых частотах сканирования и гистоморфометрии кожи.

Высокочастотная визуализация нашла широкое применение в дифференциальной диагностике и мониторинге дерматозов и опухолей кожи, а также в эстетической медицине. Так, при atopическом дерматите только в остром периоде отмечено характерное появление гипозоженной дорожки между эпидермисом и дермой. При воспалительных инфильтратах инфекционной этиологии, различных формах акне изменения тканей визуализируются в виде гипозоженных областей различной формы, совпадающих с расположением патологических очагов. В отличие от эхокартины здоровой кожи, псориазная бляшка была представлена толстой гиперэхоженной полоской (гиперкератоз). В верхней части дермы визуализировалась гипозоженная ткань полосовидной формы, что возможно свидетельствовало о наличии инфильтрата различной степени выраженности. Динамика изменений эхокартины поражений на фоне топической терапии соответствовала клиническому регрессу псориазной бляшки. При УЗИ доброкачественных новообразований кожи удастся с высокой точностью определить размеры и глубину распространения опухолей для последующего их удаления. При УЗИ меланомы кожи возможны измерения толщины опухоли и оценка скорости ее роста в динамике, что однако не позволяет определить ее гистологическую структуру. Поэтому, гистологическое исследование образования и биопсия регионарного лимфатического узла для верификации диагноза является обязательным.

В косметологической практике высокочастотное УЗИ кожи позволяет проводить прямые измерения толщины дермы, которая коррелирует с возрастом пациентов, а также выявлять индивидуальные фенотипические особенности кожи пациентов.

Наиболее важные преимущества УЗИ кожи – это неинвазивность, безболезненность и возможность применения многократно при динамическом наблюдении. Внедрение метода УЗИ кожи существенно расширяет диагностические возможности в дерматологии и косметологии, способствуют оптимизации лечебно-реабилитационной тактики.

Рыбак М.Н., Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В.

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

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА МАССУ ТЕЛА КРЫС

Цель: определить влияние метформина на массу крыс при стероидном диабете.

Материал и методы: исследования выполнены на 30 крысах-самцах, начальной средней массой $205 \pm 2,39$ г и возрастом 6 месяцев, содержащиеся на стандартном рационе и доступе к воде в условиях вивария Центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Доза метформина составляла 30 мг / кг / сутки, доза преднизолон – 0,1 мг / кг / сутки. Взвешивание животных проводили с помощью стандартных кухонных электронных весов. Крысы были распределены на четыре группы: интактные, пять животных (без введения препаратов); группа контроля, пять крыс (перорально метформин); группа сравнения, 10 животных (перорально преднизолон) и опытная группа, 10 крыс (перорально преднизолон и метформин). Расчёт минимального количества выборки проводился с помощью лицензионной программы MedStat v. 5.2 (Copyright © 2003-2019).

Результаты: Стероид-индуцированный сахарный диабет (ССД) – это состояние, характеризующееся увеличением уровня глюкозы в крови, связанное с экзогенным введением глюкокортикоидов у пациентов, в анамнезе которых отсутствует сахарный диабет 2-го типа. Критерии диагностики ССД и сахарного диабета 2-го типа не отличаются.

Метформин растворяли в воде. Преднизолон растворяли в растительном (подсолнечном, рафинированном) масле и подмешивали в корм животного, при этом чётко следили за количеством съеденной крысами пищи, чтобы минимизировать потери препарата.

Масса тела интактных крыс за девять месяцев эксперимента увеличилась на 64 % по сравнению с первыми стуками, $p < 0,001$. Масса тела контрольной группы также увеличилась на 46 %, по сравнению с данными первых суток, $p < 0,001$. Это на 18 % меньше, $p < 0,01$, чем у интактных животных. Это может говорить о положительном влиянии метформина на метаболические процессы и, возможно, набор массы тела у животных со сниженной активностью.

Масса тела животных группы сравнения к трём месяцам достигла 154 % по сравнению с данными первых суток, $p < 0,001$. Это было на 18 % больше, чем данные интактных животных на этот период эксперимента и на 32 % больше, чем у животных группы контроля, $p < 0,01$. Это свидетельствует о выраженных метаболических нарушениях, возможно даже и развитии метаболического синдрома на фоне приёма глюкокортикоидов (преднизолон), то есть свидетельство развития стероидного диабета. Через пол года масса животных группы сравнения начала уменьшаться и составила 144 % от данных за первые сутки, $p < 0,001$, и статистически не отличалась, $p > 0,05$ от показателей интактных животных и животных группы контроля на данном этапе эксперимента. Возможно, это было связано с развитием необратимых метаболических и дистрофических изменений на фоне прогрессирующего стероидного диабета, так как с этого момента животные начали гибнуть и в течение двух месяцев все были выведены из эксперимента.

Масса тела животных опытной группы к трём месяцам статистически значимо увеличилась на 10 %, $p < 0,05$; была меньше массы тела животных группы сравнения и составила 144% $p < 0,001$, от исходной массы тела. На всём протяжении исследования масса тела опытной группы статистически не отличалась от показателей интактной группы $p > 0,05$. Это можно расценивать как частичное нивелирование метформинном развития преднизолонового метаболического синдрома.

Выводы: в ходе эксперимента определили, что метформин оказывает положительное влияние на метаболические процессы и способствует снижению веса у животных с пониженной активностью, а также установили возможность нивелировать развитие преднизолонового метаболического синдрома с помощью метформина.

Рыбак М.Н., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И.

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

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КРЫС

Цель: определить влияние метформина на продолжительность жизни крыс при стероидном диабете.

Методы и материалы: Исследования выполнены на 30 крысах-самцах, начальной средней массой $205 \pm 2,39$ г и возрастом 6 месяцев, содержавшиеся на стандартном рационе и доступе к воде в условиях вивария Центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Доза метформина составляла 30 мг / кг / сутки (максимальная нетоксичная доза согласно инструкции к препарату по Vidal), доза преднизолон – 0,1 мг / кг / сутки (минимальная поддерживающая кушинговская доза согласно инструкции к препарату по Vidal. Рассчитывалась максимальная и средняя продолжительность жизни крыс в днях от момента включения животного в эксперимент до его гибели. Крысы были распределены на четыре группы: интактные, пять животных (без введения препаратов); группа контроля, пять крыс (перорально метформин); группа сравнения, 10 животных (перорально преднизолон) и опытная группа, 10 крыс (перорально преднизолон и метформин). Расчёт минимального количества выборки проводился с помощью лицензионной программы MedStat v. 5.2 (Copyright © 2003-2019). Была изучена средняя и максимальная продолжительность жизни животных. Метформин растворяли в воде. Преднизолон растворяли в растительном (подсолнечном, рафинированном) масле и подмешивали в корм животного, при этом чётко сладили за количеством съеденной крысами пищи, чтобы минимизировать потери препарата.

Результаты: Максимальная продолжительность жизни крыс группы сравнения составила 231 день, минимальная – 210 дней. Максимальная продолжительность жизни крыс опытной группы составила 273 дня, минимальная – 245 дней. Средняя продолжительность жизни крыс укладывалась в закон нормального (Гауссовского распределения), потому была рассчитана $M \pm m$. Для группы сравнения она составила $221 \pm 3,6$ дня, для опытной группы $260 \pm 5,3$ дня, с разницей в 39 дней (больше на 17,6 %), $p < 0,001$. Полученные данные явно указывают на статистически различимые, а главное клинически значимое увеличение максимальной и средней продолжительности крыс при стероидном диабете на фоне введения метформина.

Выводы: Введение метформина статистически значимо увеличивает продолжительность жизни крыс со стероидным диабетом с разницей в 39 дней (больше на 17,6 %), $p < 0,001$ и предположительно продолжительность жизни контрольных крыс.

Ряполова Т.Л.

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

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПЕРИКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье – это «... состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал... и эффективно функционировать». N. Sartorius (1978) в качестве генерального директора ВОЗ расширил это определение следующими характеристиками: отсутствие выраженных психических расстройств; определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах; состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармония между ним и обществом, сосуществование представлений отдельного человека с представлениями других людей об «объективной реальности».

Для оценки состояния психического здоровья населения в период пандемии COVID-19 и квалификации воздействующих на него факторов, нами были выделены следующие уровни психического здоровья. Личностно-смысловой уровень - высший уровень субъективного благополучия личности, определяется интегративными особенностями личностных ресурсов (внутренняя целостность, гар-

моничная включенность в социум, стремление к самоактуализации) характеризуется стремлением к достижению своего предназначения, смысла жизни. На состояние личностных ресурсов в периковидный период оказывают влияние и трансформируют их неопределенность жизненной ситуации, угроза жизни и существованию как реальные (вследствие тяжести болезни), так и усугубляющиеся под влиянием СМИ/Internet, а также кардинально меняющие стиль жизни карантин и самоизоляция.

Уровень индивидуально-психологического здоровья - собственно психическое здоровье человека, в основе которого - психические процессы как первичные регуляторы жизнедеятельности, способы реализации смысловых устремлений. На данном уровне происходит собственно нарушение психических функций с формированием типичных для периода пандемии депрессии, тревоги, фобий, ипохондрии, obsessions, инсомнии, симптомов ПТСР и пр.

Уровень психофизиологического здоровья - внутренняя, мозговая, нейрофизиологическая организация различных актов психической деятельности; физический носитель психических процессов (собственного психического здоровья). На данном уровне формируются нейрофизиологические нарушения, являющиеся биологической основой психических расстройств. В нынешней ситуации на данном уровне «работают» факторы энцефалопатии (нейротоксичность вируса, сосудистые нарушения, гиперкоагуляция, нарушенный иммунный ответ, в т.ч. при цитокиновом шторме), побочных действий стероидной терапии.

Проблемы психического здоровья в периковидный период могут быть, по нашему мнению, ноогенными, развивающимися как патологические реакции личности на психотравмирующий факт болезни и ее последствия; психогенными с формированием симптомов ПТСР (у 33,6% больных с COVID-19) и являющимися, по сути, «второй волной цунами COVID-19 (Dutheil F., Mondillon L., 2020); соматогенными, возникающими вследствие нейротоксического эффекта вируса COVID-19, патологического иммунного ответа, сосудистых поражений, гиперкоагулопатии и пр. Несмотря на отчетливые патогенетические механизмы формирования органических психических расстройств, инфекция COVID-19 является в значительной мере социальной, диктует человечеству правила глобальной и индивидуальной самоизоляции, делая людей зависимыми от ситуации; лишает личность возможности быть самим собой и реализовывать собственный потенциал, обрекая членов общества на неаутентичное существование – несвободное зависимое существование с низким уровнем само-реализации.

С нашей точки зрения, нарушение основных экзистенциально-гуманистических (по Дж. Бьюдженталь) принципов существования личности происходит следующим образом: экзистенциальный страх вследствие фатальной угрозы может приводить к утрате самосознания; развивающиеся депрессия и тревога приобретают генерализованный, затрагивающий другие психические функции и личность в целом, характер; социальное общение ограничено, сильны стигматизирующие влияния, меняется форма отношений с преобладанием цифровых и дистанционных способов; пандемия и сопряженные с ней карантин и самоизоляция ограничивают и видоизменяют выборы личности; пандемия ставит под вопрос будущее всего человечества, соответственно, личность теряет цели, жизнь каждого человека утрачивает свою ценность, оказывается лишенной смысла. Необходимо время, чтобы каждая личность осознала новую реальность, сформировала и приняла новые жизненные смыслы, ориентированные на саморазвитие, самоактуализацию, самопринятие и позволяющие реализовывать высшие гуманистические ценности добра, любви, эмпатии, солидарности.

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.

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

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Психологические аспекты репродуктивного здоровья семьи и методы психотерапевтической работы с ним — одна из наименее изученных тем как в психологических, так и в медицинских сферах исследований. Психотерапия — это система лечебного воздействия на психику и организм через пси-

хику (Б.Д. Карвасарский, 2006). Общая цель психотерапии заключается в том, чтобы помочь пациентам преобразовать свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. Основными задачами психотерапии являются: помочь пациенту лучше понять свои проблемы, устранение эмоционального дискомфорта, поощрение свободного выражения чувств, обеспечение пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы и помочь пациенту в проверке новых способов мышления и поведения.

Задачи психотерапевтической службы не ограничиваются одним только психотерапевтическим лечением больных, обратившихся за помощью в психиатрические учреждения здравоохранения. Перед ней стоят и другие задачи, в первую очередь – это повышение эффективности собственно соматоориентированной терапии, а также предотвращение нозогенных реакций соматических больных

Наряду с такими фундаментальными направлениями психотерапии, как психодинамическое, экзистенциально-гуманистическое (феноменологическое) и когнитивно-поведенческое, показана значительная эффективность в работе с репродуктивным здоровьем системной семейной психотерапии (А.Ю. Монахова, 2012). В рамках этого направления семья воспринимается как социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Семья — это «живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл» (А.В. Черников, 1997). Под системой подразумевается множество взаимосвязанных элементов, отграниченное от среды и реагирующее на изменение среды как целое. Понятие системы в рамках данного психотерапевтического направления происходит из так называемого «организмического взгляда на мир», подразумевая, что целое больше, чем сумма его частей, все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают (А.Я. Варга 2001).

Т.н. дисфункциональная семья может стать причиной возникновения и усугубления различных нервно-психических и соматических симптомов (касающихся, в том числе, и репродуктивной сферы), расстройств личности и социального приспособления у членов семьи. Дисфункциональная семья нередко приводит в действие механизмы патологизирующего семейного наследования – формирование, фиксацию и передачу паттернов неадаптивного эмоционально-поведенческого реагирования от представителей одних поколений семьи представителям других (Э.Г. Эйдемиллер, 1990, 2003, 2005).

Таким образом, в системном подходе проблемы и их решения выведены за границы индивидуума и рассматриваются в контексте взаимоотношений (Г.Л. Будинайте, А.Я. Варга, 2005). Репродуктивная функция семьи так же встроена в систему взаимодействий и динамику микросоциального функционирования. Нами разрабатывается и активно внедряется в практику системный подход в оказании психотерапевтической помощи семьям, в том числе, с нарушениями репродуктивного здоровья.

Садеков Д. Р., Ермаченко А. Б.

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

К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЫЛИ В ВЫБРОСАХ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ

Проблема защиты окружающей среды и обеспечения эколого - гигиенической безопасности – одна из главных задач современности. Безопасность должна рассматриваться не только в глобальных, но и в региональных и локальных рамках, в том числе в пределах городов. Одним из важнейших направлений обеспечения экологической безопасности на локальном уровне является решение проблем загрязнения атмосферы городов.

Одними из основных источников пылевого загрязнения атмосферы населенных мест по-прежнему остаются теплоэлектростанции (ТЭС), так как они потребляют низкокачественные необогащенные высокочемные угли. В результате деятельности ТЭС в атмосферу поступает летучая зола, обогащенная различными химическими компонентами, в том числе тяжелыми металлами (ТМ). Тяжелые металлы седиментируются, накапливаясь в различных компонентах экосистем.

Особую опасность представляют субмикронные фракции летучей золы вследствие их легкости проникновения через газоочистное оборудование. На сегодняшний день существующие технические решения являются затратными для предприятий и практически не осуществимы.

Недостаток информации о предприятиях ТЭС по производству электроэнергии, как источниках загрязнения окружающей среды, а также о количестве и характере выбросов этих загрязнителей ограничивает возможность разработки оздоровительных мер на стадии предупредительного и текущего санитарного надзора.

В результате наших исследований установлено, что механизм воздействия мелких частиц каменно – угольной золы определяется их размером и площадью поверхности.

Выявлена качественная и количественная зависимость между уровнем загрязнения атмосферного воздуха и показателями общего и местного иммунитета у детей, а также выявлены некоторые тенденции накопления металлов в биологических средах (моча, волосы) детей, проживающих в условиях различной аэрогенной химической нагрузки.

Длительное поступление в организм взвешенных частиц проявляется повышением заболеваемости болезнями органов дыхания: хроническим бронхитом, бронхиальной астмой.

Получена количественная оценка влияния выбросов ТЭС на окружающую среду и здоровье населения, дифференцируемого по возрасту, пространственной локализации места проживания и работы.

Представлены аспекты патогенеза дизадаптационных сдвигов в системе мать - плацента - плод на основании взаимосвязи нарушений клинико-функциональных, иммунных показателей беременных контактирующих с вредными выбросами.

Дан прогноз возможного увеличения заболеваемости населения под воздействием факторов загрязнения с учетом фактически сложившегося состояния окружающей среды. Выявлены приоритетные группы риска детского и взрослого населения, наиболее подверженного воздействию загрязнения атмосферного воздуха взвешенными частицами.

Предложены рекомендации по оптимизации социально-гигиенического мониторинга и управлению рисками на основе установления связей и зависимостей между показателями загрязнения окружающей среды и состоянием общественного здоровья населения.

Сажина О.С., Ушич О.А., Вольваков В.В., Фесенко А.С.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ОДИНОЧНЫХ ЗУБОВ И КОРНЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Актуальность. Протезирование челюстей с одиночно стоящими зубами имеет особенности, которые заключаются как в предварительной подготовке к протезированию, так и в способах фиксации и конструировании съемных протезов. Для восстановления целостности зубных рядов в этом случае используются частичные или тотальные перекрывающие съемные пластиночные протезы. Современные самотвердеющие эластичные полиметакриловые материалы позволяют провести такую пластическую реставрацию одиночно расположенных зубов при подготовке к съемному протезированию. В описании к применению данных материалов указывается, что они предназначены для изготовления различных стоматологических конструкций.

Цель. Представить предложенную и апробированную методику армированной пластичной реставрации культи при протезировании перекрывающимися протезами.

Предлагаемая методика: Конструкция разработанной нами реставрационной культи состоит из таких элементов: корневая часть культи, головка культи, перфорированная металлическая армирующая конструкция.

Для изготовления данной конструкции корень зуба подготавливается общеизвестным способом.

С использованием силиконовых оттисковых материалов снимается двухслойный частичный анатомический оттиск с корня и прилегающих тканей. Отливается рабочая модель из супергипса. После застывания и подготовки гипс покрывается компенсационным лаком.

Затем изготавливается внутриканальная часть будущей реставрации. Она выполняется пустотелой с перфорированными стенками. Моделирование проводится в два этапа. Сначала часть перфорированного внутриканального конуса, а потом – сферическая надкорневая часть, которая также имеет

перфорации. После припасовки элементов восковой композиции они соединяются между собой. При изготовлении надкорневой части культы необходимо, чтобы данный элемент не перекрывал уступ тканей корня и не контактировал с ним.

Необходимо отметить, что создаваемые в каркасе перфорационные отверстия должны формироваться определенного диаметра (до 0,2 мм).

Формируется эластическая культа. Ее форма должна соответствовать рельефу участка альвеолярного отростка или конусной коронки.

После окончания полимеризации поверхность облицованной конструкции обрабатывается традиционным способом для эластичных пластмасс.

Материал и методика исследования. По предлагаемой методике проведено протезирование 28 пациентов на нижней челюсти, эффективность протезирования проведено по методике - проба Рубинова.

Результаты исследования: При контрольном осмотре через год определяется жевательная эффективность по Рубинову 62-84%. Время жевания 47-124 сек.

Адаптация: Пациенты отметили, что адаптировали данные протезы в течение 15-20 дней.

Закключение. Данная конструкция позволяет сохранить одиночные корни и тем самым предотвратить развитие главного осложнения патологического процесса при съемном протезировании – атрофию костной ткани альвеолярного отростка челюсти за счет равномерного распределения жевательной нагрузки.

Сажина О.С., Яворская Л.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТИПА ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА И ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Нарушения окклюзионных контактов вызывают ряд патологических проявлений: патологию пародонта, твердых тканей и пульпы зуба в месте расположения суперконтакта или изменение функции жевательных мышц, смещение челюсти в положение привычной окклюзии, чтобы обойти окклюзионное препятствие. Это ведет к перепрограммированию движений нижней челюсти, травме и нарушению гемодинамики тканей сустава, микротравматическому артрозу.

Окклюзионная диагностика не может быть исчерпана наличием только морфологических признаков, т.е. классификацией аномалий прикуса. Необходимо определить зависимость морфологических признаков прикуса и функциональных — количества и качества окклюзионных контактов в положениях боковых и передней окклюзии, только тогда будет объективная оценка зубочелюстной системы.

Цель исследования — выявить количество окклюзионных нарушений у пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи было проведено клиническое обследование 69 человек в возрасте 22 - 36 лет.

Результаты исследования. При обследовании пациенты были разделены на три типа: первый тип — окклюзионные контакты в пределах нормы, второй тип — окклюзионные нарушения у пациентов с аномалиями прикуса, третий тип - окклюзионные нарушения с аномалиями прикуса и вторичными деформациями.

При обследовании пациентов первой группы (16.6%) — при протрузионных движениях нижней челюсти контактировали резцы, а боковые зубы не имели контакта. При боковых движениях нижней челюсти на латеротрузионной стороне у 4.15% - контакт на клыках, а у 12,5% групповые контакты на щечных буграх жевательных зубов и на медиотрузионной стороне зубы не имеют контакта.

При обследовании второй группы 30 пациентов (55.5%) — при протрузионных движениях контакт резцов был на одном или двух зубах, а также были выявлены контакты на дистальных бугорках пер-

вых и вторых моляров. При боковых движениях нижней челюсти на латеротрузионной стороне у 24 пациентов определялись групповые контакты, а на медиотрузионной – балансирующие контакты; у шести – при боковых движениях на латеротрузионной стороне определялись рабочие суперконтакты.

При обследовании третьей группы 15 пациентов (27.9%), из них у 53.3% протрузионных движений не выявлено, 26.6% имеют односторонние контакты на резцах и клыке, 20.1% – имеют контакты на центральных резцах и на дистальных бугорках первых и вторых моляров.

При боковых движениях на латеротрузионной стороне имеются групповые контакты (13.3%), рабочие суперконтакты (53.3%), а на медиотрузионной – балансирующие (13.3%) и гипербалансирующие контакты (20.1%).

При обследовании пациентов второй и третьей группы окклюзионные нарушения сопровождались: стёртостью, сколами, трещинами, гиперчувствительностью твердых тканей передних и боковых зубов; появлением конгруэнтных фасеток (совпадающих при наложении).

Заключение. Наши исследования не в полном объеме показывают глубину патологии при окклюзионных нарушениях у пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями, так как являются только частью полного обследования. Очевидно, что при принятии рационального плана лечения, необходимо устранить патологические окклюзионные контакты (балансирующие, гипербалансирующие, рабочие суперконтакты), восстановить клыковое или групповое введение зубов, тем самым добиться прогнозирования и долгосрочности лечения данного пациента, что является целью любого стоматологического вмешательства.

Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебакина Е.А., Бондарева А.А.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА COVID-19

Пандемия COVID-19 оказалась серьезной проблемой для системы здравоохранения не только из-за большого количества больных, но и из-за тяжести течения и летальных исходов. Во всех источниках литературы, посвященных летальности при COVID-19, указывается на следующие предикторы неблагоприятного исхода заболевания: пожилой возраст больного, изначально тяжелое течение болезни, наличие сопутствующих заболеваний, мужской пол умерших. Исходя из изложенных данных больные с тяжелым течением COVID-19, наличием сопутствующей патологии и при прочих идентичных показателях в возрасте старше 60 лет по возможности госпитализировались в отделение интенсивной терапии. Таким образом под нашим наблюдением в условиях ОИТ ЦГКБ №1 г. Донецка в течение 2-х месяцев находилось 162 пациентов с диагнозом COVID-19, тяжелое течение, осложненное 2-х сторонней полисегментарной пневмонией, ОРДС. Во всех случаях диагноза COVID-19 подтвержден лабораторно: выделение РНК вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР, положительный экспресс-тест на вирус SARS-CoV-2, выявление специфических Ig M. Осложнение COVID-19 – 2-х сторонняя пневмония – верифицированы при Ro»- или КТ исследовании органов грудной клетки. Во всех случаях больные получали антибактериальную терапию, глюкокортикостероиды, низкомолекулярные гепарины, оксигенотерапию, находились в проп-позиции. У пациентов мониторилась сатурация кислорода с коррекцией оксигенотерапии (скорость потока кислорода, НИВЛ, ИВЛ), клинические и биохимические показатели крови также с последующей коррекцией лечения. Динамика изменений в легких оценивалась физикальными методами и/или контролем Ro»-данных.

Исход заболевания в группе наблюдения разделился следующим образом: выжило 102 пациента, 60 погибло при явлениях дыхательной недостаточности. Возраст умерших ($68,4 \pm 3,4$ лет) был достоверно выше возраста выживших ($61,1 \pm 1,2$ лет), ($p < 0,05$). Среди умерших преобладали лица с тремя и более сопутствующими заболеваниями (75,0% больных), тогда как среди выживших с таким коморбидным фоном было 38,7% больных. Существенных различий по полу, демографическим особенностям, структуре коморбидной патологии среди выживших и умерших выявлено не было, не подтвержден и факт курения как фактор неблагоприятного исхода. Во всех случаях при патологоанатомическом

исследовании подтвердился диагноз COVID-19 с тотальным или субтотальным поражением легких и наличием морфологических подтверждений хронической сопутствующей патологии. Кроме этого, у 7 умерших (11,6%) выявлена тромбоэмболия легочных артерий. При ретроспективном анализе агонального состояния в 6 из 7 случаев смерти больных от ТЭЛА в последние 5-30 мин жизни имели место физические нагрузки: больные садились в постели что-то съесть или что-то взять, поднимались в туалет, проводили гигиенические процедуры. Таким образом, предикторами неблагоприятного исхода являются возраст больных более 60 лет, изначально тяжелое течение заболевания, наличие 3 и более хронических заболеваний, а также физическая активность и несоблюдение режима. Больным COVID-19 целесообразно минимизировать любую физическую активность с целью профилактики тромбоэмболий легочной артерии как причины летального исхода.

Салямова Ф.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт. Узбекистан.

EFFECTS OF CORAXAN ON HEART RATE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.

Aim of the study: Effects of Coraxan on heart rate in patients with Chronic Heart Failure.

Material and methods: We studied 88 patients with chronic heart failure an coronary artery disease etiology which were divided into 2 groups. The first group was made by 45 patients with CHF which received standard therapy at CHF plus Coraxan in a daily dose of 7.5 mg on 1 tab 2 times a day, the second group was made by 43 patients with CHF which received only standard therapy, without Coraxan. Duration of observation made 12 months. The base for study was Tashkent State Dental Institute.

Results: Clinical characteristics, risk factors and standard therapy in groups were comparable. Middle aged of patients made 65 years, of them the male-57,2(65 %), 74,8(85 %) of patients carry miocardial infarction, 22(25 %) - a myocardium revascularization. 71,2(81 %) of patients suffered a hypertension. The average heart rate when including made 73,4 bpm. Standard therapy included antiagregants (98 %), statines (80.1 %), the Angiotensin Converting Enzyme or B-adrenoblockers of receptors of angiotensin II (90 %), B-adrenoblockers (78 %). In a subgroup of patients with initial Heart rate 70 bpm all listed characteristics also were well balanced. In 15 days at 67 % of patients the dose Coraxan was enlarged to 7,5 mg twice per day. In 6 months in group Coraxan the heart rate decreased from initial on 9,4 bpm in 12 months on 7.3bpm.

Conclusion: Heart rate reduction with Coraxan in patients with heart failure .Treatment with Coraxan is associated with marked reductions in left ventriculus volumes , therefore suggesting that it is modifying disease progression in patients with heart failure .

Сартан Д.И., Ельский И.К., Смирнов Н.Л., Васильев А.А.

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

РЕАЛИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 образовательные организации вынуждены переходить на дистанционные формы обучения. Для обучения студентов 6 курса цикла «Госпитальная хирургия» с сохранением живого общения преподавателя и студента нами используются вебинары. Вебинары проводятся ежедневно в течение всего цикла и по длительности занимают не менее 40% времени обучения.

Для плодотворного проведения полноценных интерактивных занятий необходимо наличие программ, позволяющих одновременно не только обеспечить видео и аудио связь преподавателя с груп-

пой студентов, но и предоставить возможность демонстрировать обучающие материалы на экраны устройств в реальном времени, в сочетании с системой дистанционного обучения (СДО).

С этой целью мы используем приложение для проведения видеоконференций ZOOM, которое позволяет демонстрировать дополнительные учебные материалы, задачи, тесты на экраны устройств во время вебинара, общаться в общем видеочате с группой студентов или отдельно взятым студентом при отработке пропущенных тем или в ходе зачётного занятия. Также, немаловажным является тот факт, что данное приложение может устанавливаться как на стационарные компьютеры, так и на мобильные устройства.

В целом дистанционное обучение в нашем Университете осуществляется с помощью Информационной образовательной среды (ИОС), реализованной на базе СДО Moodle. В разделе преподаваемого цикла «Госпитальная хирургия» материалы кафедры включают подробную инструкцию по прохождению курса и порядок отработок пропущенных занятий, расписание, контакты преподавателей, тематический план занятий, учебные пособия, лекции, видеоуроки, задачи, тесты. В процессе интерактивного занятия при непосредственном общении преподавателя со студентами, педагог может охватить полный объем необходимого материала, продемонстрировать учащимся тематические лекции, примеры рентгенограмм, видеоуроки, сопровождаемые комментариями преподавателя.

В ходе обсуждения темы занятия на вебинарах немаловажным аспектом является возможность обратного контакта студента с преподавателем для разъяснений и уточнений вопросов, возникших в ходе разбора материала. С целью контроля качества подготовки студентов к занятиям и полноты усвоения материала тестовый контроль проводится во время вебинара при визуальном наблюдении преподавателем за студентами во время ответа на вопросы. Подобный контроль снижает вероятность несамостоятельного ответа и повышает возможность индивидуальной оценки знаний каждого конкретного студента. Также для проверки знаний и клинического мышления на нашей кафедре используются ситуационные задачи, содержащие смоделированные под конкретную нозологическую единицу клинические условия, фото или рентгенограммы, примеры лабораторных данных.

«Слабым местом» интерактивного обучения, на первый взгляд, является невозможность посещения пациентов и отработки практических навыков у постели больного. По нашему мнению, при полноценном и адекватном усвоении студентами программ предыдущих курсов, которые уже включали в себя освоение, отработку и усовершенствование практических навыков, студенты на 6 курсе уже должны обладать достаточным объемом знаний для демонстрации этих умений.

Вдобавок к этому, видеоуроки по практическим навыкам в ходе вебинаров, также являются дополнительным подспорьем для закрепления полученных знаний.

При этом следует отметить, что, учитывая наличие достаточного количества учебных пособий в ИОС и предоставляемых данных преподавателем на занятии, для студента создаются комфортные условия, не требующие затрат времени на поиск учебного материала и посещение библиотек. Следовательно, студент имеет больше времени и возможностей для полноценного комфортного обучения и усвоения материалов курса.

Таким образом, вебинары в полной мере дают возможность овладеть изучаемым материалом при условии полноценного наполнения ИОС элементами курса и являются адекватной заменой очного обучения. Наряду с этим отсутствие возможности проведения практических навыков мы не расцениваем как «камень преткновения» для изучения дисциплины.

Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Актуальность. Число детей с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития (ВПР), постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению. В структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 21,7% до 25%. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией, данная проблема по-прежнему актуальна, пре-

жде всего, из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45% - 76% случаев, связанных с запоздалой диагностикой или применением неправильной лечебной тактики.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной низкой кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами врожденной кишечной непроходимости (ВКН) в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18 лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография и компьютерная томография (КТ). У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии - 83 (40,0%) и стенозы - 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у 17 (8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клиничко-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Меконияльная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавление кишечника у 20 (9,6%) больных. Препятствия с множественной локализацией имели место в – 4 (2,0%) случаях.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные после операционного осложнения. Частота, вид и тяжесть осложнений, и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства. Их анализ свидетельствует о поливалентности тонатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанными с ней до операционных и послеоперационных осложнений и сопутствующими заболеваниями.

Выводы. ВКН у детей обусловлена: нарушениями формирования самой кишечной трубки (51,9%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (31,3%); пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (9,6%); меконияльной непроходимостью (5,2%). У 2,0 % больных причины имели мультифакторный характер. Результаты лечения ВКН у новорожденных являются неутешительными. Тяжелый соматический фон, обусловленный соматической патологией и сочетанными аномалиями и осложнениями основного заболевания, нередко возникающими до и/или после рождения ребенка обуславливают высокую летальность.

Сафарян М.Д.

Ереванский Государственный Медицинский Университет им. М. Гераци, Армения, г. Ереван

СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В АРМЕНИИ

В последние 3 года в Армении наблюдаются позитивные тенденции в эпидемиологической ситуации по туберкулезу /ТБС/, динамика заболеваемости внелегочного ТБС /ВТБ/ также снижается.

Целью настоящего исследования является анализ структуры заболеваемости ВТБ различных локализаций и пути повышения эффективности его выявления в учреждениях различного уровня.

Результаты. Регистрируемые больные ТБС внелегочных локализаций представляют разнородную группу больных, которые существенно отличаются по полу и возрасту, формам заболевания, методами верификации диагноза. Общим для всех наиболее регистрируемых форм ТБС внелегочных локализаций является значительная задержка в установлении диагноза / более чем у 30% - на срок 120-

150 дней/, обусловленная местом обследования. При первичном обращении в противотуберкулезное учреждение риск задержки уменьшался, а при первичном обращении в терапевтическое учреждение был достоверно выше. Основной причиной поздней диагностики являются пробелы в работе медицинских учреждений. Общее число больных ВТБ за последние 3 года в среднем составило 72 чел. 5,0% от числа всех зарегистрированных впервые выявленных больных ТБС. Доля больных ВТБ составила в 2017 г. 6,1% в 2018 -4,6%, в 2019- 4,4%. Имеет место тенденция к снижению не только числа больных ВТБ, но и доля их среди впервые выявленных больных ТБС. Среди больных ВТБ основную часть составили больные ТВ костей и суставов /ТКС/ 33,1%, ТБС органов мочеполовой системы /ТБМ/ 20,4%, и ТБС периферических лимфатических узлов /ТПЛУ/ -18,2%. На долю этих локализаций пришлось в общем 61,1% впервые зарегистрированных больных ТБС. Достаточно часто регистрировали ТБС половых органов у женщин/ ТБПЖ/ -17,8%. Реже регистрировали ТБС мужских половых органов -6,1% и ТБС ЦНС и мозговых оболочек -4,0%. К редким диагнозам следует отнести туберкулез кишечника /ТБК/ 1,6%, туберкулезный мезаденит – 1,3%. В отличие от ТБС органов дыхания, среди больных ВТБ преобладали женщины, среди зарегистрированных за 3-х летний период их было 61,2%. Больные с различными формами ВТБ заметно различались по возрастному составу. Наибольший средний возраст отмечен у больных ВТБ -44 года, что достоверно выше, чем при остальных формах ТБС. Среди больных ВТБ городских жителей в целом было 75,1%. Только среди больных туберкулезным мезаденитом сельских жителей было большинство – 61,3%. Больные с ВТБ происходили из групп населения с более высокой степенью социальной дезадаптации, чем больные ТБС органов дыхания. Выявляли больных ВЛТ, как правило, при обращении их за медицинской помощью – доля таких больных составила в среднем 79,3%. Подавляющее большинство больных обращались за медицинской помощью уже при клинически манифестированном заболевании. В течение первого месяца обследования правильный диагноз был установлен у 19% больных. Это связано с недостаточным использованием наиболее информативных методов диагностики и значительной долей клиничко-рентгенологического подтверждения диагноза. В результате при ТКС длительность обследования до установления правильного диагноза превысила 3 месяца в целом у 51% больных, при ТБПЖ – у 45%, при ТБЦНС - у 18%, ТБ ВГЛ – у 26,8%.

Итак, регистрируемые больные ТБС внелегочных локализаций представляют разнородную группу больных, существенно отличающихся по полу, возрасту, формам заболевания, методам верификации диагноза. Общим для всех наиболее часто регистрируемых форм ТБС внелегочных локализаций является значительная задержка в установлении диагноза, не связанная с демографическими, медицинскими и социальными факторами, но прямо обусловленная местом обследования. Основной причиной поздней диагностики ТБС являются пробелы в работе медицинских специалистов. Обеспеченность специалистами по оказанию диагностической и лечебной помощи больным ТБС внелегочных локализаций составляет 0,13 на 100000 населения. Структура регистрируемого ТБС внелегочных локализаций обусловлена необходимой профилизацией имеющихся специалистов.

Свистунова Н.А., Налетов А.В.

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

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ ДИЕТАХ

Популярность ограничительных диет имеет тенденцию к росту в большинстве стран мира. Данные о влиянии вегетарианства на здоровье человека остаются достаточно противоречивы. Исключение из рациона различных видов пищи животного или растительного происхождения не может гарантировать адекватную обеспеченность организма необходимыми нутриентами, недостаточность которых может привести к развитию различных патологических состояний.

Цель работы. Оценить обеспеченность витамином D детей, находящихся на ограничительных диетах.

Материалы и методы. На базе ГБУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» обследовано 80 детей школьного возраста, соблюдающих ограничительные диеты. 40 детей, соблюдающих безмолочную диету, составили группу 1, а 40 детей, находящихся на вегетарианском (лакто-вегетарианском) типе питания – группу 2. Группу контроля составили 30 здоровых детей, не придерживающихся ограничений в питании.

Оценку обеспеченности витамином D проводили путем определения кальцидиола в сыворотке крови. Согласно рекомендациям Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции», исходя из концентрации кальцидиола в сыворотке крови, адекватный уровень витамина D определяется как концентрация кальцидиола более 30 нг/мл, недостаточность – 21-30 нг/мл, дефицит – менее 20 нг/мл.

Результаты исследования. Анализ обеспеченности витамином D детей, соблюдающих ограничительные диеты, установил преобладание пациентов со сниженным уровнем данного микронутриента.

Доля детей с недостаточностью витамина D среди школьников, соблюдающих безмолочную диету, составила $62,5 \pm 7,8$ %. Нормальные показатели кальцидиола в группе 1 были установлены лишь у $20,0 \pm 6,4$ %. Дефицит витамина D в группе 1 зарегистрирован у $17,5 \pm 6,1$ %.

Среди детей, соблюдающих лактовегетарианскую диету, доля детей с недостаточностью витамина D составила $60,0 \pm 7,0$ %. Нормальные показатели уровня витамина D в группе 2 были установлены лишь у $25,0 \pm 7,0$ %. Дефицит витамина D среди детей группы 2 установлен у $15,0 \pm 5,7$ %.

В группе контроля преобладали дети с нормальной обеспеченностью витамином D – $83,3 \pm 6,9$ %. Доля детей с недостаточностью витамина D в группе контроля составила $16,7 \pm 6,8$ %. Дефицита витамина D в группе контроля не выявлено.

Анализ средних значений концентрации кальцидиола в сыворотке крови детей в обследованных группах показал, что у пациентов группы 1 уровень данного показателя составил 26 нг/мл, что было статистически значимо ниже относительно детей группы контроля – 32,7 нг/мл. Среди пациентов группы 2 среднее значение уровня кальцидиола в сыворотке крови составило 25,9 нг/мл, что так же было статистически значимо ниже относительно детей группы контроля.

Выводы. Таким образом, для детей школьного возраста, соблюдающих ограничительные диеты, характерным является наличие недостаточной обеспеченности витамином D. При этом данный дисбаланс в равной степени характерен как для детей, находящихся на безмолочной диете, так и для детей, соблюдающих лактовегетарианскую диету. Полученные результаты исследования диктуют необходимость разработки схем сапплементации витамина D детям, соблюдающим ограничительные диеты для коррекции выявленного дисбаланса.

Седаков И.Е., Богданов Б.А., Смирнов В.Н., Аль Баргути Р.А., Рашиевская А.А., Лисаченко И.И.

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря (РОЦ) МЗ ДНР, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕЦИДИВОМ ЛЮМИНАЛЬНОГО В ПОДТИПА

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) - гетерогенное заболевание, обладающее генотипической и фенотипической вариабельностью. Фенотипическое разнообразие опухолей напрямую связано с генотипическими вариациями, которые можно определить с помощью анализа экспрессии генов. Одной из важных проблем на сегодня остается проблема локальных рецидивов РМЖ, частота возникновения которых, по различным данным, колеблется от 5 до 30 %. Люминальные опухоли имеют более благоприятный вариант развития заболевания и в том числе низкую частоту возникновения как лимфогенных, так и гематогенных метастазов. Напротив, при трижды негативных новообразованиях и при РМЖ с гиперэкспрессией онкопротеина HER2/neu чаще наблюдается метастатическое поражение лимфоузлов и регистрируются низкие показатели выживаемости. Тем не менее, несмотря на общие закономерности, возможны различные варианты развития процесса.

Цель работы: изучить целесообразность выполнения радикальных резекций молочной железы (РРМЖ) при первично-операбельном РМЖ с люминальным В подтипом опухоли.

Материалы и методы: за период с 2014 по 2020 гг. в РОЦ им.проф. Г.В. Бондаря в плане комплексного лечения первично-операбельного РМЖ было выполнено 4179 радикальных оперативных вмешательств. В исследуемую группу вошли 1242 (29,7%) пациентки, которым выполнялась РРМЖ. Продолжение болезни в виде местного рецидива отмечено в исследуемой группе в 33 случаях (2,65%). Средний возраст больных составил $48,7 \pm 13,3$ лет. I стадия была у 10 (30,3%) пациенток, IIА - 12 (36,3%), IIВ - 10 (30,3%), III стадия у 1 (3,1%) пациентки.

Результаты: Среди молекулярно-биологических подтипов рецидивов люминальный тип В был у 14 (42,4%) пациенток. Осложнений после неоадьювантного и оперативного лечения не было отмечено. Интраоперационно выполнялось исследование краев резекции, частота R0 составила 100%. Лечебный патоморфоз после неоадьювантного лечения изучался по методу Г.А. Лавниковой у 6 (42,6%) пациентов. Патоморфоз I степени отмечен у 1 (16,6%) пациентки, II степени - 2 (33,4%), III степени - 1 (16,6%), IV степени - 2 (33,4%) пациенток. По дифференцировке преобладали опухоли G3 - 10 (71,4%) пациенток. Протоковая инвазивная карцинома гистологически подтверждена у 9 (64,3%) пациенток, дольковая инвазивная - 5 (35,7%) пациенток. Безрецидивный период после РРМЖ составил $21,2 \pm 6,1$ месяцев. Наиболее частой локализацией рецидива после РРМЖ в 11 (78,5%) случаях была паренхима молочной железы, в 3 (21,5%) случаях локорегионарное продолжение болезни. Комбинированное лечение получили 9 (64,2%) пациентки, комплексное - 3 (21,4%) пациенток. Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе составила $3,76 \pm 0,18$ года. Показатели 3-летней и 5-летней общей выживаемости в исследуемой группе составили 92,3% и 84,6%.

Выводы: Частота развития рецидивов, а также, показатели 3-х и 5-ти-летней выживаемости после РРМЖ при люминальном В подтипе опухоли существенно не отличаются от аналогичных показателей по данным литературы. Пересмотр клинко-биологических, а также совершенствование методов комплексного лечения РМЖ позволили уменьшить объем оперативного вмешательства. РРМЖ при ранних стадиях РМЖ является методом выбора на хирургическом этапе лечения, соответствующим принципам онкологического радикализма, повышает качество жизни пациенток и способствует социальной реабилитации больных РМЖ.

Седаков И.Е., Гринцов А.Г., Совпель Совпель И.В., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк
Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГАСТРОПЛАСТИКИ ПО КОЛЛИСУ ПРИ УКОРОЧЕНИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

Основной проблемой в отдаленном периоде после пластик грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является высокая частота рецидива, которая по данным отдельных авторов достигает 60%. Одной из возможных причин, влияющих на частоту рецидива ГПОД, является не устранённый во время выполнения оперативного вмешательства короткий пищевод. Наиболее распространенным техническим приемом, применяемым при укорочении пищевода, является гастропластика по Коллису.

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов применения гастропластики по Коллису в хирургическом лечении больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сочетании с укорочением пищевода.

Материалы и методы. В исследовании проведен анализ результатов применения гастропластики по Коллису у 22 пациентов, оперированных по поводу ГПОД в сочетании с укорочением пищевода. Группу контроля составили 166 пациентов, получивших простую пластику ГПОД без применения процедуры Коллиса. У всех пациентов наличие ГПОД подтверждено рентгенконтрастным исследованием пищевода и желудка и при фиброгастроуденоскопии. Показаниями к оперативному лечению данной группы пациентов были: клинически, рентгенологически и эндоскопически подтвержденные ГПОД; длительно существующий гастроэзофагеальный рефлюкс, а так же клинически значимые экс-

трапишеводные проявления ГПОД и ГЭРБ на фоне неэффективной консервативной терапии 3 и более месяцев; возраст пациентов старше 18 лет, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, анестезиологический риск по шкале ASA не выше 3.

Результаты исследования. В группе гастропластики по Коллису продолжительность оперативного вмешательства составила 185(160-250) мин, в группе простой крурорафии и фундопликации без гастропластики по Коллису продолжительность выполнения операции составила 138(90-205) минут. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(13,6%) пациентов, частота послеоперационных осложнений составила 18,2%, соответствовали. Летальных исходов в данной группе пациентов не отмечено. Функциональная дисфагия легкой степени отмечена у 2(9,1%) пациентов. Длительность пребывания в стационаре составила $7,8 \pm 2,4$ дней. Медиана наблюдения за пациентами составила 34(6-52) месяца. Анатомических рецидивов не отмечено, рецидив гастроэзофагеального рефлюкса отмечен в 1(4,6%) случае. Суммарный балл по шкале-опроснику GERD – HRQL составил $4,8 \pm 2,2$. Расширение объема оперативного вмешательства за счет гастропластики по Коллису не повлияло на непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения в сравнении с простой крурорафией и фундопликацией.

Выводы. Не редуцированное укорочение пищевода может являться причиной высокой частоты развития рецидива ГПОД и ГЭРБ в отдаленном периоде. При подтверждении укорочения пищевода объем операции должен быть дополнен гастропластикой по Коллису, которая является эффективной и безопасной процедурой, не ухудшающей результаты лечения. Определение четких показаний и выработка оптимальной техники выполнения гастропластики по Коллису нуждаются в уточнении и дальнейших исследованиях.

Седаков И.Е., Золотухин С.Э. Мутык М.Г., Клочков М.М., Амджад Аль Давуд

ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького»
Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Введение. В данном исследовании изучалась частота возникновения мочеполовых расстройств при выполнении D3 лимфодиссекции.

Цель исследования. Изучить частоту повреждения нервных структур, возникновение мочеполовых расстройств при выполнении D3 лимфодиссекции.

Материалы и методы. За период с 2018-2020 года на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря 96 больных раком левых отделов ободочной кишки были оперированы в объеме гемиколонэктомии, резекции сигмовидной кишки или передней резекции с D3 лимфодиссекцией. В исследование включались пациенты без местнораспространенного процесса, которым выполнена операция лапароскопическим или открытым доступом.

Оценивали сохранение способности к самостоятельному мочеиспусканию после первого удаления уретрального катетера. До операции пациентам проводили опрос о сохранении эректильной функции, ретроградной эякуляции у мужчин. Набухание половых губ и клитора, увлажнение влагалища у женщин. Повторный опрос проводили через 3 и 6 месяцев.

Для описания результатов применялись методы описательной статистики.

Результаты и обсуждения. Медиана возраста больных составила 61 (37-78) год. Разделение по полу 55 женского и 41 мужского пола. Из 96 операций случаев повреждения левого и правого гипогастриального нерва отмечено не было, также во всех случаях сохранена целостность верхнего гипогастриального сплетения. При извлечении уретрального катетера дизурические явления были отмечены в 3х случаях (3,1%) в группе мужского пола, которые были связаны с аденомой простаты. Сохранение эректильной функции отмечено у 33 пациентов (80,4%). При опросе на 3й и 6й месяц наблюдения сохранена во всех случаях. Случаев ретроградной эякуляции отмечено не было. В группе женщин набухание половых губ и клитора, увлажнение влагалища отмечено у 47 пациенток (78,6%). При опросе на 3й и 6й месяц нарушение функций у данной группы пациенток не отмечено.

Выводы. Соблюдение границ лимфодиссекции, визуализация нервных структур и стандартизация техники диссекции позволяет проводить парааортальную лимфодиссекцию безопасно. Предотвращая нежелательные послеоперационные осложнения, ухудшающие качество жизни пациентов.

Седаков И.Е., Проценко Т.В., Волошин Р.Н., Светицкий А.П.

ГБУ РО «Онкодиспансер» в г. Новочеркасске

КРИОДЕСТРУКЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение: Рак кожи в общей структуре злокачественных заболеваний в России занимает одно из ведущих мест. Плоскоклеточный рак кожи составляет значительную часть среди других злокачественных новообразований кожи после базальноклеточного. Одним из методов лечения рака кожи является криогенный, основанный на использовании разрушающего действия низкой температуры на опухолевую ткань.

Цель: Определить возможность проведения криогенного лечения как метода выбора для больных с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций, отказавшихся от хирургического лечения в амбулаторном режиме.

Материалы и методы: Нами было проведено криогенное лечение 12 пациентам с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций в Поликлиническом отделении Новочеркасского онкологического диспансера за период 2017 – 2019 гг. Возраст больных составил от 64 до 88 лет. Мужчин было 10, женщин – 2 с T3N0M0 (III стадия). У 9 больных опухолевый очаг располагался на коже различных участков туловища, у 3 на коже волосистой части головы. Все пациенты пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями (И.Б.С., гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия и др.), которые отказались от хирургического лечения. Криодеструкция проводилась во всех случаях амбулаторно под местной анестезией 0,5 – 1% раствором лидокаина. С целью профилактики появления метастазов предварительно было проведено лучевое лечение в виде глубокой рентгенотерапии региональных лимфоузлов, на каждое из полей по 40 Гр. На данный разработанный способ лечения подана заявка на изобретение.

Результаты: У всех пациентов был достигнут непосредственный клинический эффект. За период всего срока наблюдения у 2 пациентов отмечались рецидивы: у одного на коже лба и на коже поясничной области. После повторной криодеструкции новых рецидивов не отмечалось.

Выводы: Для пациентов с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций (T3N0M0), страдающих сопутствующими заболеваниями и отказавшихся от хирургического лечения методом выбора может быть криогенный в амбулаторном режиме. Исследования в данном направлении продолжаются.

Седаков И.Е., Семикоз Н.Г., Чумаков А.Е., Комендант В.В., Исигов А.П., Готовкин С.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Ползиков Г.Н., Степанов А.И.

Республиканский онкологический центр имени профессора Г. В. Бондаря

ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА

Введение

В структуре злокачественных опухолей на территории РФ злокачественные опухоли полости рта составляют 6,32 на 100 000 человек. 1-е место среди них занимает рак языка. Основная часть (50–60%) пациентов обращаются за помощью в III и IV стадии заболевания. В лечении местнораспростра-

ненного рака языка преобладает комбинированный метод, сочетающий в различных комбинациях операцию и лучевую терапию. Однако результаты остаются неудовлетворительными. Так, 5-летняя выживаемость не превышает 30 % при III и 5-10 % при IV стадии заболевания. Поэтому необходим поиск новых способов лечения.

Цель исследования

Увеличение средней безрецидивной продолжительности жизни, увеличение 3-х и 5-ти летней выживаемости.

Материалы и методы

В исследование вошли 101 пациент с местнораспространённым раком языка (T3, T4). Гистологически: плоскоклеточный рак. Возраст пациентов: 27-71 лет, в среднем 56,4 года. Пациенты распределены на 2 группы: 1) Внутривенная полихимиотерапия (в/в ПХТ) + лучевая терапия (ДЛТ) – 50 пациентов (контрольная группа), 2) Внутриаартериальная полихимиотерапия (в/а ПХТ) + лучевая терапия – 51 пациент (исследуемая группа). Этапы лечения пациентов в контрольной группе:

- 2 курса в/в ПХТ по схеме: 1) цисплатин, 100 мг/м², в/в кап – 1 день; 2) 5-фторурацил, 1000 мг/м²/сут 96-часовая непрерывная инфузия в 1-4 дни с интервалом в 3 недели;
- 1-й этап курса ДЛТ, РОД – 2 Гр, СОД – 40 Гр через 3 недели после завершения второго курса в/в ПХТ;
- при частичной регрессии опухоли языка – гемиглоссэктомия, решение вопроса о проведении 2-го этапа курса ДЛТ;
- при стабилизации онкологического процесса, прогрессии опухоли – дальнейшее проведение в/в ПХТ, 2-го этапа курса ДЛТ.

Этапы лечения пациентов в исследуемой группе:

- катетеризация язычной артерии либо общего ствола наружной сонной артерии выше верхней щитовидной артерии на стороне опухолевого поражения, а также селективная шейная лимфаденэктомия с одной или двух сторон при доказанном метастатическом поражении шейных лимфоузлов;
- 2 курса в/а ПХТ с цисплатином в дозе 10мг/м²/сутки в течение 12-часовой непрерывной инфузии, а также 5-фторурацилом в дозе 250 мг/м²/сутки в течение 12-часовой непрерывной инфузии с интервалом в 3 недели;
- 1-й этап курса ДЛТ, РОД – 2 Гр, СОД – 40 Гр через 3 недели после завершения 2-го курса в/а ПХТ;
- при частичной регрессии опухоли языка – гемиглоссэктомия, решение вопроса о проведении 2-го этапа курса ДЛТ;
- при стабилизации онкологического процесса, прогрессии опухоли – проведение в/в ПХТ, 2-го этапа курса ДЛТ.

Результаты и их обсуждения

Полная регрессия в исследуемой группе была отмечена в 3-х случаях (5,88%), в контрольной группе отмечена не была. Частичная регрессия в исследуемой группе отмечена в 37 случаях (72,55%), в контрольной группе – в 14 случаях (28%). Стабилизация в исследуемой группе отмечена в 9 случаях (17,75%), в контрольной группе – в 31 случае (62%). Прогрессия в исследуемой группе отмечена в 2-х случаях (3,92%), в контрольной группе – в 5 случаях (10%).

Медиана выживаемости в контрольной группе – 1,9 лет, в исследуемой группе – 3 года.

3-х летняя выживаемость в контрольной группе была достигнута в 56,6%, в исследуемой группе – в 80,1%

5-ти летняя выживаемость в контрольной группе – 18,9%, в исследуемой – 39,4 %.

Выводы

Внутриаартериальная регионарная химиотерапия в комбинации с лучевой терапией позволяет увеличить среднюю безрецидивную продолжительность жизни, увеличить 3-х и 5-ти летнюю выживаемость.

Седаков И.Е., Совпель О.В., Румянцева И.В., Совпель И.В.

РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря МЗ ДНР

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Введение: В лечении рака желудка в наши дни основным методом остается операция, а наиболее часто выполняемой операцией в хирургии рака желудка является ГЭ. Минимизировать операционную травму, объем интраоперационной кровопотери и время операции стало возможным с внедрением в хирургическую практику физических методов рассечения тканей и гемостаза. Однако, ни один из этих методов не обладает универсальностью, поэтому определенный вид энергии эффективен на одних тканях и не обеспечивает желаемого результата на других. И, вместе с этим, отсутствуют четко аргументированные показания либо противопоказания к использованию того или иного физического метода диссекции и коагуляции.

Цель исследования: Анализ и сравнение непосредственных (интраоперационных) результатов оперативного лечения больных с раком желудка при использовании высокочастотного генератора биологической сварки мягких тканей, биполярной коагуляции, гармонического диссектора.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 370 историй болезни пациентов, которым выполнена гастрэктомия по поводу рака желудка в РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря за период 2016-2019 гг. Из 370 операций 358 выполнено открытым доступом, 15 – лапароскопическим.

В зависимости от способа интраоперационного гемостаза пациенты разделены на 3 клинические группы: первая группа – 161 пациента с применением высокочастотного генератора биологической сварки мягких тканей ЕК-300М1; вторая группа – 120 пациентов с использованием биполярной коагуляции; третья группа – 89 пациентов, где применялся ультразвуковой скальпель «Harmonic Ace» производства «Ethicon Endo-Surgery».

Результаты: Средний объем острой интраоперационной кровопотери в целом в трех группах составил 124,9 мл (50-200,2) мл, при этом, наибольший объем кровопотери до 200 мл был отмечен при травме селезенки. При повреждении селезенки орган удавалось сохранить только в группе больных со сваркой. В остальных группах данный вид повреждения приводил к спленэктомии.

Длительность оперативного вмешательства в среднем в исследовании составила $180 \pm 21,1$ мин. В 1 группе исследования, где применялся аппарат для сварки мягких тканей длительность оперативного вмешательства составила $130 \pm 26,4$ мин. Во 2 группе, где использовалась биполярная коагуляция среднее время оперативного вмешательства составило $181 \pm 19,2$ мин. В 3 группе исследования, где применен ультразвуковой скальпель, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 140 ± 20 мин.

Выводы. 1. Использование физических методов диссекции и гемостаза обеспечивают значительное уменьшение травматичности и длительности операции и объема интраоперационной кровопотери, снижение количества послеоперационных осложнений. 2. Оптимальным методом диссекции и коагуляции при открытых и лапароскопических гастрэктомиях является электрическая сварка мягких тканей, обеспечивающая быстрый и надежный гемостаз, при этом сохраняя принцип анатомической футлярности.

Однако, в топографически сложных областях и местах с опухолевой инфильтрацией для выделения мелких структур целесообразнее использовать биполярную коагуляцию, ультразвуковой диссектор.

Седаков И.Е.^{1,2}, Бутенко Е.В.^{1,2}, Садрицкая Я.В.^{1,2}, Рогалев А.В.^{1,2}, Смирнов В.Н.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр им.проф.Г.В.Бондаря, г. Донецк

СПЕКТР ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель. Оценить гастроинтестинальную и печеночную токсичность селективной внутриартериальной и системной полихимиотерапии метастатического плеврита при раке молочной железы.

Материалы и методы. В исследование вошли 146 пациенток, проходивших лечение в РОЦ им. Г.В. Бондаря в период 1995-2010 гг. Рак молочной железы верифицирован иммуногистохимически, гистологическим и цитологическим исследованиями, метастатический плеврит подтвержден цитологически. Сформировано 2 группы: исследуемая группа – пациентки, получающие регионарную химиотерапию методом селективной доставки химиопрепаратов в бассейн внутренней грудной артерии в сочетании с внутривенной химиотерапией (n=61), контрольная группа - пациентки, получающие системную внутривенную химиотерапию в сочетании с плевротомом (n=85). Оценка токсичности химиотерапии проводилась с помощью шкалы по критериям СТСАЕ v.4.03 (Common Terminology Criteria for Adverse Events). На момент начала химиотерапии пациентки имели общий функциональный статус по ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 0-2, у всех пациенток были удовлетворительные показатели крови и отсутствовали декомпенсированные хронические заболевания.

Результаты. После первого цикла гепатотоксичность в исследуемой группе составила $6,6 \pm 3,2\%$, в группе сравнения – $8,2 \pm 3,2\%$, включая повышение аланинтрансаминазы (АЛТ) I степени. После второго цикла в исследуемой группе гепатотоксичность составила $14,7 \pm 3,8\%$, включая повышение АЛТ I степени – $9,8 \pm 3,8\%$, гипербилирубинемия I степени $4,9 \pm 2,8\%$. В группе сравнения – $15,4 \pm 4,02\%$, включая повышение АЛТ I степени – $5,9\%$, а также повышение АЛТ 2 степени $2,4\%$, гипербилирубинемия I степени у 7% . После третьего цикла в исследуемой группе гепатотоксичность составила $11,6 \pm 4,08\%$, включая повышение АЛТ I степени $6,6\%$, гипербилирубинемия I степени 5% . В группе сравнения – $16,4 \pm 4,02\%$, включая повышение АЛТ I степени – 7% , аспартатаминотрансферазы (АСТ) в $4,7 \pm 2,3\%$, гипербилирубинемия 2 степени у $4,7 \pm 2,3\%$. Гастроинтестинальная токсичность в исследуемой группе составила $13,1 \pm 4,3\%$, включая, ухудшение аппетита I степени ($3,3\%$) тошноту I степени ($4,9\%$), отсроченную рвоту I степени ($4,9\%$), в контрольной группе гастроинтестинальная токсичность составила $23,5 \pm 4,6\%$, включая тошноту I-II степени ($10,6\%$), ухудшение аппетита I степени ($4,7\%$), стоматит I-II степени ($3,5\%$), гастрит I степени ($2,4\%$), нарушение вкуса II степени ($2,4\%$).

Выводы

Степень выраженности химиотоксического эффекта зависит от пути введения. Метод селективной доставки химиопрепаратов в бассейн внутренней грудной артерии позволяет не только обеспечить равномерное распределение химиопрепаратов в капиллярной сети опухоли и зонах ближайшего регионарного метастазирования, но и снизить частоту и степень гастроинтестинальной и печеночной токсичности, позволяя повысить комплаенс химиотерапии.

Седаков И.Е.^{1,2}, Золотухин С.Э.^{1,2}, Полунин Г.Е.¹, Хачатрян А.А.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького», г.Донецк

²Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г.Донецк

ОЦЕНКА ИНДЕКСА КАРНОВСКОГО ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Индекс Карновского, это показатель физической активности пациента, который позволяет прогнозировать исходы до и после лечения (Hani S., Francis P. et al., 2021), с поправкой на другие факторы (Md Shuayb, Md Mehedi H. et al., 2021).

Цель работы. Оценить непосредственные результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста оперированных по поводу рака прямой кишки (РПК).

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 74 пациентов, старше 60 лет, которым в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В.Бондаря выполнена расширенная брюшно-анальная резекция (РБАР) прямой кишки (ПК), за период с 2011 по 2020 годы. Мужчин было 43 (58,1±5,7%), женщин – 31 (41,9±5,7%). Возраст больных колебался от 60 до 86 лет. При поступлении общее состояние пациентов оценивалось по индексу Карновского: Karnofsky performance status (KPS). В изучаемую группу включены пациенты с KPS от 50% до 100%. Пациенты разбиты на 2 группы: 1-я – 39 (52,7±5,8%) с KPS 80-100% (нормальная физическая активность, больной не нуждается в специальном уходе) и 2-я – 35 (47,3±5,8%) с KPS 50-70% (ограниченная минимальная активность при сохранении полной независимости больного).

Результаты. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 67,4±4,8 лет, 2-й – 71,5±5,3 ($p>0,05$). I стадию РПК наблюдали у 22 (29,7±5,3%), II – у 29 (39,2±5,7%), III – 9 (12,2±3,8%), IV – у 14 (18,9±4,6%) случаев. I и II (не метастатические) стадии РПК достоверно чаще диагностировали у пациентов 1-й группы – 31 (79,5±6,5%) чем во 2-й – 20 (57,1±8,4%) ($p<0,05$). Так же статистически значимые различия наблюдали в оценке количества пациентов с III и IV стадиями: в 1-й группе – 8 (20,5±6,5%), во 2-й – 15 (42,9±8,4%) ($p<0,05$). Всем пациентам в связи с особенностями анатомического строения ободочной кишки (ОК) выполнены РБАР с различными вариантами мобилизации ОК, для удлинения, низводимого в анальный канал трансплантата. Стоит отметить тот факт, что РБАР в радикальном объеме в 1-й группе выполнены всем 39 пациентам; во 2-й группе этот показатель составляет 74,3±7,4%. Общее число послеоперационных осложнений после РБАР составило 8 (10,8±3,6%), в основном они были связаны с частичным некрозом низведенной кишки. В 1-й группе этот показатель составил 4 (10,3±4,9%), во 2-й 4 (11,4±5,4%) пациента ($p>0,05$).

Закключение. Таким образом, высокий и средний KPS не зависит от возраста пациентов. Низкий KPS: 50-70%, с поправкой на другие факторы может служить предварительным прогностическим критерием распространенности основного заболевания до морфологической верификации опухолевого процесса. Число паллиативных резекций во 2-й группе составляет 25,7±7,4%, тогда как в 1-й – все операции выполнены в радикальном объеме. Количество послеоперационных осложнений не зависит от KPS, поэтому выполнение РБАР не противопоказано у лиц пожилого и старческого возраста.

Седаков И.Е., Проценко Т.В., Волошин Р.Н., Светицкий А.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет», МЗ РФ, г. Ростов,
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Онкологический диспансер» в г. Новочеркасске

КРИОДЕСТРУКЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение: Рак кожи в общей структуре злокачественных заболеваний занимает одно из ведущих мест. Плоскоклеточный рак кожи составляет значительную часть среди других злокачественных новообразований кожи после базальноклеточного. Одним из методов лечения рака кожи является криогенный, основанный на использовании разрушающего действия низкой температуры на опухолевую ткань.

Цель: Определить возможность проведения криогенного лечения как метода выбора для больных с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций, отказавшихся от хирургического лечения, в амбулаторном режиме.

Материалы и методы: проведен анализ результатов криогенное лечение 12 пациентов с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций, выполнен-

ного в поликлиническом отделении Новочеркасского онкологического диспансера за период 2017 – 2019 гг. Возраст больных составил от 64 до 88 лет. Мужчин было 10, женщин – 2, стадия заболевания – T3N0M0 (III стадия). У 9 больных опухолевый очаг располагался на коже различных участков туловища, у 3 на коже волосистой части головы. Все пациенты пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия и др.), которые отказались от хирургического лечения. Криодеструкция проводилась во всех случаях амбулаторно под местной анестезией 0,5 – 1% раствором лидокаина. С целью профилактики появления метастазов предварительно было проведено лучевое лечение в виде глубокой рентгенотерапии региональных лимфоузлов, на каждое из полей по 40 Гр. На данный разработанный способ лечения подана заявка на изобретение.

Результаты: У всех пациентов был достигнут непосредственный клинический эффект. За период всего срока наблюдения у 2 пациентов отмечались рецидивы: у одного на коже лба и на коже поясничной области. После повторной криодеструкции новых рецидивов не отмечалось.

Выводы: Для пациентов с местно-распространенным первичным плоскоклеточным раком кожи различных локализаций (T3N0M0), страдающих сопутствующими заболеваниями и отказавшихся от хирургического лечения, методом выбора может быть криогенный в амбулаторном режиме. Исследования в данном направлении продолжаются.

Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Окунь О.С., Канаева Е.А., Романов А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», кафедра оториноларингологии

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НОРМАЛИЗУЮЩИХ РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ, В ОТИАТРИИ

Проблема повышения эффективности лечения воспалительных заболеваний наружного и среднего уха является актуальной задачей современной оториноларингологии. По литературным данным, отиты занимают до 50% удельного веса пациентов на амбулаторном поликлиническом приеме (Туровский А.Б. и соавт., 2017). При этом наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости среди всех возрастных групп. Этому способствуют множество факторов — от изменения этиологии отитов (увеличение микст-флоры) до изменений со стороны макроорганизма (рост иммунологических нарушений, соматической патологии, неправильная гигиена и т. д.). Вследствие вышеупомянутых факторов отмечается рост как самой заболеваемости, так и длительности течения и рецидивирования отитов.

Перед врачом практиком стоит задача провести лечение в минимально короткие сроки и с максимальным по эффективности результатом. В течение последних лет наблюдается отчетливая тенденция использования комбинированных препаратов (Зайцева О.В., 2016, Пухлик С.Б., 2017., Гуров А.В., Юшкина М.А., 2019). Практически все они включают в себя антимикробный, фунгицидный и противовоспалительный компонент. На наш взгляд такое комбинирование безусловно оправдано, но может приводить (особенно при длительном или бесконтрольном назначении) к нежелательным последствиям. К первичной альтерации ткани, наступившей вследствие воздействия непосредственно возбудителя добавляется повреждающее действие различных химических веществ. Таким образом, может запускаться механизм приводящий либо к пролонгированию, либо к рецидивированию патологического процесса.

Учитывая вышеизложенное, представляется необходимым внедрить в комплекс лечения отитов компонент положительно влияющий на регенеративные свойства тканей. Одним из таких компонентов может служить сквален, обладающий выраженными антиоксидантными и цитопротективными свойствами

Цель работы заключалась в оценке эффективности использования сквалена в комплексном лечении воспалительных заболеваний уха.

Методы и средства. В клинике болезней уха, горла и носа ГОО ВПО ДОННМУ им.М.Горького обследовано и пролечено 253 пациента в возрасте от 14 до 75 лет, с воспалительной патологией наружного и среднего уха. Исследуемые были объединены в различные группы в соответствии с нозологической патологией - наружные отиты (b-103), пациенты с хроническими гнойными средними отитами, перенесшими общеполостную санирующую операцию (n-56), и пациенты с острыми средними отитами (n-94). Контрольная группа получала стандартное лечение согласно локальному протоколу, в группе наблюдения в качестве местной терапии использовались капли содержащие хлоргесидин и сквален. Диагностический алгоритм включал: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, выполнение отомикроскопии, проведения микробиологического исследования отделяемого из уха (микологического и бактериологического).

Результаты. Наибольший эффект от использования сквалена получен в группе пациентов с наружными отитами, где отмечено сокращение сроков лечения на 15-20%, уменьшение количества рецидивов процесса в течение года. Использование капель со скваленом положительно влияло на процессы заживления в группе пациентов, перенесших общеполостную санирующую операцию на ухе, уменьшая сроки эпидермизации полости. В группе с острыми средними отитами не отмечено существенной разницы по сравнению со стандартной терапией, однако отмечена тенденция с более раннему закрытию перфорации в случае перфоративного характера процесса.

Выводы

1. Использование в комплексной терапии воспалительных заболеваний уха сквалена является клинически оправданным.
2. Положительный эффект от использования сквалена связан с его антиоксидантными и антитоксическими свойствами.
3. Наибольший эффект от использования сквалена отмечен при терапии наружных отитов и у пациентов перенесших общеполостную санирующую операцию на ухе.

Селезнев К.Г., Долженко С.А., Климов З.Т., Андреев П.В., Окунь О.С., Канаева Е.А.

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

КАК ПРОВЕСТИ УСПЕШНЫЙ ВЕБИНАР ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.

В условиях пандемии коронавируса (COVID 19) кафедра оториноларингологии ГО-ОВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО широко применяла дистанционные образовательные технологии, в том числе вебинары. Вебинар (от англ. webinar, сокр. от web-based seminar) – это презентация, практическое занятие или семинар, организованные при помощи Интер-нет-технологий в режиме реального времени. Во время вебинара его участники находятся у своих компьютеров. Главное преимущество вебинаров – интерактивность, возможность демонстрировать, передавать, принимать и обсуждать информацию. С октября 2020 года в условиях режима повышенной готовности было подготовлено и проведено по 9 вебинаров для каждой группы студентов, занимающихся по специальности Лечебное дело. При этом использовали платформу BigBlueButton. Темы вебинаров соответствовали календарно-тематическому плану, время проведения согласно расписанию кафедры. Очень важно настроить освещение, камеру и микрофон, при использовании веб-камеры смотреть на зрителя (студента), т.е. в камеру, отключить все лишние источники звука (звонок и вибросигнал на телефоне, ненужные программы на компьютере), убедиться в том, что во время вебинара к вам никто не зайдет. Вебинар начинался с приветствия и знакомства преподавателя со студентами. Во избежание фонового звука все пользовались наушниками.

Преподаватель рассказывает на какие моменты должен студент обратить внимание, как писать историю болезни, освещает другие вопросы по теме занятия.

В ходе вебинара применяли презентацию, чтобы студентам было легче воспринимать информацию. При подготовке презентации учитывали следующие требования: текст хорошо читался с мо-

бильных устройств; титульный слайд с названием вебинара, который соответствовал текущей теме; второй слайд содержал информацию о преподавателе. В презентацию вебинара обязательно включали изображения (фото, рисунки), которые должны вызывать интерес у студентов. Слайды не перегружены текстовой информацией.

В основной части занятия студентов разбивали на группы по 2 человека. Представляли фото с патологией ЛОР органов и дополнительными методами исследования. Например, по теме занятия острые заболевания уха, включали фото барабанной перепонки при остром среднем гнойном отите, данные аудиограммы и фото компьютерной томографии сосцевидных отростков. Преподаватель озвучивал жалобы и анамнез предполагаемого больного. Студент из выбранной группы описывал патологические изменения, которые увидел, на представленном фото, ставил предварительный диагноз и выбирал тактику лечения. Второму студенту предлагалось оценить ответ и корректировать ошибки. Для удержания внимания студентов, преподаватель рассказывает случаи из своей практики и включает забавные картинки, отражающие суть темы.

Учитывая просьбу студентов, добавили к опросу объяснения нового материала. Особое внимание уделили на разбор дополнительных методов исследования. Во избежание перегрузки системы задавать вопросы по теме занятия, студентам предлагалось в чате.

При завершении занятия преподаватель подводил итоги, оценивал работу студентов на вебинаре.

Выводы: вебинары полезны для проведения удаленных обучающих занятий, позволяющих студентам принимать активное участие в процессе обучения. Эффективный вебинар по качеству не уступает очному практическому занятию в условиях режима повышенной готовности

Семикоз Н.Г., Рогалев А.В., Бондарь А.В.

РОЦ им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РОЦ ИМ. ПРОФЕССОРА Г.В. БОНДАРЯ

Введение. Рак шейки матки (РШМ) - одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин, особенно в развивающихся странах. Заболеваемость РШМ в ДНР в 2019г (на 100 тыс. женского населения) составляла 19,7 - 22,3, а смертность (на 100 тыс. женского населения) соответственно 9,1 - 8,8. Несмотря на внедрение современных методов диагностики и лечения РШМ, причиной смерти не менее 30% больных инвазивным РШМ, является прогрессирование (рецидив) опухоли.

Цель. Выработать тактику лечения операбельного РШМ в зависимости от неблагоприятных прогностических факторов.

Материалы и методы. В РОЦ им. профессора Г.В. Бондаря за период с 2010 по 2020г. проведено комбинированное и комплексное лечение 1136 пациенткам с операбельным РШМ (I-II стадия). Ранняя диагностика составила 76,3 - 67,7%. Возрастной интервал выявления РШМ составлял при I стадии - 40-44 года, а при II ст. - 40-44 и 55-59 лет. Рецидивирование и отдаленное метастазирование определялся при I стадии у 29 больных (2,6%), при II стадии у 90 больных (7,9%). При этом, продолжение болезни при I-II стадиях возникало, в среднем, через 20,1 мес., в возрасте 45 - 49 и 55 - 59 лет. При указанных стадиях РШМ поздние осложнения лечения выявлены в 5 случаях (0,44%). Прогрессирование заболевания на фоне лечения выявлено не было. Основными локализациями продолжения болезни и рецидива являлись: печень - 6,9 %; легкое - 17,7 %; позвоночник и кости таза - 8,2 %; шейка матки - 6,1 %; влагалище - 4,3 %; лимфоузлы подвздошные - 4,3 % и лимфоузлы забрюшинные - 10 %. Отмечена корреляция между продолжением болезни и развитием рецидивов при выявлении неблагоприятных морфологических прогностических факторах, таких как: выявление опухолевых эмболов в сосудах, инвазия опухолью лимфатических и кровеносных сосудов, низкая степень дифференцировки опухоли.

Выводы. Дифференциальный подход в выборе тактики лечения операбельного РШМ, в зависимости от выявленных неблагоприятных прогностических факторов позволит повысить эффективность и выживаемость данной патологии.

Сердюкова Д.А. Мацынина Н.И. Котова О.В. Архирейская О.В.

Государственное бюджетное учреждение «Городская детская клиническая больница №1»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАРФАНА У РЕБЕНКА

Актуальность работы. Синдром Марфана (СМ, Marfan, OMIM: 154700; шифр в МКБ-Х: Q87.4) - аутосомно-доминантное заболевание с различной экспрессивностью и частотой встречаемости – 1:5000-1:15000 новорожденных. У мужчин и женщин СМ встречается с одинаковой частотой. СМ обусловлен мутациями в гене белка фибриллина 1-го типа (FBN1), расположенного на длинном плече 15-й хромосомы (15q21.1).

Цель работы: Изучить клинические проявления заболевания на примере конкретного пациента с СМ.

Материалы и методы. На базе кардиоревматологического отделения ГБУ «ГДКБ №1 г. Донецка» обследован ребенок М., находящийся на стационарном лечении по поводу синдрома Марфана.

Результаты. Девочка М. 12 лет поступила в отделение в сентябре 2021 года. На момент поступления ребенок предъявлял жалобы на боли в области сердца, потерю сознания, носовые кровотечения, утомляемость боли в животе, запоры.

Анамнестические данные: Ребенок от V беременности, II срочных, нормальных родов 37-38 недель. Родилась с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, однократным обвитием пуповины вокруг шеи. Вес при рождении 2600 г. В возрасте 8 месяцев был установлен диагноз: диспластическая кардиопатия (по данным Эхо-КГ – дополнительная верхушечная хорда левого желудочка). Проведено оперативное лечение по поводу правосторонней паховой грыжи. В 2011 году у ребенка диагностировано: вальгусная деформация голеней, кифосколиоз, гиперметропический астигматизм ОУ, двухстворчатый аортальный клапан, минимальный стеноз, расширение аорты до 2 см. Девочка была обследована генетическим центром г. Донецка в 2014 году в возрасте пяти лет – был диагностирован СМ. Также у ребенка имеются следующие патологии: аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма, дискинезия желчевыводящих путей, вегето-сосудистая дисфункция по гипотензивному типу. Ребенок неоднократно находился на лечении в кардиоревматологическом отделении ГБУ «ГДКБ №1 г. Донецка».

Объективно: рост 162 см, вес 46 кг. Индекс Вервека-Воронцова – гармоничное физическое развитие (0,9), однако индекс Варги меньше нормы (0,02), что говорит о дефиците массы тела. У девочки астеническая форма грудной клетки нет признаков долихостеномелии, но отмечается кифосколиоз, плоскостопие, гипермобильность суставов. На руках фолликулярный кератоз. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, частота дыхания – 20 в минуту. Границы сердца возрастные. Тоны ритмичные, громкие с систолическим шумом над аортой, частота сердечных сокращений 94 в минуту. Артериальное давление 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются.

Эхо-КГ: двухстворчатый аортальный клапан: асимметрия створок по комиссуре правой и левой коронарной створок, краевой фиброз створок, недостаточность аортального клапана I степени, стеноз аортального клапана. Расширение восходящей аорты до 3,15 см.

Выводы: данный клинический случай показывает нам позднюю диагностику синдрома Марфана в возрасте ребенка 5 лет и отсутствие типичных признаков долихостеномелии.

Середенко Е.В, Глазкова Ю.О, Литвинова А.С, Скипина В.А

Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К Гусака

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Введение. На современном этапе отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями околоносовых пазух и полости носа, которые составляют 0,2 -4% от всех злокачественных опухолей

человека. Злокачественные опухоли данной локализации характеризуются длительным бессимптомным течением и быстрым распространением на окружающие структуры, что на последних стадиях заболевания приводит к невозможности установить исходную локализацию процесса.

Цель: разработка семиотики злокачественных опухолей околоносовых пазух и полости носа по данным КТ и МРТ, оценка эффективности этих методов в диагностике новообразований околоносовых пазух (ОПН) и полости носа (ПН), локализации и определения стадии опухолевого процесса.

Материалы и методы: на базе Института Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К. Гусака проведено комплексное исследование 126 больных с опухолями околоносовых пазух и полости носа с применением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. КТ выполнялось на спиральном компьютерном томографе HiSpeed FX/I (General Electric), МРТ – на аппарате Panorama (Phillips).

Результаты: Опухоли околоносовых пазух и полости носа визуализировались по данным КТ и МРТ у 174 больных (82.08 %), у остальных 38 больных (17.92 %) образование нельзя было дифференцировать от пристеночной гипертрофии слизистой. При КТ плотность ткани опухоли по данным денситометрии колебалась от 15 до 80 НУ, что не позволяет использовать данный критерий для дифференциальной диагностики с доброкачественными процессами околоносовых пазух (гайморит, полип, киста и т.д.), т.к. их показатели находятся в тех же пределах. Проведение спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением позволило улучшить визуализацию опухолевой ткани у 165 больных (77.83 %) от общего количества обследованных. Наиболее высокий уровень коэффициентов абсорбции при КТ отмечен при ангиофибромах. При выполнении МРТ на T2- взвешенных изображениях опухоли околоносовых пазух и полости носа у 114 больных в 53.77 % случаев давали сигнал средней интенсивности, который в большинстве случаев был неоднородным за счет наличия очагов повышенной интенсивности сигнала, что было обусловлено наличием распада опухолевой ткани и новообразованными сосудами. Эти изменения удавалось четко дифференцировать от высокоинтенсивного сигнала, получаемого от воспаленной слизистой оболочки, жидкостного содержимого и жировой ткани. Метод магнитно-резонансной томографии был более эффективным у 16 больных в 94.12 % случаев, чем компьютерная томография в диагностике образований, ограниченных одной из пазух. У 78 % больных диагностика опухолевого процесса околоносовых пазух основывалась на выявлении деструкции костной ткани. Специфичность данного симптома составила 97%. Проведение КТ и МРТ с внутривенным контрастным усилением позволило выявить неравномерное накопление контрастного вещества опухолевой тканью, что способствовало улучшению визуализации, как и 3D-реконструкции КТ-изображений на фоне внутривенного болюсного введения контрастного вещества.

Выводы: КТ имеет низкую эффективность в диагностике опухолей околоносовых пазух без деструкции костной ткани. МРТ имеет преимущества в дифференциальной диагностике между воспалительными и опухолевыми процессами. КТ и МРТ с внутривенным введением контрастного вещества, полипозиционное исследование, 3D-реконструкция изображений могут быть использованы для уточнения распространенности опухолевого процесса.

Середенко Е.В., Литвинова А.С., Глазкова Ю.О., Скипина В.А

Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К. Гусака

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ КТ-ПЕРФУЗИИ.

Цель. Провести анализ перфузионных показателей (объема циркулирующей крови (CBV), скорости кровотока (CBF) и времени транзита крови (MTT)) и семиотических критериев изменений церебральной гемодинамики при острой ишемии и новообразованиях головного мозга, которые требовали дифференциальной диагностики с ишемическим инфарктом головного мозга по клиническим проявлениям и данным нейровизуализации.

Материалы и методы. Были проанализированы данные КТ-перфузионных исследований пациентов в возрасте от 24 до 65 лет: 12 больных с ОНМК по ишемическому типу, 13 – с новообразованиями головного мозга (глиомы), 7 – с новообразованиями метастатического характера (рака молочной железы - 4, рака легкого - 2, рака желудка - 1).

Исследование проводилось на спиральном компьютерном томографе HiSpeed FX/i фирмы General Electric Medical Systems с применением внутривенного болюсного введения контрастного препарата Омнипак 300 в объеме 50 мл. Пациентам выполнялось спиральное сканирование головного мозга, в динамике прохождения болюса контрастного вещества.

Магнитно-резонансная томография и ангиография, выполнялись на магнитно-резонансном томографе «Rapogama» фирмы «Philips», так же с внутривенным введением Омнискана в объеме 20 мл.

Результаты. У пациентов с раком легких, желудка, метастазами рака молочной железы, а также глиомами отмечалось увеличение показателей CBV, CBF и MTT в очагах, что свидетельствует в пользу гиперперфузии. Новообразования четко визуализировались на цветовых перфузионных картах, что позволило выявить ряд очагов, которые не визуализировались у пациентов при нативном КТ-исследовании.

По данным КТ-перфузии проявлениями ОНМК по ишемическому типу было изменение динамики накопления контрастного препарата тканью головного мозга. В зоне «пенумбры», а так же «ядерной зоне» ишемического инфаркта выявлялись явления гипоперфузии различной степени выраженности, т.е. снижение показателей скорости и объема циркулирующей крови. В ипсилатеральной зоне наблюдалась гиперперфузия. У некоторых больных отмечалось увеличение скорости кровотока и снижение объема циркулирующей крови, что может быть обусловлено синдромом «обкрадывания».

Выводы: Анализ показывает, что КТ-перфузия является объективным методом функциональной нейровизуализации, который позволяет проводить уточненную диагностику острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу и новообразований головного мозга в тех случаях, когда требовалась дифференциальная диагностика с ишемическим инфарктом головного мозга.

Середенко Е.В., Гуляр А.Н., Поршнев Е.В., Скипина В.А., Литвинова А.С.

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Актуальность

Рак легкого – широко распространенное заболевание, занимающее в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России 1-е место. Наиболее часто выявляемый – центральный эндобронхиальный рак легкого. Поскольку в начальной стадии рак легкого протекает без существенных клинических проявлений, своевременное его выявление возможно лишь при регулярных рентгенологических исследованиях.

Цель

Изучить возможности ранней рентгенологической диагностики центрального рака легкого с помощью оценки снижения оптической плотности рентгеновского снимка.

Материалы и методы

В основу исследования положены сведения о проведенном анализе оптической плотности трахеи, главных, долевых бронхов по рентгенограммам 26 практически здоровых людей. Полученные данные сопоставлены с результатами ретроспективной оценки тех же показателей у 66 больных, прооперированных (на основании данных рентгеноскопических, рентгенологических методов) в РОЦ им. Г.В. Бондаря по поводу центрального рака легкого с преимущественно экзобронхиальным ростом опухоли. Замеры проводились с помощью фотоэкспонетра «КВАНТ» в пределах от 0,5-100 с погрешностью измерения не более 0,010 логарифмической единицы. Полученные данные соотносили к величине освещенности рентгенограммы в области пуговки аорты, т.е. сравнивались не абсолютные, а относительные величины – коэффициенты оптической плотности (КОП), позволяющие значитель-

но повысить точность данных. Вариационные ряды различных участков были под-вергнуты компьютерному анализу с вычислением критериев достоверности (t) по Стьюден-ту.

Результаты

Из 66 рентгенограмм прооперированных больных было установлено, что центральный рак легких правосторонней локализации выявлен у 38 больных, левосторонней – у 23, на уровне нижней трети трахеи – 2 случая, средней трети трахеи – 3 случая. При правосторонней локализации процесса главный бронх был поражен в 10 случаях (рис.1), промежуточный – 11, верхнедолевой – 8 и нижнедолевой – в 9 случаях. При левосторонней локализации главный бронх был поражен у 14, верхнедолевой – у 7, нижнедолевой – у 2 пациентов. При анализе КОП непораженных участков у 21 прооперированных больных достоверных различий с аналогичными показателями здоровых выявлено не было, в 45 случаях было выявлено снижение КОП соответствующих участков трахеобронхиального дерева за счет метастазирования основного процесса в различные группы лимфатических узлов. Определялось значительное снижение КОП по сравнению с контрольной группой у пациентов с поражением промежуточного бронха в 11 случаях, с нижнедолевой локализацией опухоли – в 10 случаях. Незначительное снижение КОП ($p>0,05$) было выявлено во всех случаях поражения верхнедолевых бронхов справа и слева.

Выводы

При раке легких различной локализации, преимущественно с экзобронхиальным ростом, оценка КОП соответствующих участков может считаться скрининговым методом для назначения более информативных рентгенологических методов (обычных томограмм, СКТ), эндоскопических методов контроля.

Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Гольнева А.П., Масенко В.В.

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

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕПТИНА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА

Цель работы. Гиперинсулинемия повышает тонус гладких мышц сосудов, активирует β -адренорецепторы с ответной реакцией в виде вазоконстрикции. Уменьшение числа рецепторов к инсулину на адипоцитах – основного депо лептина – на фоне инсулинорезистентности и дислипидемии также сопровождается гиперсимпатикотонией. Риск развития патологических ортостатических реакций при повышенном индексе массы тела возрастает в 2,3-3,1 раза. Преобладание данного типа реакции автономной нервной системы отражает дисрегуляцию на уровне надсегментарных структур с формированием избыточных афферентных стимулов и нарушением в ангиорегуляторной системе, механизм которых не изучен, - в связи с чем данный аспект представляет особый интерес.

Материалы и методы. Обзор отечественных и зарубежных публикаций.

Результаты и их обсуждение. У больных с цереброваскулярными заболеваниями на фоне метаболического синдрома с нарушением углеводного обмена, в том числе на стадии нарушения толерантности к углеводам, наблюдаются вегетативные нарушения в виде симпатикотонических реакций. В качестве индуктора симпатической активности рассматривают лептин. Адипокин повышает экспрессию белков-терморегуляторов, в то время как оксид азота (NO) снижает их экспрессию в адипоцитах, уменьшая их термогенную способность, являясь функциональным антагонистом лептина. Отмечено двойное влияние лептина на контроль артериального давления в зависимости от баланса между прессорным действием (за счет симпатотактивации) и дилатационным - вследствие высвобождения NO в эндотелии. Лептин стимулирует высвобождение эндотелиального NO, непосредственно активируя PI3K–независимый путь фосфорилирования внутриклеточной протеинкиназы Akt-eNOS, а также JAK2-зависимую индукцию синтазы NO. Более того, независимое от эндотелия вазопрессорное действие лептина опосредовано влиянием синтазы NO в перидитах посредством активации общего сигнального пути лептина JAK/STAT и PI3K/AKT. Повышение уровня NO ингибирует действие лептина на вызванную ангиотензином-II (Ang-II) вазоконстрикцию. Ангиогенный эффект лептина за счёт взаимодействия с NO обусловлен его индукцией на eNOS, которая в результате вазодилатации

увеличивает перфузию крови. Более того, воспалительная реакция при метаболическом синдроме способствует неоваскуляризации адипоцитов, что связано с ангиогенными макрофагальными факторами (TNF- α , IL-6, IL-8 и NO).

Выводы. Тесная взаимосвязь между ангио- и адипогенезом за счет индуцирующей активности лептина в отношении NO предполагает важную роль в регуляции васкулогенеза. Таким образом, оксид азота в качестве эндотелиального фактора представляет собой ключевой медиатор сердечно-сосудистых эффектов лептина.

*Сидоренко М.П., Евтушенко А.Б., Борисенко В.С., Евтушенко К.А.,
Савинков С.С., Снижинский А.А.*

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

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИНОКУЛЯРНОГО МИКРОСКОПА КАК ОСНОВЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В НЕЙРОХИРУРГИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИГИОМ

Биноккулярный операционный микроскоп сейчас является основным базовым инструментом нейрохирургов всего мира. Сейчас нейрохирургия, как медицинская специальность, перешла в разряд микронейрохирургии. Впервые на территории СНГ операции под операционным микроскопом на позвоночнике были выполнены Курильцем И.П. еще в 1993 году. Это был настоящий прорыв нейрохирургии того времени, потому что микроскопическая техника демонстрировала в корне другие результаты операций на головном мозге, спинном мозге и позвоночнике. Ряд операций вообще невозможно было выполнить без операционного микроскопа.

Актуальность проблемы микрохирургии менингиом ГМ не вызывает сомнения.

Основной задачей в хирургии внутричерепных менингиом является тотальное удаление опухоли с сохранением функционально значимых участков мозга, черепных нервов и сосудов. Частое вовлечение в опухолевый процесс магистральных сосудов головного мозга в ряде случаев осложняют удаление таких опухолей. Хирургический микроскоп – важнейший инструмент, позволяющий нейрохирургу во время операции видеть мельчайшие структуры головного мозга, неразличимые невооруженным глазом. Микроскоп обеспечивает объемное видение раны в высоком разрешении при хорошем освещении.

С 2017 года благодаря содействию администрации ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР был запущен в работу микроскоп ZEISS OPMI Vario 700, который используется при операциях на головном и спинном мозге. Нами прооперировано 17 больных с внутричерепными менингиомами различной локализации с применением микронейрохирургической технологии. В результате использования внедренной методики удалось снизить интраоперационную кровопотерю (в среднем до 300 мл), послеоперационные осложнения (гематомы ложа, ликворея), увеличить радикальность удаления опухоли, не только избежать усугубления неврологического дефицита, но и достичь регресса неврологических симптомов уже в раннем послеоперационном периоде, а также повысить качество жизни в позднем послеоперационном периоде. В используемом нами микроскопе видеокамера позволяет записывать операции и транслировать изображение на монитор. Учитывая, что нейрохирургическое отделение ЛРКБ является базой подготовки медицинских кадров для ЛНР, данная опция является крайне востребованной в учебном процессе студентов, ординаторов и молодых нейрохирургов.

Итак, современный операционный микроскоп, с его возможностью увеличения изображения, улучшения освещения крайне необходим в целях осуществления сохраняющих методик, в том числе и в хирургии внутричерепных менингиом. Кроме того, современное оборудование позволяет совершенствовать обучающий процесс студентов, ординаторов и молодых нейрохирургов.

Сидоренко Ю.В., Балабаева Н.В., Иванова Л.Н., Холина Е.А., Сысойкина Т.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - важная медико-социальная проблема мира. Учитывая постоянный рост ее распространенности, инвалидности и смертности от ХОБЛ, данное заболевание является предметом активных исследований современной медицины. Коморбидные и фоновые заболевания существенно влияют не только на проявления ХОБЛ у пациента, но и вообще на все сферы его жизнедеятельности, а значит ухудшают качество жизни (КЖ), которое в общей популяции больных ХОБЛ остается низкой, даже при определенной относительной стабилизации состояния соматических характеристик, ассоциируется с медицинской, психологической и социальной дезадаптацией больных.

Целью исследования было изучение средних значений показателей КЖ больных ХОБЛ на фоне туберкулеза легких (ТЛ) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД) и без него. Было обследовано 97 больных ХОБЛ на фоне ТЛ, из которых 58 страдали СД 2 типа (основная группа) и 35 практически здоровых лиц. Изучение КЖ проводили с помощью адаптированного Международного опросника Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36). Было выявлено, что респонденты с соматической патологией с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) имеют статистически значимо ниже показатели КЖ по всем параметрам по сравнению с практически здоровыми лицами. При этом средние значения всех параметров физического, психического статуса и показателя общего здоровья в группе больных ХОБЛ в сочетании с СД 2 типа на фоне ТЛ были ниже, чем соответствующие в группе больных ХОБЛ на фоне ТЛ, что свидетельствует о более выраженном негативном влиянии СД на все звенья адаптации пациентов к общественным условиям. Наиболее сильное влияние у больных ХОБЛ, сочетанной с СД 2 типа на фоне ТЛ претерпели показатели общего здоровья ($23,3 \pm 1,4$), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности ($26,3 \pm 2,5$) балла, а также достаточно низкие значения имели показатели психического статуса: психическое здоровье ($38,7 \pm 1,6$) и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности ($32,0 \pm 2,8$) балла. Достаточно высоким у больных с сочетанной патологией был показатель социальной активности, составляя ($65,9 \pm 1,7$) балла, что все же было ниже такового в группе сравнения без сопутствующего СД. Анализируя средние значения показателей КЖ у больных с сочетанной патологией в зависимости от пола, мы обнаружили определенные половые различия во обеих группах исследования, причем женщины отличались низкими средними значениями показателей КЖ по сравнению с мужчинами.

Данные, полученные в процессе исследования свидетельствуют, что женщины с ХОБЛ на фоне ТЛ без сопутствующей патологии имели достоверно более низкие показатели, характеризующие психологическую компоненту КЖ, а именно роль эмоций в ограничении жизнедеятельности ($p < 0,05$), психическое здоровье ($p < 0,01$) и жизнеспособность ($p < 0,001$), по сравнению с мужчинами этой же группы.

В когорте больных с сочетанной патологией были установлены различия как по показателям физической ($p < 0,001$), так и психической компоненты ($p < 0,001$). Учитывая, что в группе практически здоровых лиц не было выявлено половых различий по параметрам КЖ, можно предположить, что лица женского пола в большей степени подвергаются воздействию соматической патологии по сравнению с мужчинами. Причем, ХОБЛ на фоне ТЛ имеет значимо большее влияние на психологический статус, а сочетание ХОБЛ с СД 2 типа имеет негативное воздействие на все компоненты КЖ пациентов.

Итак, особенности показателей КЖ свидетельствуют, что ХОБЛ на фоне ТЛ снижает уровень КЖ больных по всем шкалам опросника MOS SF-36, а наличие сопутствующего СД 2 типа потенцирует это негативное влияние. Уровень снижения параметров КЖ у лиц женского пола достоверно больше по сравнению с мужчинами.

Сидоренко Ю.В., Иванова Л.Н., Бриц В.П., Солоп Е.А., Холина Е.А., Пилюева Е.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер» ЛНР

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Адаптационный потенциал (АП) позволяет интегрировать клинические данные и результаты лабораторных исследований. По величине АП можно оценить состояние адаптации. Целью работы является изучение состояния адаптационных процессов у больных с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением, а также их изменение при различной массе тела.

Для определения адаптивных возможностей сердечно-сосудистой системы рассчитывали АП по Баевскому Р. М. (1987) у 93 больных с АГ с нормально, избыточной массой тела и ожирением. АП у пациентов с АГ составлял 3,4 [2,9; 3,9] у.е., что значительно выше, чем у здоровых волонтеров (2,6 [2,2; 2,8] у.е., $p < 0,001$) и свидетельствует в общем о неудовлетворительном уровне адаптационных возможностей у больных АГ. Наиболее часто среди пациентов с АГ определялись напряженное и неудовлетворительное состояния адаптации, тогда как срыв адаптации и удовлетворительное состояние встречались существенно реже, тогда как в группе здоровых мы регистрировали только удовлетворительное и напряженное состояния адаптационной системы. Мы оценили значение АП при различной массе тела и выявили, что он повышался по мере нарастания ИМТ - (2,6 [2,5; 2,9] при нормальном; 3,2 [2,9; 3,5] при избыточной массе; 3,6 [3,3; 3,8] при ожирении ОЖ; $p < 0,05$), о чем свидетельствует также и прямая корреляционная связь между АП и массой тела, АП и ИМТ: $r_1 = 0,4$; $r_2 = 0,5$, $p < 0,001$). Медиана АП у пациентов с ожирением свидетельствовала о неудовлетворительном адаптационном состоянии, тогда как у пациентов с нормальной та избыточной массами тела – только о напряжении адаптационных механизмов. Оценка состояния адаптационных процессов в зависимости от массы тела показала, что неудовлетворительное состояние дезадаптации значительно чаще встречалось у пациентов с ожирением ($77,4 \pm 5,3$ %), чем при избыточной массе тела ($48,8 \pm 7,8$ %; $p < 0,01$) и нормальной массе тела ($9,5 \pm 4,5$ %; $p < 0,01$). Напряженное состояние адаптации диагностировали существенно чаще у пациентов с нормальной массой тела ($88,1 \pm 5,0$ %), чем - избыточной ($51,2 \pm 7,8$ %; $p < 0,01$) и ожирением ($19,4 \pm 5,0$ %; $p < 0,01$). При избыточной массе тела одинаково часто встречались как напряженное, так и неудовлетворительное состояние адаптации.

Таким образом, АГ в сочетании с избыточной массой тела и ожирением характеризуется изменением процессов адаптации, что проявляется высокими показателями АП и более частым формированием реакции стресса, чем при нормальной массе тела.

Скиба Т.А., Победенная Г.П.

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

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

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.

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.

Результаты. У всех пациентов основной группы наблюдался суставной синдром с проявлениями в виде утренней скованности в течение 10 минут в коленных суставах. У 54 больных основной группы наблюдались боли в коленных суставах с интенсивностью по ВАШ $3,0 \pm 0,3$ балла, при этом показатель теста Лекена достигал $8,8 \pm 0,28$ баллов и был выше, чем в группе сравнения в 5,5 раз ($p < 0,001$). Индекс WOMAC был равен $301,22 \pm 32,01$, а в группе сравнения $236,8 \pm 31,13$ баллов. Суммарный показатель шкалы WOMAC у лиц основной группы был выше, чем в группе сравнения на 24%. В тесте с 6-минутной ходьбой больные основной группы прошли дистанцию $316 \pm 14,8$ м, что было в среднем на 16% меньше, чем у лиц группы сравнения и свидетельствовало о более низкой толерантности к физической нагрузке больных ХОБЛ, сочетанной с ОА.

Выводы. Функциональный статус больных ХОБЛ, сочетанного с ОА по данным основных оценочных шкал является более низким, чем у пациентов с ХОБЛ без ОА.

Скороход А.М.

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

ЭПИЛЕПСИЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ У ВЗРОСЛЫХ

Эпилепсия затылочной доли (ЭЗД) составляет 5–10% фокальных эпилепсий в хирургических и педиатрических исследованиях, с небольшими данными по взрослому медицинскому когортам.

Цель: Изучить распространенность, сопутствующие заболевания и прогноз в амбулаторных неврологических условиях для пациентов с ЭЗД.

Материалы и методы. В течении исследования, проведенного на базе неврологического отделения №1 Донецкого клинического территориального медицинского объединения, 24 взрослых пациента с ЭЗД, выявленных в течение 36 месяцев из 774 пациентов неврологического профиля, наблюдались, с данным диагнозом, в течение 3 лет.

Результаты и обсуждения. 92% этих пациентов с ЭЗД имели простые зрительные галлюцинации, ошибочно диагностированные в 40% случаев. 75% имели коморбидную мигрень и 38% имели дефекты поля зрения. Только 33% достигли длительной ремиссии, и только 2/10 (20%) пациентов с ЭЗД структурной этиологии не имели приступов. У двух пациентов с мигралепсией наступила ремиссия.

Выводы. На ЭЗД у взрослых приходилось 7,7% фокальных эпилепсий в этой когорте, ошибочно диагностированные или классифицированные в 40%. У большинства пациентов была сопутствующая мигрень. У меньшинства была мигралепсия, характеризующаяся более длительной аурой и хорошим прогнозом. Частота ремиссии была ниже, чем у детей с ЭЗД и взрослых с эпилепсией в целом, что усиливало аргумент в пользу хирургического лечения эпилепсии у пациентов с лекарственно-устойчивыми ЭЗД со структурной причиной.

Скороход А.М.

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

ХРОНИЧЕСКИЕ НИЗКИЕ ДОЗЫ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КАК СТЕРОИДСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ

Доказано, что внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) эффективен при миастеническом кризе, но его роль в качестве поддерживающей терапии до конца неясна.

Цель. Определить влияние поддерживающей терапии низкими дозами ВВИГ на клинический исход заболевания и может ли она использоваться в качестве стероидсберегающего средства при миастении.

Материалы и методы. Проанализированы данные исследования проведенного в отделение неврологии, Медицинского центра Рабина, Израиль. В ходе данного исследования ретроспективно рассмотрели диаграммы всех пациентов с миастенией, получавших ВВИГ с января 2006 года по декабрь 2019 года. Долгосрочный терапевтический ответ на ВВИГ оценивался по улучшению клинической классификации Американского фонда миастении (MGFA) в качестве первичной конечной точки, а также возможность снизить средневзвешенную по времени требуемую дозу преднизона в качестве вторичной конечной точки в течение периода наблюдения продолжительностью 36 месяцев.

Результаты и обсуждения. 109 пациентов получали внутривенные иммуноглобулины. Среднее время наблюдения составило $34,03 \pm 5,5$ мес. Шестьдесят семь пациентов (61,4%) ответили на терапию улучшением по крайней мере на один балл по шкале MGFA. Не было статистических различий в демографических и клинических характеристиках между респондентами, ответившими на ВВИГ, и лицами, не ответившими на лечение. Средняя доза преднизона значительно снизилась с $33,1 \pm 14,5$ мг на исходном уровне до $7,2 \pm 7,8$ мг через 36 месяцев лечения ВВИГ ($P < 0,0001$), с наибольшим эффектом через 6 месяцев ($33,1 \pm 14,5$ мг против $17,9 \pm 11,7$ мг; $P < 0,0001$). В течение 36 месяцев наблюдения большинство пациентов (92,5%) оставались клинически и фармакологически стабильными при хроническом лечении ВВИГ.

Выводы. Это ретроспективное исследование демонстрирует, что хроническое лечение низкими дозами ВВИГ у пациентов с миастенией улучшает клинические исходы и оказывает длительный и значительный стероидсберегающий эффект в течение 3 лет.

Следевская Л.Н.

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

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ И КУЛЬТУРЕ РЕЧИ

Медицинская этика – это наука о нравственных началах в деятельности медиков. Предметом ее исследования является психоэмоциональная сторона деятельности. А деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов.

Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него надежду на выздоровление. Важны не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией – способностью сострадать, ставить себя на место больного.

Профессиональная мораль врача подчинена целям охраны здоровья и жизни человека. Отсюда этический принцип врачевания: «Non posce» («Не вреди»).

О том же говорит клятва Гиппократ: «В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, несправедливого и пагубного...».

На занятиях по русскому языку и культуре речи необходимо уделить особое внимание развитию устной и письменной речи, коммуникативной компетенции в целом у будущих медицинских работников, совершенствование речевой культуры, речевого поведения в разных ситуациях общения.

Этика поведения врача должна проявляться уже с первого момента встречи с пациентом. «Здравствуйте» – это фраза речевого этикета, это пожелание здоровья, первый мостик в налаживании контакта между врачом и пациентом.

Лучшими образцами воспитания основ деонтологии для студентов-медиков служат произведения русских писателей А.П. Чехова, М.А. Булгакова, В.В. Вересаева. Художественные образы помогают начинающим медикам выстраивать деятельность лечебного и реабилитационного плана у постели больных.

Герои произведений Чехова («Палата №6», «Чёрный монах», «Припадок») вызывают у читателей чувства и жалости, и сострадания, поскольку писатель как никто другой понимает поведение человека. Среди персонажей Чехова особое место занимает доктор Осип Дымов («Попрыгунья»). Студен-

там предлагается подумать о том, что такое самопожертвование и можно ли оправдать его, если цена подвига – жизнь врача?

В рассказе «Ионыч» писатель поведал историю молодого доктора, приехавшего работать в провинцию и спустя годы превратившегося в обывателя. Он очерствел и стал равнодушным к своим больным. Образ Ионыча – предостережение молодым врачам: не стать равнодушными, не остановиться в своём профессиональном развитии, преданно служить людям.

Врачебная деятельность М.А. Булгакова отражена в «Записках молодого врача» и рассказе «Морфий», в котором показывается превращение человека в полного раба наркотического дурмана. Наркоманом стал университетский приятель доктора Бомгарда Сергей Поляков. Читая «Записки молодого врача», студенты обращают внимание на поднятые автором этические проблемы.

На занятиях по русскому языку и культуре речи можно уделить внимание рассказу Булгакова «Полтенце с петухом», в котором описывается история молодого врача, оказавшегося в провинциальной больнице после медицинского университета. Спасая умирающую девушку с раздроблённой ногой, он испытывает настоящее потрясение, т.к. никогда не проводил ампутаций. Все личное отступает перед сознанием врачебного долга несмотря на то, что герою не чужды человеческие слабости. Именно благодаря этому он спасает человеческую жизнь, не забывая великие слова клятвы Гиппократова.

Обращение к текстам художественной литературы, авторами которых являются врачи, ставшие писателями, способствует формированию деонтологической ответственности студентов-медиков.

Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А.

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

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Пандемия COVID-19 привела к крупнейшему за всю историю сбою в функционировании систем образования, который затронул почти 1,6 миллиарда учащихся в более чем 190 странах и на всех континентах. Закрытие школ и других образовательных учреждений коснулось 94 процентов мирового контингента учащихся, причем в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего этот показатель составляет 99 процентов.

Чтобы не допустить того, чтобы кризис образования превратился в поколенческую катастрофу, необходимы срочные действия со стороны всех субъектов. Образование — это не просто одно из основных прав человека. Это основополагающее право, от которого напрямую зависит реализация всех остальных прав человека.

Важным аспектом в формировании ценностных ориентаций студентов, в том числе студентов-медиков в период пандемии является сам педагог, который проводит большую часть времени с ними. Важно в период пандемии уделить вниманию здоровью. Повышению мотивации к здоровому образу жизни и занятиям физической культуры способствуют элективные дисциплины по физической культуре и спорту, где для студентов есть возможность приобрести знания, умения и навыки по различным видам спорта. Комплексная оценка образа жизни студентов и состояния их здоровья предполагала разделение студенческой молодежи на группы здоровья с целью дифференцированного подхода к осуществлению комплекса лечебно-профилактических мероприятий, адресности при реализации программы формирования здорового образа жизни студентов.

Важна роль преподавателя в данном случае и в информированности студентов о важности вакцинации. Студентов обязательно необходимо вакцинировать. Перед началом учебного сезона целесообразно, чтобы все студенты прошли вакцинацию.

Конечно, это самый правильный вариант, для того чтобы мы перестали болеть этой очень опасной инфекцией с самыми непредсказуемыми последствиями и осложнениями. Студенты как активнейшая часть населения, имеющая огромное количество контактов, так же были защищены.

Вакцинация спасает жизни и здоровье людей, поскольку снижает вероятность (пусть и не полностью) тяжелого течения коронавируса и смерти. Но это не все: прививки борются с самой эпидемией эффективнее, чем «естественный иммунитет», полученный в результате заражения.

Со вспышками и волнами нужно бороться с помощью достаточно жестких ограничений, позволяющих реально подавить всплеск заражений, а не только снизить темпы роста распространения вируса.

Одновременно нужно донести до студенческой молодежи мысль, что реальный выбор состоит либо в вакцинации, либо в новых локдаунах. И по необходимости (в случае, если число заболевших пойдет вверх) вводить такие локдауны.

Снегирева Л. В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России»

E-LEARNING REQUIREMENTS FOR THE STUDENTS' INFORMATION COMPETENCE LEVEL

University foreign students' e-learning has proved itself as the great educational tool with a number of indisputable advantages. It's known, that e-learning implies great requirements for the students' information competence.

In this regard, the purpose of the study was to determine the information competence level of the international faculty students.

Material and methods. 244 first-year international faculty students were interviewed at the end of an academic year. Examinees study General Medicine in Kursk State Medical University in English. Students were grouped in accordance to their results of educational activity:

- high rate of academic progress - 27% of examinees;
- average educational activity - 70% of students;
- poor educational results - 3% of examinees.

For the research, the original questionnaire in English was used, which includes 12 positions. The experiment was held in constant conditions for all groups of students: the research was held at 11 a.m. in the academic auditory.

The experiment showed great difference between foreign students in the information competence level. For example, first year students from Brazil and Malaysia were found as confident users of computer technologies. On the contrary, representatives of India and Sri Lanka are examinees with an insufficient level of information culture that, leads to some difficulties in e-learning process.

Thus, multimedia lectures are not considered as the necessary element of medical university educational process by 20 examinees (8.2% of students). Just 87.5% of students with poor educational results assess multimedia lectures as the appropriate element of e-learning (with respect to 95.3% of examinees with average academic rate).

Problem tasks on computer were esteemed as an ineffective e-learning element by 3.3% of international faculty students: 6% of foreigners with high results of educational activity and 12.5% of low academic rate examinees. First-year students with poor educational results found computer practice difficult because computer interface insufficient knowledge, that causes some errors in computer tasks, inadequate keyboard skills, that lead to wasting of typing time, technical errors in typing and etc.

The same kind of problems were found for the international faculty students in performing computer laboratory work: effectiveness of this e-learning component was confirmed by 88.5% of examinees with poor educational results.

16.4% of foreigners cannot navigate electronic manuals chapters quickly to find necessary educational material. They are not able to use self-control opportunity of testing programs. 19.7% of examinees reported fatigue after electronic manuals usage.

By testing results, only 9% of examinees considered computer testing as an ineffective e-learning component. However, all international faculty students with low rate of academic progress appreciated computer testing, esteeming its sufficient objectiveness. First-year students with low results of educational activity mention following computer testing advantages:

- choosing between possible answers in computer testing allows to remove a linguistic barrier for students;

- definite algorithm of testing programs eliminates psychological discomfort of foreign students

To our mind, the results of research have great importance for development of international faculty educational system, since it gives idea of effectiveness and, therefore, the expediency of e-learning different elements, taking into account the information culture level of medical university foreign students.

Соболева А.А., Кондратьев П.А., Комаревская Е.В.

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

СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациенток с постменопаузальным остеопорозом путём использования препаратов, снижающих резорбтивные процессы в костной ткани.

Материалы и методы: с целью оценки системной и местной продукции отдельных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, в том числе цитокинов, принимающих участие в регуляции ремоделирования костной ткани, было обследовано 212 женщин в постменопаузе с ХГП (основная группа). 45 женщин постменопаузального возраста с нормальными характеристиками МПК и здоровым пародонтом составили группу сравнения. Медиаторы межклеточного взаимодействия исследовались как в сыворотке крови, так и в ротовой жидкости. В сыворотке определяли концентрации ИЛ-1-β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8. В ротовой же жидкости исследовали содержание ИЛ-1-β, ИЛ-6.

Результаты и обсуждение: установлено, что обследованные женщины в постменопаузе с ХГП характеризовались достоверно ($p=0,003$) повышенной концентрацией ИЛ-1-β. Содержание указанного цитокина среди обследованных с патологией пародонта составило 2,4 (1,5-3,2) пг/мл, в то время как в группе здоровых женщин концентрация его была равна 1,7 (1,1-2,5) пг/мл. Следует отметить, что кроме нарастания системной продукции ИЛ-1-β мы также зарегистрировали при ХГП существенное повышение концентраций и ряда других провоспалительных цитокинов. В частности, стоматологические больные характеризовались достоверным повышением синтеза ИЛ-6. При значениях указанного маркера в группе здоровых женщин 0,5 (0,1-0,8) пг/мл, сывороточное содержание его у женщин с патологией пародонта было значительно повышено и составило 0,9 (0,1-2,2) пг/мл ($p=0,001$).

Аналогичным образом у женщин в постменопаузе с патологией пародонта мы выявили достоверное повышение сывороточного содержания провоспалительного медиатора ИЛ-8. Значения системной концентрации данного цитокина, зарегистрированные у женщин группы сравнения составили 5,0 (3,4-8,7) пг/мл, в то время как показатели медианы и интерквартильного размаха сывороточного уровня ИЛ-8, полученные при обследовании женщин основной группы, были равны 6,4 (4,3-10,4) пг/мл ($p=0,027$).

В отличие от показателей провоспалительных цитокинов ИЛ-1-β, ИЛ-6 и ИЛ-8, для которых было характерно нарастание системной продукции при ХГП-СТ, для противовоспалительного ИЛ-4 мы зарегистрировали достоверное ($p=0,036$) снижение сывороточного содержания у обследованных больных. Так, при показателе группы здоровых женщин, составившем 2,1 (1,7-2,9) пг/мл, значение концентраций данного цитокина, зарегистрированное в сыворотке крови женщин в постменопаузе с патологией пародонта, было равно 1,9 (1,1-2,7) пг/мл.

Выводы: в ходе исследования установлено, что у женщин в постменопаузальном возрасте, страдающих ХГП, снижены уровни ИЛ-4 и повышены концентрации ИЛ-1β, ИЛ-6 и ИЛ-8 в сыворотке крови, а также увеличен уровни ИЛ-6 и TNF-α в ротовой жидкости ($p<0,05$). Изменения цитокинов существенно зависят от наличия и степени остеопоротических нарушений у женщин. Больше всего нарушений в балансе межклеточных медиаторов регистрируется ($p<0,05$) у женщин с ХГП на фоне ОП (снижение уровней ИЛ-4 и повышение – ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке, а также ИЛ-6 в слюне).

Наличие у стоматологических больных остеопении сочетается с увеличением ($p<0,05$) содержания ИЛ-6 и ИЛ-8 ($p<0,05$) в сыворотке крови, ИЛ-6 в ротовой жидкости ($p<0,05$).

Ассоциации нарушений цитокинового баланса с выраженностью остеопоротических изменений скелета женщин свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода в ведении больных с заболеванием пародонта в зависимости от состояния костной системы.

Соболева А.А., Кондратьев П.А., Комаревская Е.В.

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

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФОТАЗЫ, Mg, Fe У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЙ В СТРУКТУРЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

Цель. Повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациенток с постменопаузальным остеопорозом (ОП) путём применения препаратов, снижающих резорбцию в костной ткани.

Материалы и методы. С целью определения биохимических показателей в сыворотке крови у женщин в постменопаузе (ПМ) с (ХГП) на фоне различных показателей МПК было обследовано 212 женщин с ХГП (основную группу исследования). Из них у 73 результаты остеоденситометрии были в нормальных пределах (основная группа I). У 71 женщины регистрировалась остеопения (основная группа II), а у 68 был выявлен ОП (основная группа III). 45 женщин постменопаузального возраста с нормальными характеристиками МПК и здоровым пародонтом составили группу сравнения. У всех женщин были исследованы показатели ЩФ, Mg, Fe. Оценка общих характеристик показала, что женщины группы сравнения и женщины основных групп I, II и III существенно не отличались между собой по возрасту и продолжительности постменопаузального периода.

Результаты и обсуждения. Проведена оценка результатов биохимических исследований у женщин основной группы ($n=212$) и группы сравнения ($n=45$). Установлено, что обследованные женщины в ПМ с ХГП характеризовались достоверно ($p=0,011$) повышенной активностью ЩФ. Показатели медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1-Q3) указанного маркера среди обследованных с патологией пародонта составили 68,2 Ед/л, в то время как в группе здоровых женщин активность его была равна 62,7 Ед/л.

При исследовании содержания микроэлементов в сыворотке крови у женщин с ХГП вне зависимости от состояния МПК также был обнаружен ряд особенностей биохимического статуса. В частности, нами было зарегистрировано достоверное ($p<0,01$) снижение уровня Mg. Так, значения медианы и первого-третьего квантилей концентрации Mg в группе здоровых женщин составили 0,81 ммоль/л. Аналогичные показатели содержания данного микроэлемента у пациентов с ХГП были существенно ниже ($p<0,01$), составив 0,77 ммоль/л. Аналогичным образом, для лиц с ХГП было характерно достоверное снижение концентрации в сыворотке крови Fe ($p<0,01$). В основной группе значение вышеуказанного макроэлемента составило 13,4 мкмоль/л. При этом показатель, зарегистрированный в группе здоровых женщин (группа сравнения), был значительно выше и равнялся 15,2 мкмоль/л.

Результаты обработки данных показали, что изменения наблюдались у женщин с ХГП, имеющих ОП. В данной группе зарегистрировано повышение активности ЩФ как в сравнении с группой сравнения 72,4 Ед/л против 62,7 Ед/л; $p<0,01$, так и с женщинами, страдающими ХГП и имеющими нормальные показатели МПК 72,4 Ед/л против 65,1 Ед/л; $p<0,05$. Показатель ЩФ в группе больных с остеопенией 70,2 Ед/л существенно не отличался от аналогичных показателей, установленных как для группы сравнения, так и для основных групп I и II ($p>0,05$). Так, при сравнении с показателями контрольной группы наблюдалось снижение уровня Mg в группе пациентов с заболеванием пародонта как на фоне остеопении ($p<0,05$), так и на фоне ОП ($p<0,01$). Уровни Mg у здоровых составили 0,81 ммоль/л, у лиц с ХГП и нормальной МПК – 0,78 (0,72-0,84) ммоль/л, с остеопенией – 0,75 ммоль/л, с ОП – 0,74 ммоль/л. Аналогично наличие остеопении или ОП у обследованных стоматологических

больных сочеталось со сниженными ($p<0,05$) концентрациями в сыворотке крови Fe. Уровни указанного показателя у здоровых женщин составили 15,2 мкмоль/л, у обследованных с ХГП и нормальной МПК – 13,7 мкмоль/л, с остеопенией – 13,2 мкмоль/л, с ОП – 12,8 мкмоль/л.

Выводы. Полученные результаты необходимо использовать при оценке степени патологического процесса у женщин в постменопаузальном возрасте, страдающих ХГП, в том числе в динамике лечебно-профилактических мероприятий.

Соболева А.А., Чайковская И.В., Майлян Э.А.

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

СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациенток с постменопаузальным остеопорозом путём использования препаратов, снижающих резорбтивные процессы в костной ткани.

Материалы и методы: с целью оценки системной и местной продукции отдельных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, в том числе цитокинов, принимающих участие в регуляции ремоделирования костной ткани, было обследовано 212 женщин в постменопаузе с ХГП (основная группа). 45 женщин постменопаузального возраста с нормальными характеристиками МПК и здоровым пародонтом составили группу сравнения. Медиаторы межклеточного взаимодействия исследовались как в сыворотке крови, так и в ротовой жидкости. В сыворотке определяли концентрации ИЛ-1-β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8. В ротовой же жидкости исследовали содержание ИЛ-1-β, ИЛ-6.

Результаты и обсуждение: установлено, что обследованные женщины в постменопаузе с ХГП характеризовались достоверно ($p=0,003$) повышенной концентрацией ИЛ-1-β. Содержание указанного цитокина среди обследованных с патологией пародонта составило 2,4 (1,5-3,2) пг/мл, в то время как в группе здоровых женщин концентрация его была равна 1,7 (1,1-2,5) пг/мл. Следует отметить, что кроме нарастания системной продукции ИЛ-1-β мы также зарегистрировали при ХГП существенное повышение концентраций и ряда других провоспалительных цитокинов. В частности, стоматологические больные характеризовались достоверным повышением синтеза ИЛ-6. При значениях указанного маркера в группе здоровых женщин 0,5 (0,1-0,8) пг/мл, сывороточное содержание его у женщин с патологией пародонта было значительно повышено и составило 0,9 (0,1-2,2) пг/мл ($p=0,001$).

Аналогичным образом у женщин в постменопаузе с патологией пародонта мы выявили достоверное повышение сывороточного содержания провоспалительного медиатора ИЛ-8. Значения системной концентрации данного цитокина, зарегистрированные у женщин группы сравнения составили 5,0 (3,4-8,7) пг/мл, в то время как показатели медианы и интерквартильного размаха сывороточного уровня ИЛ-8, полученные при обследовании женщин основной группы, были равны 6,4 (4,3-10,4) пг/мл ($p=0,027$).

В отличие от показателей провоспалительных цитокинов ИЛ-1-β, ИЛ-6 и ИЛ-8, для которых было характерно нарастание системной продукции при ХГП-СТ, для противовоспалительного ИЛ-4 мы зарегистрировали достоверное ($p=0,036$) снижение сывороточного содержания у обследованных больных. Так, при показателе группы здоровых женщин, составившем 2,1 (1,7-2,9) пг/мл, значение концентраций данного цитокина, зарегистрированное в сыворотке крови женщин в постменопаузе с патологией пародонта, было равно 1,9 (1,1-2,7) пг/мл.

Выводы: в ходе исследования установлено, что у женщин в постменопаузальном возрасте, страдающих ХГП, снижены уровни ИЛ-4 и повышены концентрации ИЛ-1β, ИЛ-6 и ИЛ-8 в сыворотке крови, а также увеличен уровень ИЛ-6 и TNF-α в ротовой жидкости ($p<0,05$). Изменения цитокинов существенно зависят от наличия и степени остеопоротических нарушений у женщин. Больше всего нарушений в балансе межклеточных медиаторов регистрируется ($p<0,05$) у женщин с ХГП на фоне ОП (снижение уровней ИЛ-4 и повышение – ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке, а также ИЛ-6 в слюне).

Наличие у стоматологических больных остеопении сочетается с увеличением ($p < 0,05$) содержания ИЛ-6 и ИЛ-8 ($p < 0,05$) в сыворотке крови, ИЛ-6 в ротовой жидкости ($p < 0,05$).

Ассоциации нарушений цитокинового баланса с выраженностью остеопоротических изменений скелета женщин свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода в ведении больных с заболеванием пародонта в зависимости от состояния костной системы.

Сорокопуд Е.П., Абрамов В.Ал.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО ПАНДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА

Пандемия коронавирус SARS-CoV-2 обрушила привычный образ жизни миллионов людей. Стремительно ухудшающаяся пандемическая обстановка неизменно накладывает свой отпечаток на психическое состояние населения. Одной из ведущих психических реакций на текущие события является стресс - состояние, возникающее при действии чрезвычайных или патологических раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма. Вероятность развития психического стресса при повышении фрустрационной напряженности зависит от особенностей личности, обуславливающих степень устойчивости к психическому стрессу или стрессоустойчивости.

Цель исследования: оценить особенности адаптации к стрессовым реакциям у лиц молодого возраста в условиях пандемии COVID-19.

Материалы и методы: Обследовано 266 студентов медиков в период с февраля по май 2021 года. Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с февраля по май 2021 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 4 группы: 1 группа (61 человек) – обследовалась в феврале, 2-я группа (117 человека) – в марте, 3-я группа (46 человек) – в апреле и 4-я группа (42 человека) – в мае. Для оценки стрессоустойчивости был использован симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (СОС) А. Волкова и Н. Водопьяновой. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты: В ходе анализа полученных в результате исследования данных, было выявлено, что у большинства испытуемых (67,32%) определяется высокий уровень стрессоустойчивости, у 27,8% человек – средний уровень стрессоустойчивости и у 4,88% интервьюируемых – низкий уровень стрессоустойчивости. В ходе изучения различий уровней стрессоустойчивости в зависимости от уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией, была выявлена стойкая тенденция к снижению уровня стрессоустойчивости у обследуемых лиц наряду с ухудшением пандемической обстановки в мире. Так, в первой группе обследуемых низкий уровень психологической устойчивости определялся у 1,6% обследуемых, а в четвертой группе количество лиц по данному показателю увеличилось до 4,7%, а также выросло количество обследуемых со средним уровнем стрессоустойчивости 30,9% против 21,3% в первой группе.

Вывод: Полученные данные позволяют утверждать, что с ухудшением пандемической ситуации связанной с COVID-19 снижается уровень стрессоустойчивости, что в свою очередь, негативно сказывается на общем психическом состоянии лиц молодого возраста и увеличивает вероятность развития психосоматических расстройств.

Сотник Ю.А., Салоникиди А.И., Чебакина Е.А

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЩЕЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Поражение кишечника на фоне коронавирусной инфекции происходит в результате прямого цитопатического воздействия SARS-CoV-2 на эпителиоциты кишечника. Примерно у 15% больных, на фоне COVID-19, наблюдаются тошнота, рвота, потеря аппетита, послабление стула, боль в животе. Помимо таких распространенных симптомов гастроэнтерита могут быть и другие проявления поражения кишечника – боли в животе, которые не сочетаются с симптомами гастроэнтерита. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки составляет 0,5-2,3% популяции и в большинстве случаев не имеет клинически проявлений. Диагностируется, как правило, лишь при развитии осложнений, нуждающихся в оперативном вмешательстве. Причиной дивертикулеза является воспаление дивертикулов, спровоцированное инфекционными агентами, в том числе и коронавирусом и может сопровождаться кровотечением, инвагинацией, кишечной непроходимостью, абсцессом и перфорацией дивертикула с развитием перитонита.

В августе – сентябре 2021г. под нашим наблюдением находилось трое пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение ЦГКБ №1 г. Донецка с жалобами на интенсивные боли в животе. У всех больных ранее рентгенологически была диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония, обусловленная коронавирусной инфекцией. Диагноз подтвержден выделением РНК SARS-CoV-2 из носоглотки пациентов. Больные с жалобами на интенсивные боли в животе, которые появились через несколько дней от начала заболевания, на фоне уже сформировавшейся пневмонии и не сопровождавшиеся диареей были переведены для дальнейшего наблюдения и лечения из инфекционных отделений в хирургическое. Во время операции диагностирован дивертикулез тощей кишки с дивертикулитом и перфорацией дивертикулов, разлитой фиброзно-гнойный перитонит. Произведена резекция тощей кишки. В течение недели наступила смерть пациентов. Причина – дыхательная недостаточность. Несомненно, эндогенная интоксикация от имевшего места перитонита усугубила тяжесть состояния пациентов, но не явилась причиной их смерти.

Сохань Д.А., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID 19

Актуальность: Диагностика последствий перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга (ПГИПГМ) является одним из актуальных вопросов современной нейрорепедиатрии. Особый интерес, данная проблема приобрела, в условиях пандемии COVID 19, когда у женщин в период беременности выявлялась короновирусная инфекция, разной степени тяжести. В литературе не представлены научные исследования с оценкой нейросонографических симптомов поражения мозга у детей в течение первого года жизни с ПГИПГМ, рожденных от матерей перенесших COVID 19 .

Цель исследования: Изучить клиническую картину нейросонографических проявлений перинатальной энцефалопатии у детей с церебральной ишемией, перенесших внутриутробно COVID 19 и определить ультразвуковые признаки подлежащие мониторингу.

Материалы и методы исследования: Обследованы 58 детей с перенесенной церебральной ишемией, и внутриутробно COVID 19, диагноз был установлен на основе клинических, и иммунологических исследований. Анализ включал оценку паренхимы мозга, желудочной системы, цистерн, субарахноидального пространства, рисунка извилин и борозд, наличия очаговых патологических образований.

Результаты исследования: В динамике было проведено 120 эхографических исследований. Выявлено кроме наиболее важных сонографических признаков поражения мозга при церебральной ишемии: Это превышение размеров субарахноидальных пространств и межполушарной щели, увеличение среднего размера большой цистерны, и ширины тел задних рогов боковых желудочков. Отличительной чертой стало наличие кальцификации, которая определялась в базальных ганглиях, коре, а также имела перивентрикулярную и субкортикальную локализацию, подобные изменения наблюдались у (30) 57% обследуемых. Другим характерным признаком было наличие минерализующей (лентикюлостриарной) васкулопатии, микроскопические минеральные отложения вдоль глубоких прободящих артерий в базальных ганглиях. Эти изменения отмечались у (52) 85% наблюдаемых детей. У 28 (48%) выявлены одна или несколько (2-4) кистозных структур 2-10 мм в теле, и вершине сосудистых сплетений боковых желудочков.

Выводы: Таким образом нами была установлена связь между изменениями структур головного мозга, характерными для детей перенесших внутриутробные вирусные инфекции, и данными вирусологического и иммунологического обследования на COVID 19. Диагностированные эхографические изменения у наблюдаемых детей не являлись специфическими и носили полиморфный характер. Подобные изменения выявлялись нами и ранее при различных вирусных инфекциях, перенесенных внутриутробно.

Соцкая Я.А., Шановалова И.А., Якимович С.Е.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗОФЕРМЕНТНОГО СПЕКТРА ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Введение. Хронический вирусный гепатит В (ХВГВ) остается глобальной проблемой современного здравоохранения, что определяется его широким распространением и тяжелыми последствиями (цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома). Так, при гепатите В вероятность формирования цирроза печени в течение 5 лет оценивается в 2 – 20%. Хронический некалькулезный холецистит (ХНХ) – также не менее актуальная медицинская и социально-экономическая проблема. По данным различных авторов, за последние 10 лет частота этой патологии резко увеличилась - воспалительные изменения в желчном пузыре выявляются у 10-20% населения европейских стран. Таким образом, проблема ХВГВ на фоне ХНХ имеет не только медицинский характер, но и в широком аспекте еще больше социально-экономическое значение.

Цель исследования: разработать оптимальный метод коррекции дисбаланса изоферментов лактатдегидрогеназы у больных с ХВГВ в сочетании с ХНХ.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с диагнозом ХВГВ в сочетании с ХНХ в возрасте от 40 до 66 лет. Из них было 30 мужчин (53,6%) и 26 женщин (46,2%). Все больные были разделены на две группы - основную (29 человек), получавшую дополнительно в качестве терапии гепатопротектор ремаксол на основе янтарной кислоты, меглумина, L-метионина, никотинамида, и сопоставления (27 пациентов), получавшую общепринятую терапию согласно рекомендациям по лечению и диагностике ХВГВ.

Результаты исследования. Установлено, что у подавляющего большинства больных с ХВГВ, сочетанным с ХНХ имело место повышение общей активности ЛДГ наряду с изменениями ее изоферментного спектра, а именно - снижение концентрации «аэробных» фракций ЛДГ1+2 и рост «анаэробных» – ЛДГ4+5. Следовательно, изменения со стороны активности ЛДГ у пациентов с ХВГВ в сочетании с ХНХ указывали на активацию анаэробного гликолиза, который в данных условиях патологического процесса был обоснованным. После проведения лечения в основной группе боль-

ных мы отмечаем достоверное снижение общей активности ЛДГ и полноценное восстановление ее изоферментного спектра, чего не было достигнуто в группе сопоставления.

Выводы. До начала лечения больных с ХВГВ в сочетании с ХНХ нам удалось выявить изменения со стороны как общего уровня ЛДГ, так и изоферментного спектра. Включение в комплекс терапии больных с ХВГВ в сочетании с ХНХ гепатопротектора ремаксол на основе янтарной кислоты, метглюмина, L-метионина, никотинамида способствует нормализации изоферментной активности, что подтверждает угнетение процесса тканевой деструкции.

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

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

РОЛЬ И МЕСТО ПЕДАГОГИКИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

В медицинском профессиональном сообществе педагогика имеет не только научный, но и практический смысл. Поскольку медицина как наука никогда не стоит на месте, тысячелетний врачебный опыт показал, что работа врача – это получение новых знаний, новых методик лечения. Каждое лечебное учреждение выработало свои принципы и организацию постоянного обучения: консилиумы, врачебные конференции, рабочие совещания, обсуждения трудных клинических случаев и т.д. В этой ситуации важно сформулировать проблему, ясно и четко изложить её, вовлечь в обсуждение присутствующих коллег. Это педагогическая задача. Если же обратиться к практике проведения медицинских научных конференций, то и здесь очевиден педагогический компонент. Во-первых – выделение и обозначение актуальной проблемы, во-вторых, всякое выступление – это тщательный отбор содержания, в-третьих, это метод изложения. Каждый из этих аспектов – это педагогический аспект деятельности.

Особое поле деятельности преподавателя – обучение студентов медицинского ВУЗа. Эту деятельность, возможно, приравнять к высокому искусству, поскольку в ней сочетаются фундаментальные знания, клиническое мышление, умение выделить в преподаваемой дисциплине главное, сформировать у студента основное «ядро» знаний, научить свободно пользоваться профессиональной терминологией, привить способность к системному мышлению, а значит, устанавливать междисциплинарные связи, формировать способность индуктивного и дедуктивного способа выведения умозаключений. В искусство преподавания входит и такой компонент как деонтология – область воспитания будущего врача. В этой дисциплине, естественно, есть и законодательные моменты, но главное – это формирование особого мировоззрения, морально – нравственных установок, когда главным условием деонтологического воспитания является авторитет и личность врача-педагога.

Каждый будущий преподаватель высшей школы по мере накопления опыта вырабатывает собственную педагогическую систему. Она представляет собой множество взаимосвязанных компонентов (содержание, средства, методы, процессы обучения) и включение собственного личностного и профессионального капитала.

Педагогика – сфера практической деятельности, поэтому в ней существует понятие педагогическая технология – многократно проверенный прием обучения, дающий безусловный положительный результат. В каком бы пространстве ни проходил педагогический процесс (студенческая аудитория, отделение больницы, профилактическая работа с населением) в мышлении врача неизбежно присутствуют такие понятия как обучение, воспитание, образование, развитие формирование, становление, т.е. – приобретение человеком новых качеств личности, приближение к определенному желаемому состоянию личности. Ныне формируется представление о том, что знание о своем организме, способности поддержание здоровья является главной обязанностью каждого человека. Эта парадигма, имеющая философское и социальное обоснование, возможно, расширит сферу профессиональной деятельности медицинского сообщества в плане просветительно-педагогической деятельности.

Статинова Е.А., Выхованец Н.Ю., Никитенко С.Н., Остапенко В.И.

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

ОЦЕНКА ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ У ЛИЦ С РАННИМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. В связи с этим важной задачей является разработка эффективных мер первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга. Немаловажное значение среди мер профилактики отводится устранению или коррекции факторов риска хронических цереброваскулярных заболеваний (ХЦВЗ). Среди не модифицируемых факторов риска, важное место занимает паспортный возраст (ПВ) человека [Кравченко М.А., 2015]. Возраст имеет большое значение при выборе тактики лечения, прогнозировании исходов заболевания, разработке плана профилактических мероприятий. В качестве фактора риска ЦВЗ, в последние годы, применяется показатель биологического возраста (БВ) человека [Дубашевский Р.А., 2019, Крутько В.Н., 2014]. Если БВ превышает ПВ, возможен риск развития ряда заболеваний [Бобровницкий И.П., 2016]. На основании анализа научных публикаций по изучаемой проблеме можно предположить, что у пациентов с ХЦВЗ ускоряется процесс биологического старения организма [Уткина И.М., 2014]. Следовательно, чрезвычайно актуальным является оценка темпов старения организма на основе показателя БВ у больных с ХЦВЗ.

Исследования проведены на базах кафедры неврологии и медицинской генетики и психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики ГОО ВПО ДОНН-МУ ИМ.М. ГОРЬКОГО. Всего было обследовано 48 человек, из них 28 женщин и 20 – мужчин. Средний возраст обследуемых мужчин составил 52,1 года, а женщин – 42,3 лет. Из них было сформировано две группы: контрольная и опытная. В контрольную группу было отобрано 15 человек (10 женщин и 5 мужчин), у которых отсутствовали острые и хронические заболевания. В опытную группу были отобраны 33 человека (20 женщин и 13 мужчин) с ранними формами ХЦВЗ, в том числе с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга (НПНКМ) – 18 чел. (12 женщин и 6 мужчин), с дисциркуляторной энцефалопатией I степени (ДЭП-1) – 15 чел. (8 женщин и 7 мужчин). БВ определяли с использованием прибора «БИОТЕСТ-1М» [Шахбазов В.Г., 1996]. Темп старения изучаемых систем и организма во всех случаях был классифицирован по трем функциональным классам (ФК): 1 – БВ на 5% и более меньше ПВ (ФК-1); 2 – БВ совпадает с ПВ (ФК-2); 3 – БВ на 5% и более превышает ПВ (ФК-3).

Исследованиями было установлено, что паспортный возраст (ПВ) у женщин и мужчин, входящих в контрольную группу составил соответственно $41,2 \pm 3$ (95%ДИ: 38,5-47,7) и $51,3 \pm 3$ (95%ДИ: 49,1-52,8) лет. При оценке БВ в контрольной группе этот показатель у женщин составил $39,5 \pm 3$ (95%ДИ: 32,3-43,1), а у мужчин $49,2 \pm 3$ (95%ДИ: 44,6-51,3) лет. При оценке темпов старения у женщин 70% были отнесены к ФК-1 и 30% к ФК-2. В группе мужчин 70% относились к классу ФК-1 и 24% к ФК-2 и 6% к ФК-3. В результате оценки ПВ у лиц, входящих в опытную группу было установлено, что у женщин изучаемый показатель составил $43,1 \pm 3$ (95%ДИ: 34,2-47,1), у мужчин $55,3 \pm 3$ (95%ДИ: 41,4-52,2) лет. При оценке БВ у лиц с НПНКМ установлено, что в этой группе БВ у женщин составил $52,3 \pm 3$ (95%ДИ: 47,4-54,1), а у мужчин $61,4 \pm 3$ (95%ДИ: 56,3-62,7) лет. При этом 7% женщин были отнесены к классу ФК-1, 48% к ФК-2 и 55% к ФК-3. У лиц с ДЭП-1 БВ у женщин составил $54,5 \pm 3$ (95%ДИ: 49,7-56,8), а у мужчин $62,7 \pm 3$ (95%ДИ: 59,1-67,3) лет. Темпы старения в этой группе были более выраженные, чем у лиц с НПНКМ и составили соответственно ФК-1 – 3%, ФК-2 – 25% и ФК-3 – 72%. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у пациентов с ХЦВЗ ускоряется, либо качественно изменяется процесс нормального биологического старения организма, что необходимо учитывать при выборе тактики лечения данной категории больных и разработке профилактических мероприятий.

Статинова Е.А., Кузьменко Н.А., Сохина В.С., Кузьменко О.О., Шульженко А.И.

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

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ДИЗРЕГУЛЯЦИЮ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Актуальность: Депрессивные состояния являются основными дезрегулирующими факторами у пациентов с хронической ишемией мозга (ХИМ). Симптомы сосудистой депрессии зачастую являются первым признаком ХИМ и проявляют себя нейропсихологическими изменениями, снижением повседневной активности и ухудшением качества жизни пациента.

Цель: изучить характер депрессивных расстройств, а так же их влияние на вегетативные функции у пациентов с ХИМ.

Материалы методы: Нами обследовано 69 пациентов с установленным диагнозом ХИМ в возрасте от 55 до 76 лет (средний возраст 62 ± 1.4) года. Все пациенты были разделены на 2 группы, в первую группу (I) вошли пациенты с ХИМ и депрессивными расстройствами (n-19), во вторую группу (II) вошли пациенты с ХИМ без депрессии (n-50). Контрольную группу составили 22 здоровых. В исследование не включали пациентов перенесших острый инсульт, наличие фибрилляции предсердий по данным ЭКГ. Для диагностики депрессии использовали шкалу Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, 1965). Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) проводилось на аппарате холтеровского монитора для суточного мониторирования ЭКГ с использованием статистического анализа временной области и спектрального анализа (24 часового мониторинга) последовательности электрокардиографических интервалов R–R. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета «MedStat», Statistica Neural Networks и Excel.

Результаты При исследовании у 19 (27,5%) пациентов ХИМ выявлены депрессивные нарушения: легкие у 80,9 % пациентов, средней степени тяжести у 19,1% , тяжелые нарушения не выявлены ни у одного пациента. Частыми жалобами были: ощущение угнетенности, безнадежности (28,6%), повышенная утомляемость и нехватка энергии (53,5%), нарушение сна (82%), немотивированное чувство вины (35,1%), отсутствие аппетита (22,4%). Средние показатели ВРС у пациентов I группы составили: SDNN= $51,3 \pm 2.07$ мс; RMSSD = $32,7 \pm 5,9$ мс; VLF= $1238,4 \pm 107,5$ мс²; LF= $963,6 \pm 132,2$ мс²; HF $183,2 \pm 33,2$ мс² и TP $1714,6 \pm 170,0$. Показатели ВРС у пациентов II группы были следующими: SDNN= $65,1 \pm 6,2^*$ мс; RMSSD = $39,3 \pm 5,9$ мс; VLF= $1031,6 \pm 112,5^*$ мс²; LF= $371,6 \pm 84,2^*$ мс²; HF $327,5 \pm 39,1$ мс² и TP $2743,5 \pm 100,7$. *- достоверная разница $p < 0,05$ между показателями I и II групп. По данным суточного мониторирования ВРС у пациентов с депрессивными расстройствами выявлено снижение ВРС, при этом степень снижения коррелировала с неврологической симптоматикой: при выраженных проявлениях депрессии были ниже показатели ВРС.

Выводы Таким образом, у пациентов ХИМ чаще преобладали легкие депрессивные нарушения, реже – депрессивные нарушения средней степени тяжести. У пациентов ХИМ с депрессивными расстройствами отмечалась значительная стрессорная активизация вегетативной регуляции сердечной деятельности с более высоким тонусом симпатической части вегетативной нервной системы (ВНС), нарушениями циркадности ВРС, превалированием гуморально- метаболических влияний на ритм сердца. С одновременным повышением тонуса симпатической части ВНС снижалась активность парасимпатической части ВНС.

Статинова Е.А., Момот Н.В., Фоминова Н.В.

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

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ МИКРОСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Цель исследования – определить возможные микроструктурные изменения головного мозга (по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с неврологическими нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В I и II неврологических отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) обследованы и лечились 48 больных с неврологическими нарушениями после перенесенной COVID-19 (в сроки от 4 до 9 месяцев) – I-я (основная) группа. Среди них было 28 (58,3%) мужчин и 20 (41,7%) женщин в возрасте $45,2 \pm 9,4$ лет. II-ю (контрольную) группу составили 30 пациентов, которые не болели COVID-19: 17 (56,7%) мужчин и 13 (43,3%) женщин в возрасте $46,5 \pm 8,5$ лет.

Для уточнения диагноза применены следующие методы (в разных сочетаниях): клиничко-лабораторные, электроэнцефалография, неврологические пробы, МРТ, статистические. Проанализированы структурные трёхмерные T1-взвешенные изображения (3D-T1 ВИ). Морфометрию на основе вокселей (VBM) и анализ результатов провели на основе Атласа-3 (AAL-3) и программного обеспечения DSI Studio, SPM 12 на основе MATLAB.

Результаты и обсуждение. Больные основной группы имели следующие психоневрологические нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции: изменение настроения – в 40,8% случаев, усталость – 28,3%, головная боль – 26,4%, изменение зрения – 21,4%, миалгия – 15,7%, нарушение подвижности – 12,1%, потеря памяти – 13,7%, потеря вкуса – 7,8%, потеря обоняния – 6,3%, тремор – 6,1%, онемение конечностей – 4,7%.

Выявлены объёмные увеличения серого вещества мозга в центральной обонятельной системе: гиппокампе, обонятельной коре, извилине Гешля, левой Роландовой борозде и правой опоясывающей борозде ($p < 0,05$).

Объём белого вещества (WMV) положительно коррелировал с потерей памяти ($r = 0,028$; $p = 0,016$). Оценка FA-WM (фракционная анизотропия белого вещества) имела отрицательную корреляцию с тремором ($r = -0,263$; $p = 0,042$), а оценка MD-WM (средняя диффузия белого вещества) – положительную корреляцию ($r = 0,276$; $p = 0,032$). Общий и местный GMV (объём серого вещества), центральной Роландовой борозды, гиппокампа, правой опоясывающей борозды, извилины Гешля отрицательно коррелировали с потерей памяти ($r = -0,342, -0,367, -0,392, -0,276, -0,278, -0,322$; $p = 0,007, 0,003, 0,008, 0,033, 0,013, 0,029$ соответственно).

MDGM (средняя диффузия серого вещества) в правой части предклинья коррелировала с онемением в конечностях ($r = 0,30$; $p = 0,015$), а в опоясывающих бороздах – с утомляемостью ($r = 0,304$; $p = 0,016$). GMV гиппокампа отрицательно коррелировал с потерей обоняния ($r = -0,282$; $p = 0,026$). Средние значения GMV и MDGM у пациентов I-й группы с потерей обоняния были ниже, чем во II-й группе ($p < 0,05$).

Выводы. С помощью МРТ выявлены микроструктурные и функциональные нарушения головного мозга у больных с неврологическими симптомами после перенесенной коронавирусной инфекции, что свидетельствует о долгосрочном постковидном синдроме. Целесообразно продолжить исследования в этом направлении.

Статинова Е.А., Шевченко В.В., Джоджуа А.Г.

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

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Актуальность: Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) относят к хроническим кислотозависимым рецидивирующим заболеваниям с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Заболевание характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, вследствие чего, у пациентов развиваются пищеводные и внепищеводные нарушения. До трети населения мира страдает ГЭРБ. Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных и результатов инструментального обследования. Следует отметить, что в отличие от классических пищеводных проявлений, должного внимания проблеме неврологических внепищеводных проявлений у пациентов страдающих ГЭРБ не уделено. В частности, речь идет о нарушении вегетативной нервной системы и психоэмоциональных проявлениях. Изучение влияния ГЭРБ на пациентов позволит вывести алгоритм диагностики внепищеводных неврологических нарушений, что в дальнейшем обеспечит своевременную медикаментозную коррекцию.

Цель исследования: Изучить у пациентов с ГЭРБ вегетативные нарушения путем оценки вегетативного профиля по шкалам оценки вегетативного индекса Кердо, опросника А.М. Вейна. Изучить изменения психоэмоциональной сферы путем тестирования по шкале депрессии Бека, опросника Спилбергера-Ханина.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 62 пациента в возрасте от 18 до 40 лет (ср. возраст составил $24,1 \pm 3,6$ лет), из них было 30 (48,4%) мужчин и 32 (51,6%) женщины. У всех пациентов при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) установлено наличие изменений со стороны желудочно-кишечного тракта с внепищеводными проявлениями и длительностью анамнеза заболевания более 3 месяцев. У всех пациентов проводился сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование, оценка неврологического статуса по общепринятой методике, оценка вегетативного профиля путем изучения вегетативного индекса Кердо, опросника для выявления признаков вегетативных изменений А. М. Вейна, исследование психоэмоциональной сферы при помощи шкалы депрессии Бека, опросника Спилбергера-Ханина. Анализ полученных данных производился в пакете MedStat.

Результаты и обсуждение: При первичной оценке вегетативного профиля путем расчета вегетативного индекса Кердо из 62 пациентов, имеющих изменения при ЭФГДС, 56,5% не имеют нарушения вегетативного профиля — значение индекса в пределах нормотонии, у 43,5% выявлен синдром вегетативной дисфункции: из них 70,4% склонны к симпатикотонии, 29,6% — к парасимпатикотонии. При проведении оценки признаков вегетативных нарушений по А. М. Вейну из 62 пациентов у 61,3% имеет место синдром вегетативной дистонии. Данные о личностной и ситуативной тревожности, полученные при помощи шкалы Спилбергера-Ханина свидетельствуют о следующих изменениях: у 32 пациентов уровень личностной и ситуативной тревожности достигал средних значений, при этом показатели у мужчин были среднего уровня ситуативной тревожности в 57,4% случаев, а у женщин преобладал средний уровень личной тревожности в 61,1%. При помощи шкалы депрессии Бека установлено преобладание симптомов депрессии у женщин: умеренная степень депрессии - 44,4%, средняя степень - 16,7%, тяжелая степень - 11,1%, в то время как у мужчин показатель умеренной степени депрессии достигал 21,4%, средняя степень депрессии выявлена в 7,1% случаев, тяжелой степени депрессии среди мужчин не выявлено.

Заключение и выводы. На основании показателей исследования вегетативной нервной системы у пациентов с ГЭРБ независимо от пола и возраста выявлено изменение вегетативного профиля: достоверное снижение тонуса парасимпатической нервной системы и преобладание ее симпатического отдела. Выявлены психоэмоциональные нарушения в виде тревожных и депрессивных расстройств с различной степенью выраженности.

Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Актуальность. Буккальные эпителиоциты обладают высокой чувствительностью, эффекторным потенциалом в воспалительных и иммунных реакциях, реализуя его в ответ на стимулирующие воздействия факторов среды, в связи с чем, изменяется их функциональная активность и дифференцировка (размер, характер ядер и гранул, признаки цитолиза). Образование микроядер свидетельствует о хромосомной нестабильности и часто сопровождается повреждением генома. Наличие крупных микроядер указывает на действие различных мутагенов, а мелких – на снижение регенеративной и репарационной возможности клеток. Высокую информативность клеток буккального эпителия можно использовать для диагностики цитогенетического статуса больных хроническими дерматозами, а также контроля тактики лечения. Кроме этого, взятие буккального эпителия – не инвазивная, безболезненная и экономически выгодная процедура, позволяющая многократно проводить скрининг обследуемых лиц, без использования специального оборудования для культивирования клеток. Следует отметить важность выбора ядерного красителя при изучении клеток буккального эпителия, т.к. использование различных красителей, может повлиять на интенсивность окрашивания генетического материала, искажая достоверность результатов исследования.

Цель исследования – выявление наиболее информативных методов окрашивания ядер буккального эпителия в постоянных препаратах.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили мазки эпителиоцитов, взятые по общепринятой методике В.Н. Калаева (2014) у 60 девушек в возрасте 18-19 лет, больных различными дерматозами, которые наносили на три стекла, фиксировали и окрашивали красителями: азурином по Романовскому, ацетоорсеином и гематоксилином. Окрашенные различными красителями препараты микроскопировали и анализировали 1000 отдельно лежащих клеток с ровными краями. Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Результаты исследования. При микроскопировании препаратов, окрашенных азурином по Романовскому, выявляли клетки неправильной формы, в центре которых располагались ядра, чаще овальной формы, с четкими контурами и рыхлой, хорошо структурированной кариоплазмой. В этих препаратах хорошо просматривались различные аберрации (микроядра, насечки, мосты, «разбитое яйцо», кариорексис и кариолизис). При окрашивании ацетоорсеином все клеточные структуры приобретали розовые оттенки различной интенсивности. Ядра имели четкие контуры с более темной не структурированной кариоплазмой, аберрации просматривались плохо. Следует отметить, что при окрашивании ацетоорсеином встречалось много поврежденных клеток и артефактов, что сильно затрудняло учет аберраций. В препаратах, окрашенных гематоксилином отмечены четкие контуры и структуры ядра фиолетового цвета с рыхлой кариоплазмой, однако часто встречались деформированные клетки, имеющие сморщенную цитоплазму и сплющенное ядро, что сказывалось на достоверности оценивания количества аберрантных клеток на 1000 учтенных.

Выводы. Четкая микроскопическая картина, отсутствие поврежденных клеток и артефактов при окраске красителем азурином по Романовскому свидетельствует об эффективности и информативности данного метода при исследовании цитогенетического статуса пациентов с хроническими дерматозами.

Стрионова В.С., Налетов А.В., Бораева Т.Т., Роговой А.Н.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА ЭТАПЕ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

С современных позиций нормальную микрофлору человека рассматривают не просто как совокупность множества микробиоценозов, но и как своеобразный экстракорпоральный орган, количество клеток в котором в 10-100 раз превышает общее число эукариотических клеток всех тканей и органов человека. Важнейшими функциями микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются трофическое и энергетическое обеспечение организма, регуляция перистальтики кишечника, детоксикация и выведение экзогенных и эндогенных субстратов и т.д. Как известно, при лечении любых гнойно-септических заболеваний, в том числе и перитонита, имеет место массивная антибиотикотерапия, что, несомненно, оказывает значительное влияние на количественно-качественный состав микробиоты ЖКТ. Одним из способов нормализации кишечной микрофлоры в послеоперационном периоде на этапе реабилитации является использование пробиотических препаратов.

Цель работы: обоснование применения пробиотика в лечении детей с аппендикулярным перитонитом на этапе позднего послеоперационного периода.

Материалы и методы. Были обследованы 80 пациентов младшего школьного возраста (7-11 лет), прооперированных по поводу аппендикулярного перитонита, которые на этапе позднего послеоперационного периода (после выписки из стационара), были разделены на 2 группы наблюдения по 40 человек в каждой (основная группа и группа сравнения). Пациентам основной группы была назначен мультипробиотик, содержащий 9 штаммов живых лиофилизированных бифидо- и лактобактерий, идентичных человеческой микрофлоре в количестве более 3×10^9 КОЕ, в т.ч. 3 штамма живых лактобактерий (L. Gasseri KS-13, L. Gasseri LAC-343, L. Rhamnosus LCS-742) в количестве более 1×10^9 КОЕ, 6 штаммов живых бифидобактерий (B. Bifidum G9-1, B. Longum MM-2, B. Longum BB536 Strain M, B. Infantis M-63, B. Breve M16V Тип T, B. Lactis B1-04) в количестве более 2×10^9 КОЕ, курсом 1 месяц. Пациентам группы сравнения дополнительных лекарственных препаратов назначено не было. Дети в течение одного месяца получали плацебо.

Результаты лечения. Среди пациентов основной группы никаких клинических гастроинтестинальных симптомов за одномесячный период наблюдения не было отмечено у 20 ($50,0 \pm 7,9\%$) детей, что было статистически значимо ($p < 0,05$) больше относительно таких пациентов группы сравнения – 9 ($22,5 \pm 6,6\%$). Возникновение гастроинтестинальных симптомов в течение первого месяца наблюдения было отмечено соответственно у 20 ($50,0 \pm 7,9\%$) детей основной группы, что было статистически значимо меньше ($p < 0,05$) относительно пациентов группы сравнения – 31 ($77,5 \pm 6,6\%$) ребенок. Абдоминальный болевой синдром был выявлен у 10 ($25,0 \pm 6,8\%$) пациентов в основной группе, что было статистически значимо больше ($p < 0,05$) относительно группы сравнения – 20 ($50,0\% \pm 7,9\%$) детей.

Анализируя частоту возникновения болей в животе у пациентов основной группы, установлено, что возникновение абдоминального болевого синдрома 1–3 раза за период наблюдения было выявлено у 3 ($7,5 \pm 4,2\%$) детей основной группы и у 4 ($10,0 \pm 4,7\%$) детей группы сравнения, 4–6 раз – у 4 ($10,0 \pm 4,7\%$) пациентов основной группы и у 6 ($15,0 \pm 5,6\%$) детей группы сравнения, 7–10 раз за период наблюдения – у 3 ($7,5 \pm 4,2\%$) пациентов основной группы и у 7 ($17,5 \pm 4,2\%$) детей группы сравнения. Более 10 раз за месяц абдоминальный болевой синдром в основной группе не отмечался ни у одного пациента, в группе сравнения таких детей было 3 ($7,5 \pm 4,2\%$). Частота возникновения диспептического синдрома среди пациентов обследованных групп на этапе позднего послеоперационного периода за первый контрольный промежуток наблюдения также имела статистически значимый уровень отличий ($p < 0,05$). Так среди пациентов основной группы проявления диспептического синдрома в течение первого месяца позднего послеоперационного периода регистрировались у 18 ($45,0 \pm 7,9\%$) детей, что было статистически значимо реже ($p < 0,05$) относительно детей группы сравнения – 30 ($75,0 \pm 6,8\%$) больных.

При контрольном визите через 6 месяцев после выписки детей из стационара установлены статистически значимые отличия по частоте возникновения абдоминального болевого и диспептического синдромов между анализируемыми группами. Периодическое возникновение абдоминального болевого синдрома за 5 месяцев наблюдения выявлено у 7 ($17,5 \pm 6,0\%$) пациентов основной группы, что было статистически значимо реже ($p < 0,05$) относительно группы сравнения – 18 ($42,5\% \pm 7,8\%$) детей.

Выводы. Таким образом, в процессе анализа результатов исследования было установлено, что использование мультипробиотика одномосячным курсом у пациентов, прооперированных по поводу аппендикулярного перитонита, на этапе позднего послеоперационного периода позволяет достоверно снизить частоту возникновения абдоминального болевого и диспептического синдромов у детей как на первом месяце после выписки из стационара, так и в течение 6 месяцев послеоперационного периода.

Стуликова Е.Л., Калуга А.А., Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Кривуцев В.Б.

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

ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

От 39% до 49% населения мира (2,8–3,5 миллиарда человек) имеют избыточный вес или ожирение. По оценке исследователей GBD (Global Burden of Disease), распространенность ожирения удвоилась с 1980 по 2015 гг. в 73 странах и продолжает постоянно увеличиваться. Большая часть смертей, связанных с высоким индексом массы тела (ИМТ), (41%) была вызвана сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) среди лиц с ожирением.

Учитывая распространенность этого явления, в XXI в. появился термин «globesity», обозначающий массовость случаев ожирения по всему миру. В западных странах ожирение является второй предотвратимой причиной смерти после курения.

Ожирение напрямую влияет на факторы риска и ухудшает прогноз при ССЗ, включая сердечную недостаточность (СН), ишемическую болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет 2 типа, артериальную гипертензию (АГ) и нарушения сна, повышает риск развития фибрилляции предсердий (ФП) и внезапной сердечной смерти.

По данным Framingham Heart Study, при увеличении ИМТ на каждую единицу риск развития СН повышается на 5% у мужчин и 7% у женщин, за каждые два года жизни с ожирением риск смерти от ССЗ увеличивается на 7%. Полагают, что абдоминальное ожирение, определяемое по окружности талии, является более точным маркером риска развития ССЗ и смертности от сердечно-сосудистых причин, чем ИМТ.

«Парадокс ожирения» – феномен, при котором лица с избыточным весом или ожирением I степени имеют лучший прогноз по сравнению с лицами с низкой/нормальной массой тела. Исследования, посвященные данному феномену, публикуются с 1999 года, когда впервые было обнаружено, что среди отдельных популяционных групп, выживаемость была выше у лиц с избыточной массой тела и ожирением I степени, чем у лиц с нормальной или низкой массой тела. Чаще описывается среди пациентов с СН и ИБС, однако наличие «парадокса ожирения» возможно также и при других ССЗ: АГ, ФП, легочной артериальной гипертензии, врожденных пороках сердца. Особенности распределения жировой массы имеют различное влияние в организме на сердечно-сосудистую систему и метаболизм. Лица с идентичным ИМТ могут иметь различную степень сердечно-сосудистого риска. Основным кардиометаболическим фактором риска было признано висцеральное ожирение, способствующее выработке провоспалительных цитокинов и адипокинов. Учитывая текущее состояние доказательств и рекомендаций экспертов, разумно заявить, что потеря веса не должна быть основной терапевтической целью для пациентов с избыточной массой тела и ожирением с ССЗ. Широко обсуждаемый «парадокс ожирения» привел к появлению новой парадигмы оценки ожирения среди эндокринологов. Накапливаемая информация заслуживает внимания и обсуждения другими специалистами с созданием междисциплинарных рекомендаций (эндокринологи, кардиологи, нефрологи, терапевты) по

тактике ведения пациентов и лиц с наличием факторов риска хронических заболеваний. Феномен «парадокс ожирения» – это иллюстрация того, что с внедрением инновационных технологий мы все больше узнаем о фактах, влияющих на патогенез того или иного заболевания, но, возможно, все меньше можем спрогнозировать конечную точку его развития.

Суздальцева И.С., Полянская К.А.

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

КОКЛЮШ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ - ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ, ВЛИЯНИЕ ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, МЕРЫ БОРЬБЫ

В настоящее время проблема коклюша продолжает быть актуальной. Не менее значимым остается наличие привитой прослойки против коклюша для поддержания заболеваемости на низком уровне. Несмотря на проводимую уже более 50 лет вакцинопрофилактику, заболеваемость и интенсивность эпидемического процесса растут. Также увеличилось количество манифестных форм коклюша, что привело к вовлечению в эпидемический процесс детей первых месяцев жизни и увеличению тяжести течения заболевания, числа атипичных и стертых форм, росту летальности.

Цель исследования. Определить влияние привитой прослойки детей против коклюша на уровень заболеваемости в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости коклюшем, процент привитых по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦСЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2010.

Результаты и их обсуждение. Заболеваемость коклюшем в Донецкой Народной Республике (ДНР) регистрируется чаще среди детей в возрасте 0-2 года, более чем в 3 раза превышает заболеваемость для населения в целом. Также заболеваемость остается высокой в группах 3-6 лет, 7-14 лет. Очевидна необходимость введения бустерных доз в данных возрастных группах. В целом заболеваемость имеет периодичность в 4 года. Анализируя диаграмму заболеваемости коклюшем с 1997 по 2020 гг., можно отметить волнообразный характер заболеваемости с невысокими, равномерными пиками и плавными спадами на протяжении с 1997 по 2010 гг. Начиная с 2011 г., наблюдается резкий (в 2 раза) подъем заболеваемости с таким же резким спадом заболеваемости коклюшем. Подобная ситуация может объясняться перебоями с поставками вакцин и снижением привитой прослойки детей против коклюша. Охват детей прививками против коклюша за последние 3 года (2018-2020 гг.) в ДНР составляет 75-80 %. Проведя анализ диаграмм процента привитых АКДС и заболеваемостью коклюшем с 2014 по 2020 гг. отмечается резкий спад заболеваемости коклюшем после активной иммунизации, повышению процента привитых в 4 раза. Даже имея иммунную прослойку в 3 года 75-80 %, заболеваемость удается удержать на достаточно низком уровне 1,5 на 100 тысяч населения. В 2014 году доля привитых составила 44,4 %, в 2015 г. - 26,0 %, в 2016 г. - 17,0 %, такая низкая привитость повлекла за собой снижение привитой прослойки детей против коклюша и привела к вспышке коклюша в 2017 году.

Выводы. Таким образом, имея достаточный уровень иммунизированной прослойки против коклюша заметно снижается рост заболеваемости. Достаточным является поддержание привитой прослойки против коклюша в 75-80 % на протяжении 3-х лет. Учитывая также заболеваемость среди детей 3-6 лет, 7-14 лет, очевидна необходимость введения бустерных доз в данных возрастных группах. Актуальной остается проблема с перебоями в поставках вакцины, отсутствия ацеллюлярных вакцин, реактогенностью цельноклеточных вакцин, в связи с чем не достигается высокий уровень охвата прививками детей в 90-95 % для создания привитой прослойки детей против коклюша.

Сультженко М.Ю., Головченко Н.Н.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Симптом тромбоцитопении среди проблем системы гемостаза, ассоциированных с повышенной кровоточивостью, занимает лидирующее место. Частота выявления новых случаев тромбоцитопенической пурпуры составляет от 10 до 125 на 1 млн. населения в год. Заболевание, как правило, манифестирует в детском возрасте. к 10-летнему возрасту заболевание встречается с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, а после 10 лет и у взрослых – в 2-3 раза чаще у лиц женского пола. Однако, по мере появления новых данных о тромбоцитопении становится очевидно, что это заболевание все реже относят к идиопатическим, при более детальном обследовании причину все чаще можно установить.

На сегодняшний день заболеваемость этой группы высокая и тенденции к снижению нет, особенно с учетом роста аллергической, иммунной, вирусной патологии, которая может быть провоцирующим или предшествующим фактором. Учитывая значительную распространенность тромбоцитопении, а также опасность, которую представляет для жизни больных характерный для нее геморрагический синдром, пристальное изучение этих заболеваний является актуальным в современной медицине.

Тромбоцитопения у детей отличается этиопатогенетическими факторами, клиническими проявлениями, что, в свою очередь требует дифференцированного подхода на этапе диагностического поиска. Установление истинных причин тромбоцитопении имеет большое значение, поскольку тактика ведения больных может существенно различаться.

В связи с этим целью нашего исследования было изучить клинико-этиологические варианты тромбоцитопении у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 118 детей с симптомом тромбоцитопении. Из исследования были исключены пациенты, у которых были диагностированы приобретенные тромбоцитопении вследствие нарушения продукции тромбоцитов, ассоциированные с другими гематологическими заболеваниями (апластическая анемия, миелодиспластический синдром, острый лейкоз, хронические миело- и лимфопролиферативные заболевания, метастатическое поражение костного мозга при злокачественных опухолях, тромбоцитопения, индуцированная химио- и лучевой терапией). Расчет показателей, статистическая обработка данных проводились стандартными средствами Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.

Результаты. По результатам исследования причинных факторов тромбоцитопении у детей иммунная тромбоцитопеническая пурпура выявлена у $46,6 \pm 4,6$ % (55/118). Констатирован 1 случай тромбоцитопении Гланцмана – $0,8 \pm 0,8$ % (1/118). Тромбоцитопения при застойной спленомегалии (на фоне портальной гипертензии) выявлена у 2 детей – $1,7 \pm 1,2$ % (2/118). Системные заболевания соединительной ткани диагностированы у 3 пациентов $2,5 \pm 1,4$ % (3/118). 2 детям подтвержден аутоиммунный гепатит – $1,7 \pm 1,2$ % (2/118), хронические вирусные гепатиты (В, С) – 5 случаев – $4,2 \pm 2,8$ % . У 12 детей обнаружены различные варианты герпес-вирусной инфекции – $10,2 \pm 2,8$ % (12/118). ВИЧ-инфекция выявлена у 2 пациентов $1,7 \pm 1,2$ % (2/118). Нередким явлением в педиатрической практике является тромбоцитопения новорожденных. В нашем исследовании она констатирована у 6 детей – $5,1 \pm 2,1$ % (6/118). Однако, самыми весомыми из вторичных тромбоцитопений оказались лекарственно-индуцированная тромбоцитопения – $14,4 \pm 3,2$ % (17/118), а также тромбоцитопения у детей на фоне глистной инвазии – $11,0 \pm 2,9$ % (13/118).

Выводы. Таким образом, тромбоцитопения у детей является мультидисциплинарной проблемой, далеко не всегда тождественной диагнозу иммунной тромбоцитопенической пурпуры, и требующей дифференцированного подхода к установке этиопатогенетического фактора, что, в свою очередь, будет способствовать выбору оптимальной тактики терапии и улучшит прогноз заболевания.

Сухина И.В., Зорина М.Б., Дегтярева А.П., Шевцова Е.В.

Республиканский травматологический центр, МЗ ДНР, г. Донецк

ИРИДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ РАДУЖКИ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Тяжесть травматических повреждений органа зрения и неэффективность реабилитационного лечения нередко обуславливается и усугубляется травмой радужки. В последние годы с учетом утяжеления травмы мы столкнулись с достаточно значительным количеством пострадавших, нуждающихся в пластике радужки.

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных с пластикой радужки в остром и отдаленном посттравматическом периоде с применением существующих методик и их модификаций в условиях работы Республиканского травматологического центра.

Материалы и методы. Нами проанализировали данные о лечении 58 больных за период 2016 – 2020 года. Все пострадавшие были распределены на группы в зависимости от этиологического фактора, вида повреждения радужки, сроков проведения иридопластики, объема пластического вмешательства. Количество больных с повреждением радужки в результате проникающих ранений составило 36 человек (62,0%), контузий – 22 (37,93%). По виду повреждения радужки пострадавшие распределились на несколько групп – с разрывом радужки с вовлечением зрачкового края – 12 (20,69%) человек, множественными разрывами зрачкового края (травматический мидриаз) – 16 (27,59%), иридодиализом – 8 (13,79%), дефектом радужки (травматическая колобома) – в пределах 1 квадранта – 18 (31,03%), 2 квадрантов (субтотальный отрыв) – 4 (6,9%).

Результаты исследования. Части больным иридопластика производилась во время комбинированной первичной хирургической обработки (ПХО) – 14 (38,89%) человек. В случаях, когда ПХО ограничивалась шовной фиксацией раны, пластика радужки в сочетании с синехотомией, фактоэмульсификацией катаракты (ФЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) осуществлялась в ближайшие дни или недели после ПХО, зачастую в период первичного стационарного лечения – 12 (33,33%). В остальных 10 случаях (27,28%) сроки операции по пластике радужки составили от 2 до 12 месяцев. При контузии глаза пластика радужки осуществлялась в плановом порядке в сроке от 1 месяца до 1,5 лет после травмы в сочетании с ФЭК + ИОЛ – 10 (45,45%), интракапсулярной экстракции катаракты (ИЭК) дислоцированного хрусталика + ИОЛ – 12 (54,55%). Методом открытой иридопластики прооперировано 14 человек (24,14%), комбинированной – 21 (36,21%), закрытой – 23 (39,66%). Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

Субъективно большинство больных отмечали улучшение: отсутствие жалоб – 27 (46,55%) человек, улучшение с незначительным ощущением дискомфорта – 25 (43,11%), сохранение терпимого дискомфорта – 6 (10,34%).

Для оценки улучшения оптических функций была отобрана группа больных, у которых острота зрения до операции улучшалась с применением диафрагмы – 24 человека (41,58%). До операции количество пострадавших с остротой зрения 0,01 – 0,04 с диафрагмой и соответствующей коррекцией составило 7 человек; 0,05 – 0,09 – 7; 0,1 – 0,2 – 10. После операции у 19 (79,1%) больных была получена острота зрения, равная максимальному зрению с использованием диафрагмы до операции и выше.

При биомикроскопии радужка удерживалась в правильном положении в течение всего периода наблюдения, функции зрачка частично сохранились более чем у половины оперированных больных. Данные УЗИ исследования отражали изменения в стекловидном теле, связанные с травматическим процессом.

Выводы. Учитывая позитивные результаты иридопластики, даже с учетом тяжести травмы, следует использовать все возможные методы для ее восстановления как в ранний, так и в более отдаленный посттравматический период.

Сыщиков Н.Д., Сыщикова О.В.

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

ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЗУБНЫХ ПАСТ НА ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗУБНОГО НАЛЕТА

Постоянная микрофлора полости рта здорового человека может выполнять ряд таких функций как: биологический барьер, препятствующий размножению патогенных микроорганизмов; самоочищение полости рта; стимулятор местного иммунитета. Заболевания ротовой полости, вызываемые патогенными микроорганизмами, обусловлены как снижением общей реактивности организма, так и резистентности слизистой оболочки рта. Для профилактики инфекционных заболеваний полости рта используются лечебно-профилактические зубные пасты со специальными добавками, имеющими целенаправленное антимикробное действие.

Исследования проводились на испытуемых без стоматологических патологий при использовании ими зубных паст Sanino Total Care – обычная зубная паста, D.I.E.S. – зубная паста с эфирными маслами хвойных растений, обладающая антибактериальным эффектом. Отбор материала проводился до чистки зубов в 800 и 2000, и через 2 часа после их чистки. Зубы чистили в течение 3–х минут с соблюдением всех правил стандартной чистки. Микробиологический посев проводился 2 раза: в начале использования зубной пасты и через 7 дней после ее ежедневного применения. Для выделения и подсчета колониеобразующих единиц (КОЕ) микроорганизмов среда контроля стерильности (СКС). Для выделения и подсчета патогенных форм микроорганизмов использовали кровяной агар. Подсчет КОЕ проводили на 2–3–и сутки исследований.

Анализ распределения численности микроорганизмов на кровяном агаре показал, что до утренней чистки зубов количество патогенных форм составляло около 28–35% от общей численности микроорганизмов на среде СКС, среди которых преобладали стрептококки. При использовании зубной пасты Sanino через 2 часа после чистки зубов нами отмечено снижение количества патогенной микрофлоры в среднем на 60%, тогда как по сравнению с аналогичным вариантом опытов на среде СКС численность патогенов не изменилась и в среднем составляла около 30% от общего микробного населения. Ежедневное применение зубной пасты Sanino в течение 7 дней не оказало существенного влияния на количество патогенных микроорганизмов по сравнению с предыдущим периодом исследований. Также сохранялась тенденция уменьшения численности патогенов после чистки зубов, что, скорее всего, обуславливается их механическим удалением, а не антибактериальным эффектом зубной пасты.

Подсчет численности патогенных микроорганизмов на кровяном агаре при применении зубной пасты D.I.E.S. показал более явно выраженный антибактериальный эффект, что проявлялось в снижении количества микроорганизмов в среднем на 65 и 62% через 2 часа после утренней и вечерней чистки зубов соответственно. Отмеченный эффект сохранялся и на протяжении дня, что привело к статистически достоверному снижению численности патогенных микроорганизмов на 20–23% по сравнению с отбором материала до чистки зубов утром и на 11–18% через 2 часа после чистки зубов вечером по сравнению с аналогичным вариантом опытов утром. Проведенная через 7 дней ежедневного использования зубной пасты D.I.E.S., вторая серия экспериментов показала существенное угнетение развития патогенной составляющей микробиоценоза: при отборе материала до чистки зубов (утром и вечером) количество микроорганизмов, культивируемых на кровяном агаре уменьшалось на 27–35%, тогда как после чистки зубов отмеченное снижение составляло уже 37–46%.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что общая численность микроорганизмов зубного налета изменяется в течение дня и максимальных значений достигает в утренние часы. Антимикробный эффект зубной пасты D.I.E.S. был более выраженным по отношению как к общей численности микроорганизмов, так и к количеству их патогенных форм по сравнению с зубной пастой Sanino.

Сыщикова О.В., Гриценко Л.З., Мишин В.В.

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

ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ЖЕНЩИН

Среди бактериальных заболеваний женских половых органов большой удельный вес составляют патологические состояния, связанные с нарушениями нормальной микрофлоры организма. В свою очередь, изменения в составе нормальной генитальной микрофлоры способствуют снижению колонизационной резистентности и, соответственно, понижению функциональной активности защитных барьеров организма по отношению к условно-патогенным микроорганизмам.

Бактериальный вагиноз является актуальной проблемой современной медицины. Частота встречаемости нарушения микробоценоза влагалища среди женщин составляет 56%. Вагиноз наблюдается у 20-25% беременных женщин. Сочетание дисбиоза влагалища с дисбактериозом кишечника встречается в 71% случаев.

В связи с кардинальным изменением наших представлений об этиологии и патогенеза бактериального вагиноза в настоящее время радикально изменилась стратегия диагностики и лечения данного заболевания. Широко применяемая, в недалеком прошлом, антибактериальная терапия по своей сути была порочной, поскольку приводила или усугубляла дисбаланс влагалищного микробоценоза. При этом развившийся дисбиоз влагалища значительно снижает качество жизни женщины, нарушает ее репродуктивные функции, а также повышает риск осложнений при вынашивании беременности, акушерско-гинекологических операциях и процедурах.

Формирование качественного и количественного состава микробоценоза регулируется сложным механизмом межмикробных взаимодействий внутри каждой микрэкосистемы, а также контролируется физиологическими факторами хозяина в динамике его жизни. В состав нормального вагинального содержимого входят различные анаэробные и аэробные грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, суммарный титр которых составляет 10⁸-10¹² КОЕ/мл. Среди них факультативно-анаэробные бактерии встречаются в концентрации 10³-10⁵ КОЕ/мл, в то время как анаэробные – в концентрации 10⁵-10⁹ КОЕ/мл. Важным компонентом влагалищного микробоценоза являются лактобациллы, бифидобактерии и пропионовокислые бактерии. Снижение кислотности влагалищной среды, обусловленное негативным влиянием спринцеваний, курения, внутриматочной контрацепции, бесконтрольной антибиотикотерапии и т.д., вызывает размножение анаэробной составляющей микробоценоза, что, в свою очередь приводит к угнетению развития лактобактерий и, таким образом, развивается бактериальный вагиноз.

С учетом имеющихся данных следует считать правильной, тактически выверенной лечебной гинекологической практикой отказ от лечения носительства инфекций, вызванных условно-патогенной флорой; лечение конкретной гинекологической патологии; выверенную антибактериальную терапию с последующим обязательным восстановлением микробоценоза влагалища. Знание эпидемиологии, патогенеза, клинической картины и методов лабораторной диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний способствует их своевременному выявлению, эффективному лечению и профилактике осложнений.

Талалаенко И.А., Солдатенко В.В., Талалаенко Л.Р.

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

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА В ПРАКТИКЕ НАЧИНАЮЩЕГО ОТОЛАРИНГОЛОГА

Актуальность исследования. Воспалительные заболевания наружного носа являются важной проблемой в оториноларингологии (А.О.Гюсан, 2014; В.Т.Пальчун, 2016).

Цель исследования: Улучшить качество диагностики и лечения воспалительной патологии наружного носа в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы: В 2019-2021 ординаторами кафедры оториноларингологии ФИПО консультированы, обследованы и пролечены 35 больных с воспалительными заболеваниями наружного носа. Анализировали жалобы, анамнез, данные осмотра ЛОР-органов пациентов, медицинская документация, результаты дополнительных исследований и динамика клинической картины заболевания. Особенности лечения больных определялись характером, распространенностью и стадией воспалительного процесса, давностью заболевания, наличием сопутствующей соматической патологии и степенью ее компенсации. Хирургическое вмешательство было направлено на вскрытие и санацию очагов воспаления в области наружного носа. Медикаментозная терапия включала антибиотики широкого спектра действия, дезагреганты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, противовирусные препараты, сосудосуживающие капли, антисептики и комплексные мази для местного применения. В стадии разрешения патологического процесса назначались ультрафиолетовое облучение в минимальных дозах, светотерапия, щелочные ингаляции.

Результаты исследования. Мужчин было 22 (62,9%), женщин 13 (37,1%). В момент обращения у всех пациентов были выражены интоксикационный синдром, локальная болезненность, отек и гиперемия наружного носа. Изменение формы носа обнаружено у 29 (82,9%), воспалительные изменения подчелюстных лимфатических узлов – у 6 (17,1%), флюктуация в очаге воспаления – у 5 (14,3%) больных. Наиболее частыми сдвигами лабораторных показателей оказались изменения гемограммы (33 – 94,3% пациентов) и сдвиги биохимических показателей крови – уровня глюкозы (3 – 8,6%) и билирубина (8 – 22,9% больных). Снижение пневматизации околоносовых пазух отмечено у 11 (31,4%), патологические изменения на рентгенограмме органов грудной клетки – у 2 (5,7%) пациентов. В 32 (91,4%) случаях установление диагноза не вызывало затруднений и основывалось на клинических и лабораторных данных. У 3 (8,6%) больных пришлось прибегнуть к углубленному лабораторному, радиологическому дообследованию, а в 1 случае провести биопсию, что позволило провести дифференциальную диагностику. Фурункул преддверия носа диагностирован у 9 (25,7%), герпетическое поражение наружного носа – у 9 (25,7%), остиофолликулит преддверия носа – 4 (11,4%), карбункул носа – у 3 (8,6%), рожистое воспаление – у 3 (8,6%), перихондрит – у 3 (8,6%), обморожение носа – у 2 (5,7%) пациентов, гранулематоз Вегенера – у 1 (2,9%) и дирофиляриоз наружного носа – у 1 (2,9%) больного. Десять (28,6%) пациентов пролечены амбулаторно, 25 (71,4%) в стационаре. Большинство госпитализированных больных лечились в ЛОР-отделении (17 – 48,6%), однако 1 (2,9%) направлен в ревматологическое, 3 (8,6%) – в инфекционное отделение и 4 (11,4%) – в кожно-венерологический диспансер.

Хирургическое лечение проведено 25 (71,4%) пациентам, биопсия из воспалительного инфильтрата – 1 (2,9%) больному. Положительный клинический эффект достигнут во всех случаях, выздоровление и восстановление всех функций носа отмечено у 34 (97,1%), улучшение состояния в сочетании с седловидной деформацией носа – у 1 (2,9%) пациента.

Выводы: Диагностика воспалительных заболеваний наружного носа основана на интерпретации клинических данных и лабораторных показателей. Своевременное лечение воспалительных заболеваний наружного носа позволяет достигнуть хороших клинических результатов, предотвратить риногенные внутричерепные осложнения, косметические дефекты наружного носа и восстановить все функции носа.

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Фролов С.С.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКО-ГО»

РИСКИ ГЕСТАЦИОННЫХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Актуальность проблемы. Клинические протоколы не предусматривают госпитализации и лечения пациенток с легкой степенью гипертензивных нарушений (ГН). Данное осложнение беременности

следует относить к поздним гестозам. Распространенность ГН, возникших при беременности варьирует по данным различных авторов от 1,5 до 23,2% на 100 родов. Однако риски возникновения гестационной и перинатальной патологии при гестационных ГН легкой степени до сих пор оценены не были.

Цель исследования – установить риски возникновения гестационной и перинатальной патологии у пациенток с ГН легкой степени.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 234 случаев родов у пациенток с ГН, возникшими при беременности, а также 211 здоровых беременных. Расчет рисков выполнялся в пакете компьютерной лицензионной программы «MedStat». Оценивался абсолютный риск (АР) и относительный риск (ОР) гестационных и перинатальных осложнений в группе беременных с гестационными ГН по сравнению со здоровыми беременными. ОР показал силу связи между гестационными ГН у матери и возникновением патологии. В соответствии с международными рекомендациями GCP, ICH «Статистические принципы клинических испытаний» оценивался доверительный интервал (ДИ) полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Возраст беременных с ГН составлял ($M \pm m$) $21,7 \pm 0,3$ года и статистически был ниже возраста здоровых беременных – $22,8 \pm 0,2$ года ($p < 0,05$). У беременных с ГН доля преэклампсии составила 81,2% (ДИ 75,9-85,9%), а индуцированной беременностью гипертензии – 18,8% (ДИ 14,1-24,1%). Роды состоялись срочные у 89,7% (ДИ 85,5-93,3%), преждевременные – у 9,4% (ДИ 6,0-13,5%) и запоздалые – у 0,9% (ДИ 0,1-2,4%) пациенток с ГН. В группе беременных с ГН достоверно повышается доля преждевременных и снижается доля нормальных родов ($p < 0,05$). Различия доли по этим признакам составляет 5,6% (ДИ 0,9-10,4%) и 12,4% (ДИ 4,4-20,2%) соответственно. Снижение доли нормальных родов происходит в первую очередь за счет повышения удельного веса кесаревых сечений в группе беременных с ГН на 8,3% (ДИ 1,6-14,9%) ($p < 0,05$). Следует отметить, что утяжеление преэклампсии происходило в 6,8% случаев (ДИ 4,0-10,4%). На увеличение доли кесаревых сечений оказало влияние и увеличение дистресса плода в родах у пациенток с ГН на 7,8% (ДИ 3,2-12,7%) по сравнению со здоровыми пациентками ($p < 0,05$).

При наличии гестационных ГН легкой степени, происходит значительное повышение АР преждевременных родов на 5,6 (ДИ 0,9-10,4), кесарева сечения – на 8,3 (ДИ 1,6-14,9), дистресса плода в родах – на 7,8 (ДИ 3,2-12,7), кровотечение после родов – на 11,0 (ДИ 6,7-15,9) и пуэрперальных септических осложнений – на 6,2 (ДИ 2,2-10,6) (везде $p < 0,05$). А ОР преждевременных родов составляет 2,48 (1,13-5,45), кесарева сечения – 1,76 (ДИ 1,11-2,81), дистресса плода в родах – 3,76 (ДИ 1,57-8,98), кровотечение после родов – 12,6 (ДИ 3,04-52,40) и пуэрперальных септических осложнений – 4,28 (ДИ 1,48-12,40) (везде $p < 0,05$).

Выводы. В результате нашего ретроспективного анализа историй родов пациенток, страдающих гестационными ГН легкой степени было установлено, что 4/5 этих беременных имели преэклампсию, а 1/5 – индуцированную беременностью гипертензию. В сравнении со здоровыми беременными это пациентки более молодого возраста, среди них больше первобеременных и первородящих, домохозяйек и снижен удельный вес лиц, занимающихся физическим трудом. Для родового акта пациенток с ГН, возникшими при беременности, характерно снижение доли нормальных родов. У пациенток с ГН легкой степени происходит значительное повышение как АР, так и ОР преждевременных родов, кесарева сечения, дистресса плода в родах, кровотечения после родов и пуэрперальных септических осложнений.

Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Фролов С.С.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И РАННИЕ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У МАТЕРИ

Актуальность проблемы. Заболевания мочевыделительной системы по-прежнему продолжают занимать одно из лидирующих мест среди патологии, которая осложняет течение беременности и

возникает у 1-17 беременных из 100. Состояние здоровья детей, матери которых при беременности страдали пиелонефритом, значительно хуже, чем в популяции. Ранее было установлено, что общая заболеваемость новорожденных в данной группе высокая- 190,3 на 1000. В последние годы появилось много сообщений о позитивном влиянии озонотерапии на характер течения многих патологических процессов при беременности, доказана его безопасность для внутриутробного плода.

Цель исследования - определить влияние озонотерапии на состояние здоровья новорожденных при пиелонефрите у матери.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ состояния 78 новорожденных, матери которых получили стандартную схему терапии пиелонефрита при беременности (первая группа) и 33 новорожденных от пациенток, получивших терапию с включением озонотерапии (вторая группа). 34 новорожденных от здоровых матерей составили группу контроля. Традиционная терапия пиелонефрита у беременных включала антибиотики, уросептики, десенсебилизирующую терапию. В предложенной схеме лечения дополнительно назначались внутривенные инфузии 400 мл озонированного физиологического раствора в средних дозах. Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете «Медстат».

Результаты и их обсуждение. В группе новорожденных, матери которых лечились стандартно, наблюдается статистически достоверное снижение массы и массо-ростового коэффициента ($p < 0,05$) по сравнению с группой новорожденных от матерей с неосложненным течением беременности. Длина новорожденных остается достоверно ниже в обеих группах новорожденных от матерей с пиелонефритом по сравнению с новорожденными от здоровых матерей. Срок гестации на момент родов в группе новорожденных от женщин с пиелонефритом, получавшим стандартное лечение ниже, как по сравнению со здоровыми ($p < 0,01$), так и по сравнению с группой новорожденных от матерей, получивших предложенную методику терапии. Не выявлено статистической разницы в оценке по шкале Апгар как на 1 мин., так и на 5 мин. между сравниваемыми группами новорожденных ($p > 0,05$). Не приложены к груди в родильном зале 12,8% (ДИ 6,3-21,2%) новорожденных от матерей, получивших стандартное лечение пиелонефрита, и только 3% (ДИ 0,0-11,9%) новорожденных, матери которых получали медицинский озон. Совместное пребывание с матерью позже 1 суток, а также необходимость в проведении интенсивной терапии регистрировалось достоверно чаще у новорожденных от матерей, получивших традиционное лечение пиелонефрита. Не выявлено различий в уровне тяжелого и средней степени тяжести состояния, а также интубаций у новорожденных сравниваемых групп. Нет достоверных отличий в уровне асфиксий при рождении у новорожденных, матери которых получали различные виды терапии. Диагноз болезнь гиалиновых мембран и поражение центральной нервной системы фигурировал в историях развития новорожденных от матерей, получивших стандартную, методику лечения достоверно чаще ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание факт значительного увеличения количества детей, которым назначались антибиотики, от матерей получивших традиционное лечение пиелонефрита по сравнению с детьми от матерей, дополнительно получивших озонотерапию. Так различие доли по этому критерию составляет 20,4% (ДИ 3,4%-32,8%).

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что включение озонотерапии в комплекс лечения беременных с пиелонефритом позволяет улучшить состояние здоровья их новорожденных.

Тананакина Т.П., Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Паринов Р.А., Вайленко Д.С.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ЛОНГИТУДИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЕЧЕНЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Актуальность. Лечение туберкулеза, согласно протоколов, рекомендуемых ВОЗ, длительное и минимальный курс при сохраненной чувствительности возбудителя к противотуберкулезным препара-

там должен быть не менее 6 месяцев, а при регистрации резистентных штаммов микобактерии туберкулеза (МБТ) до 20 месяцев. Противотуберкулезные препараты, как химиопрепараты, подавляющие размножение возбудителя туберкулеза – МБТ, являются токсическими веществами для организма пациента, способные вызывать различные нежелательные явления с нарушением не только функции внутренних органов, но и приводящие к различным структурным повреждениям органов-мишеней (печени, почек, кишечника и др.).

Цель: Оценка изменений органомерических и функциональных показателей повреждения печени крыс на фоне приема противотуберкулезных препаратов.

Материалы и методы: Эксперимент был проведен на 48 белых беспородных крысах обоего пола, которые были разделены на группы: контрольная (К), экспериментальная группа 1 – крысы, получавшие ежедневно I ряд противотуберкулезных препаратов (I), экспериментальная группа 2 крысы получавшие ежедневно II ряд противотуберкулезных препаратов (II). Забои проводились на протяжении 120 дней с интервалом 30 день. Оценка изменений органомерических параметров печени экспериментальных крыс проводились относительно крыс контрольных групп с определением массового коэффициента (МК) печени. Анализировались уровень ферментов крови аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), характеризующих наличие цитолитического поражения гепатоцитов, также рассчитывался коэффициент Де Ритиса, который представляет собой отношение АЛТ к АСТ (АЛТ/АСТ).

Результаты и их обсуждений: Уже через месяц проведенного эксперимента были зарегистрированы увеличение массового коэффициента печени в группах получавших противотуберкулезные препараты II ряда на 0,44% по сравнению с показателями контрольной группы. Ко второму месяцу в этих же группах рост показателя МК был более значимым и увеличился на 1,41%, что может указывать на увеличение размер печени. У эксперимента животных, получавших препараты в течение 90 дней МК печени был увеличен на 0,68%. При этом появляется тенденция к уменьшению показателя изучаемого параметра по сравнению с предыдущим этапом исследования за счет возможного развития фиброз или цирроза печени, что может быть изучено на гистологическом уровне. Для исследования функции печени на фоне проводимого эксперимента у животных каждые 30 дней наблюдения изучались биохимические показатели венозной крови. В динамике наблюдения отмечается увеличении токсического действия противотуберкулезных препаратов на печень в большей степени при приеме противотуберкулезных препаратов через 4 месяца эксперимента: в 2,8 раза увеличен уровень АЛТ и 4,8 раза АСТ, АЛТ/АСТ в 1,6 раза. Проведя исследования четырех поочередных забоев экспериментальных животных, наблюдалось увеличение показателей АЛТ и АСТ не только по отношению к исходным значениям контрольной группы животных, но и с течением времени эксперимента, на каждом последующем сроке проведенных забоев. При этом коэффициент Де Ритиса с течением времени имел тенденцию к уменьшению, что может указывать на возрастающее токсическое действие комбинации препаратов не только на печень, но и на сердечную мышцу, что требует дальнейшего углубленного изучения.

Таким образом, выявлено в ходе проведенного эксперимента, что противотуберкулезные препараты 1 и 2 ряда обладают значительным гепатотоксическим и кардиотоксическим эффектом, который становится более выраженным при удлинении срока их приема.

Таценко В.А., Абрамов В.Ал.

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

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

На протяжении периода пандемии COVID-19 в мире отмечается рост нервно-психического напряжения, затрагивающий все слои населения. Лица молодого возраста, в сложившейся ситуации, относятся к числу наиболее уязвимых групп населения в связи с возникновением дополнительных стрессовых факторов. Помимо стресса, связанного с обучением, добавилась необходимость социаль-

ной изоляции, чувство неопределенности, страх заболеть тяжелым заболеванием, страх за жизнь и здоровье близких.

Цель исследования. Определить влияние коронавирусного стресса на нервно-психическое напряжение у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Интервьюировано 95 студентов медиков в период с марта по май 2021 года. Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с марта по май 2021 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1 группа обследовалась в марте, 2-я группа – в апреле и 3-я группа – в мае. Для исследования уровня нервно-психического напряжения использовался опросник «Оценка нервно-психического напряжения» Т.А. Немчина. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. Согласно полученным в ходе исследования данным, в первой группе обследуемых у 27,8% отмечался средний уровень нервно-психического напряжения (НПН), у 72,2% интервьюируемых был выявлен низкий уровень НПН, высокий уровень у данной группы лиц не определялся вовсе. Во второй группе обследуемых у 4,5% определялся высокий уровень НПН, у 36,6% - средний уровень НПН и у 58,9% интервьюируемых отмечался низкий уровень НПН. В третьей группе обследуемых у 9,3% человек определялся высокий уровень НПН, у 37,3% - средний уровень НПН и у 53,4% опрошенных был выявлен низкий уровень НПН.

Выводы. Полученные в результате исследования данные, позволяют утверждать, что вместе с ухудшением пандемической обстановки в мире, растет уровень нервно-психического напряжения у лиц молодого возраста, что в свою очередь, может приводить к дезорганизации психической деятельности и снижению продуктивной деятельности, в связи с чем, необходима разработка и внедрение комплекса мер, направленных на снижение нервно-психического напряжения у данной группы лиц.

Тацкий В.Н., Шестакова И.В., Ломанов А.А., Сметанина С.Р.

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства МЗ ДНР;
Республиканская Клиническая психиатрическая больница-Медико-психологический центр;
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ И ОЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СО СТАЖЕМ РАБОТЫ ОДИН ГОД

Сравнительный анализ особенностей эмоциональных состояний медицинских психологов Телефона Доверия и очной психологической службы со стажем работы один год. В последнее время интерес к психическим состояниям неуклонно растет. Изучение естественных закономерностей и механизмов функционирования, стабилизации и изменения эмоциональных состояний в процессе профессиональной деятельности актуально для «помогающих» специальностей. Актуальность исследования обусловлена сложным характером эмоциональных состояний медицинских психологов, его причин и проявлений, требующих поиска исследовательских стратегий и создания соответствующего психологического инструментария, а также отсутствием в настоящее время теоретически обоснованных и эмпирически проверенных данных в области эмоциональных состояний сотрудников «Телефона доверия» с учетом стажа работы. **Цель исследования.** Выявить особенности эмоциональных состояний медицинских психологов ТД, и предположить различия в особенностях эмоциональных состояний сотрудников в зависимости от стажа работы в период одного года. **Материалы и методы.** В рамках

комплексного медико-психологического исследования было обследовано две группы испытуемых: первая – медицинские психологи ТД, вторая – медицинские психологи очной психологической службы. Обе выборки состояли из испытуемых с разным стажем работы: до 1 года. Исследование включало в себя последовательное проведение ряда этапов: 1) подбор выборок и их группировка в зависимости от стажа работы; 2) проведение диагностических методик; 3) обработка, количественный и качественный анализ полученных данных, их интерпретация; 4) подведение итогов результатов эмпирического исследования. Участникам исследования предлагалось: заполнить анкету, «Субстантивную шкалу эмоциональных состояний», ответить на вопросы опросника «Доминирующие состояния» (методика Л. В. Куликов), «Шкала депрессии» (методика Цунга, адаптирована Т. И. Балашовой), «Определение ситуативной и личностной тревожности» (методика Ч. Д. Спилбергера, адаптирована Ю. Л. Ханиным), методики «Диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко». Обработка полученных результатов производилась по программе STATISTIKA 6.0. и SPSS: использовались В результате проведенного экспериментально-психологического исследования были получены следующие данные: У медицинских психологов «Телефона доверия» со стажем 1год показатели по всем методикам находятся на оптимальном уровне; риск возникновения «эмоционального выгорания» увеличивается со стажем работы и особенно высок при работе на «Телефоне доверия»; при работе с «постоянными» абонентами медицинские психологи «Телефона доверия» испытывают затруднения. Рассматривая отличия медицинских психологов ТД и сотрудников очных служб, можно отметить, что у специалистов «Телефона доверия» в отличие от очной психологической службы более выражены следующие состояния: состояние агрессии (в ситуации консультирования «постоянных» абонентов), депрессии, тревожности, а так же выше риск «эмоционального выгорания». Выводы. Таким образом, нами были обнаружены связи между эмоциональными состояниями и стажем работы, а также выделены особенности протекания эмоциональных состояний у медицинских психологов «Телефона доверия», в отличие от сотрудников очных психологических служб. Нами были обнаружены особенности эмоциональных состояний специалистов ТД в различных ситуациях профессиональной деятельности при консультировании в обычной ситуации, в кризисной ситуации и консультировании «постоянных абонентов». В результате исследования удалось проследить динамику развития эмоциональных состояний медицинских психологов в процессе работы на «Телефоне доверия» в течение первого года. На основе полученных результатов мы сделали ряд выводов, которые могут быть использованы как для дальнейших исследований, так и в области практической работы. Намечен перспективный план дальнейших исследований в данной области.

Темертей С.И.

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

ЭХО ОТ РАЗРАБОТОК И ДОБЫЧИ СЛАНЦЕВЫХ УГЛЕВОДОРОДОВ

Одной из важных проблем загрязнения окружающей среды является разработка, добыча и транспортировка сланцевых углеводородов, которые в последнее время широко внедряются.

Одной из наиболее важных тенденций в газодобывающей отрасли является добыча углеводородов в горючих сланцах. Существует два способа получения энергетического сырья из горючих сланцев:

- добыча сланцевой породы открытым или шахтным способами с дальнейшей её переработкой;
- получение нефти и газа непосредственно из пласта на значительной глубине методом бурения и последующими множественными гидроразрывами пласта (ГРП).

Особенностью добычи углеводородов из глубокозалегающих сланцевых месторождений является высокая плотность и прочность сланцевых залежей поэтому высвобождение нефти и газа осуществляется с помощью гидроразрыва путём многократного разрушения пласта с образованием трещин, что способствует увеличению проницаемости пласта. В призабойную зону под давлением закачивается жидкая смесь с заполнителем (чаще кварцевый песок) чтобы трещины не сомкнулись после сброса давления. Основными компонентами используемой смеси для ГРП является вода, песок (98% объёма). В жидкую часть добавляют химические вещества:

- этиленгликоль – противостоит отложениям на внутренних стенках труб;
- изопропиловый спирт, гуаровая камедь и борная кислота используется в качестве загустителя и веществ поддерживающих вязкость;
- соляная кислота способствует растворению минералов;
- глютаральдегид и формамид противостоят коррозии;
- лёгкие фракции нефти способствуют снижению трения;
- хлорид калия препятствует химическому взаимодействию жидкости с грунтом;
- карбонат натрия и калия необходимы для поддержки баланса кислот.

Все способы разработки сланцевых углеводородов оказывают крайне негативное воздействие на экологию:

- загрязнение воздуха в результате разведки, добычи сланцевого газа, воздух загрязняется преимущественно метаном и другими газами;

- загрязнение воды (водоёмов, источников водоснабжения, грунтовых и поверхностных вод) химическими веществами, обладающими токсичностью для растительного мира и живых организмов. Перечень этих химических добавок включает от 600 до 700 наименований. Гидроразрывные жидкости содержат множество вредных и опасных веществ. При осуществлении только одного гидроразрыва требуется не менее 300 тонн химических веществ.

- шумовой фактор в процессе разведки и добычи сланцевых углеводородов методом фрекинг, что негативно воздействует на человека, животных и домашний скот. Сброс давления приводит к возникновению многочисленных сейсмических явлений, суммарное количество которых составляет от 1,6 до 3,6 баллов по шкале Рихтера и распространяется от скважин площадью на несколько сотен квадратных километров.

В Донецкой области добыча сланцевого газа в Юзовской площади несёт непосредственный удар окружающей среде. 24 января 2013 в Довосе было подписано соглашение между компанией Shell и «Надра Юзовская» о разделе продукции от добычи нетрадиционного газа на Юзовском участке, реализация которого настораживает на то, что экологических рисков не получится избежать. Разработка и добыча сланцевых углеводородов могут нанести огромный вред экологии Донбасса.

Разработка и добыча сланцевой нефти и газа должна осуществляться с использованием новой технологии, но прежде чем выполнять эти работы, необходимо позаботиться об экологии планеты и о нашем будущем.

Темертей С.И., Петрова Л.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Государственная ветеринарная больница города Макеевки

ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по бешенству в Донецкой Народной Республике (далее ДНР) расценивается как напряжённой. На протяжении 2016 – 2020 годов в ДНР наблюдается расширение ареала бешенства на фоне роста эпизоотий, которые сохраняют выраженный природный характер. Число случаев бешенства, выявленных среди животных за указанный период, носит в основном стабильный характер с незначительным снижением в 2018 году и 2020 г., соответственно на 16% и 20%.

Большой составляющей в обострении эпизоотической ситуации по бешенству является затруднение в работе по вопросам проведения сокращения популяции диких плотоядных животных на территории охотничьих угодий, города в связи с боевыми действиями и мероприятиями связанными с сокращением численности бесхозных животных.

Наиболее неблагоприятная ситуация по бешенству продолжает наблюдаться в Донецке (от 9 до 16 случаев), Тельмановском (от 6 до 10 случаев).

В 2019 году в городе Макеевка резко обострилась эпизоотическая ситуация по заболеванию животных бешенством, где было зарегистрировано 11 случаев заболевания, что явилось наивысшим показателем с 1999 года, заболело кошек – 6 голов, собак – 4 головы, крупного рогатого скота – 1 голова. В 2020 г. было зарегистрировано 7 случаев заболевания животных бешенством.

В Старобешевском и Тельмановском районах снизилось число случаев заболеваний бешенством с 8, 10 случаев до 2 случаев. С учётом характера резервуара возбудителя различают эпизоотии природного типа, когда болезнь распространяют дикие плотоядные животные и городские, в которых источниками вируса и распространителями болезни являются собаки, кошки (в том числе бродячие), численность которых определяет масштабы эпизоотии.

Для бешенства характерно циклическое течение заболевания. В природных условиях для развития эпизоотии бешенства необходим прямой контакт между больными и восприимчивыми животными. При этом если каждое больное животное инфицирует более чем одно животное, то эпизоотия не затухает, а в случае если больное животное контактирует менее чем с одним – то эпизоотия угасает. То есть эпизоотический процесс бешенства является типичным, как и при других инфекционных заболеваниях, но стоит лишь разницей, что выздоровление больных особей, как правило, не происходит.

Проведенный мониторинг (с 2016 г. по 2020 г.) за развитием бешенства позволили установить, что в эпизоотическом проявлении инфекции были выявлены дикие и домашние животные 6 видов (дикие виды лисиц и летучих мышей, домашние животные – собаки и кошки, сельскохозяйственные животные – крупный и мелкий рогатый скот). В последнее время в ДНР значительно увеличилась численность бродячих животных, имеют место случаи появления в черте города лисиц, белок в парках.

В 2016 году был зарегистрирован 1 случай заболевания бешенства у жительницы Старобешевского района, проживавшей в частном секторе, которая имела домашних собак и кошек, а так же подкармливала бродячих собак.

Несмотря на напряжённую эпидемиологическую ситуацию по бешенству в ДНР, она остаётся под контролем специалистов медицинских и ветеринарных учреждений, которые имеют необходимое количество антирабической вакцины и вакцины для вакцинации домашних собак и кошек против бешенства, которая осуществляется бесплатно.

Единственно возможным и эффективным способом предотвратить заболевание у домашних питомцев-любимцев, является профилактическая вакцинация их против бешенства, а также строгое соблюдение правил содержания животных, где содержание животных должно быть максимально изолировано. Владелец животных должны быть настороженными в случае проявления признаков, характерных для бешенства (обильное слюноотечение, паралич, порез глотки и конечностей, агрессия или угнетённое состояние и другое), по возможности изолировать животное, а в случае контакта домашних животных с бешеными или дикими животными, немедленно информировать государственную ветеринарную больницу, а пострадавшему человеку необходимо обратиться в лечебное учреждение.

Теркулов В.И.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»

МЕДИЦИНСКИЕ НАИМЕНОВАНИЯ В ТОЛКОВОМ СЛОВАРЕ СЛОЖНОСОКРАЩЁННЫХ СЛОВ РУССКОГО ЯЗЫКА

Цель предлагаемого доклада – описать особенности представления медицинских наименований в создаваемом Экспериментальной лабораторией исследования тенденций аббревиации при кафедре русского языка Донецкого национального университета Толковом словаре сложносокращённых слов русского языка, а также обозначить, проблемы, возникшие при толковании этих лексем. Объектом описания в словаре являются сложносокращённые апеллятивы, то есть нарицательные существительные, имеющие на актуальном срезе языка эквивалентные словосочетания и включающие в свой состав не менее двух конструкторов, как минимум один из которых является неинициальным аббреконтруктом (сокращённым эквивалентом слова). Эквивалентом конструктора аббревиатуры мы считаем

единицу, полностью или частично совпадающую с данным конструктом на уровне формы и имеющую с ним текстуально подтверждаемое тождественное значение, то есть могущую заменить его в эквивалентном тексте при замене аббревиатуры словосочетанием без изменения её значения. Например, для слова грязелечение нами обнаружено два высокочастотных дескриптивных эквивалента, которые, кстати, дают две структурно-семантические трактовки данной лексемы – аббревиатурную (грязевое лечение) и композитную (лечение грязями):

грязевое лечение: аббревиатурная трактовка – абброконструкт грязе- эквивалентен части основы слова грязевое, конструкт -лечение эквивалентен слову лечение: Грязелечение при простатите начало свою историю в качестве метода народной медицины – Грязевое лечение простатита проводят на таких курортах: Крым (Саки, Евпатория); Старая Руса; Пятигорск и т.д. (<https://sanatoriya-tanger.ru/gryazelechenie-prostatita.html>);

лечение грязями: композитная трактовка – конструкт грязе- эквивалентен основе слова грязь, конструкт -лечение эквивалентен слову лечение: Во время процедуры грязелечения, терапевтический эффект достигается благодаря воздействию компонентов лечебной грязи на различные участки тела – Особенно эффективным является лечение грязями в санатории (<https://victoria-kmv.ru/lechenie/protsedury/el/gryazevoe-i-teplovoe-lechenie/>).

Медицинские наименования являются одной из наиболее представленных в словаре тематических групп: в обработанной части словаря (до буквы Т) содержится более трёхсот таких единиц. К ним мы относим нейтральные слова, связанные с медициной, например кардиослужба, медбрат, санпропускник, и термины и профессионализмы медицинского дела, например бакпосев, аллергоанамнез, кардиомонитор и под.

При составлении словаря возникли две проблемы.

1. В словаре осуществляется толкование значений сложносокращённых слов. Большинство из них не имеют неспециального толкования. Составители вынуждены «переводить» профессиональные описания в «научно-популярные», и в этом случае возникает риск излишнего упрощения и искажения значений слов.

2. В словаре осуществляется синхронное описание сложносокращённых апеллятивов: в нём учитываются все эквиваленты аббревиатур, независимо от того, являлись ли они производящими для слова при универбализации, то есть свёртывании словосочетания в слово, или же возникли в результате псевдоунивербализации – развёртывании вторичных словосочетаний на базе аббревиатур. В силу этого у многих слов обнаруживается не аббревиатурная пара, а целое гнездо эквивалентности. Например, для слова аллергопроба нами обнаружены эквиваленты аллергическая проба, проба на аллергию, проба на аллергены, аллергологическая проба, аллергенная проба. В словаре должны быть отражены все эквиваленты, однако они должны иметь пометы «правильности».

Обе эти проблемы не могут быть решены без помощи специалистов-медиков.

Титиевский С.В., Воеводина В.С., Побережная Н.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО»
Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк, ДНР

ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И РИСК НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ

Репродуктивное и психическое здоровье являются ключевыми областями благополучия подростков, но их возможные взаимосвязи изучены недостаточно. Нами проанализированы литературные данные, относящиеся к этой проблеме.

Развитие сексуальности в подростковом возрасте является физиологичным, однако, раннее начало половой жизни подразумевает риск немедленно возникающих или будущих неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья, таких как нежелательная подростковая беременность и её по-

следствия [Leppälahti S. et al., 2013; Otterblad-Olausson P. et al., 2004]. Незащищенные сексуальные отношения повышают риск инфекций, передаваемых половым путем, что также может иметь последствия для будущего здоровья и фертильности [Olesen T.B. et al., 2012; Scott M.E. et al., 2011; Vasilenko S.A. et al., 2015; Remschmidt C. et al., 2014]. Потенциальные последствия сексуального поведения подростков могут быть физическими, психическими и социальными [Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014].

Связь между ранним началом половой жизни и психопатологическими проявлениями, такими как депрессия, обнаружена в исследованиях, проводившихся в США [Vasilenko S.A. et al., 2015; Hallfors D.D. et al., 2004, 2005; Lehrer J.A. et al., 2006; Meier A.M., 2007] и европейских странах [Kaltiala-Heino R., Fröjd S., Marttunen M., 2015; Heidmets L. et al., 2010].

Хотя есть данные о том, что раннее начало половой жизни может привести к неблагоприятным последствиям для психического здоровья [Meier A.M., 2007], депрессия также может предшествовать и предсказать начало сексуальной жизни, наличие нескольких партнеров и непостоянное использование презервативов у подростков [Vasilenko S.A. et al., 2015; Lehrer J.A. et al., 2006; Kaltiala-Heino R., Fröjd S., Marttunen M., 2015].

Проблемы с психическим здоровьем предсказывают плохой комплаенс в отношении предписанных контрацептивов [Zink T.M. et al., 2002], а депрессия обычно увеличивает риск нежелательной беременности среди молодых американских женщин, хотя это не относится к белым или имеющим более высокий социально-экономический статус [Hall K.S., Richards J.L., Harris K.M., 2017].

Сложная и, вероятно, двунаправленная связь между психическим здоровьем и сексуальным поведением согласуется с концептуальным представлением о том, что факторы, влияющие на сексуальную активность, также определяют то, как подростки воспринимают и оценивают свое собственное поведение [Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014].

Хотя сексуальное поведение может напрямую приводить к последствиям для соматического здоровья, именно его восприятие, возможно, опосредует влияние на психическое и социальное здоровье [Vasilenko S.A., Lefkowitz E.S., Welsh D.P., 2014].

Исследователями европейских стран в рамках проекта SEYLE (Спасение и расширение прав и возможностей молодых людей в Европе) обследованы 12 395 подростков (55,2% девушек и 44,8% юношей) в Австрии, Эстонии, Франции, Германии, Венгрии, Ирландии, Израиле, Италии, Румынии, Словении и Испании [Wasserman D. et al., 2010; Carli V. et al., 2013]. Установлено, что у девочек-подростков психопатология связана с ранним началом половой жизни и риском для репродуктивного здоровья. Это особенно очевидно в случае более явных проявлений, таких как самоповреждение и суицидальность. Кроме того, связь между психопатологией и началом половой жизни особенно велика у учащихся младше 15 лет, а в случае выраженной психопатологии – у учащихся с низким профилем несексуального рискованного поведения или у девушек.

Титиевский С.В., Побережная Н.В., Бубнова Ю.И., Аурсалиди А.О., Кравчук А.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Донецк, ДНР

Городская психоневрологическая больница №2, Донецк, ДНР

АНТРОПОНИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В настоящее время ономастика – перспективная область языкознания, изучающая имя собственное, или оним, и стоящая ближе всего к социолингвистике (Чайкина Ю.И., Смольников С.Н., 2001). Разделом ономастики является антропонимика, исследующая антропонимы (личные имена, отчества, прозвища, фамилии и псевдонимы людей).

С целью обоснования целесообразности применения антропонимического подхода к диагностике психических расстройств нами обследовано 52 чел. – психически больных и лиц, признанных психи-

чески здоровыми после проведенной им стационарной психиатрической экспертизы. Был применен словесный вариант метода исключения понятий с использованием 5 их наборов (по 4 имени и 1 фамилии в каждом). Обследуемые также давали определения имени, отчеству и фамилии (оценивалась их общая смысловая правильность).

Установлена высокая степень положительной корреляции ($r=0,92$, $p<0,001$) правильно сделанных исключений и исключений с правильным объяснением. Правильные определения имени положительно коррелировали с правильными определениями отчества ($r=0,41$, $p<0,01$), а правильные определения отчества – с правильными определениями фамилии ($r=0,60$, $p<0,001$), причём, правильные определения имени достоверно положительно коррелировали с общим ($r=0,46$, $p<0,05$) и вербальным ($r=0,51$, $p<0,05$) интеллектом, а правильные определения отчества и фамилии – как с общим (соответственно, $r=0,68$, $p<0,001$ и $r=0,55$, $p<0,01$) и вербальным (соответственно, $r=0,67$, $p<0,001$ и $r=0,43$, $p<0,05$), так и с невербальным (соответственно, $r=0,65$, $p<0,001$ и $r=0,57$, $p<0,001$) интеллектом. Интеллект в пределах сниженной нормы характеризовали наибольшее количество правильных исключений, исключений с правильным объяснением, правильное определение имени и отчества, менее правильное – фамилии. При интеллекте в пределах пограничного класса исключений с правильным объяснением оказалось меньше ($p<0,05$), чем правильных исключений, поскольку исключенные слова, в основном, определялось как отчества. Можно предположить наличие у данных лиц регрессивных («атавистических») антропонимических представлений (некогда с помощью суффиксов -ов, -ев образовывались собственно-отчества). При легкой умственной отсталости (F70) имя правильно определялось достоверно ($p<0,05$) чаще, чем фамилия, причём правильное определение фамилии в наименьшей степени характеризовало больных с наличием легкой, как и умеренной, умственной отсталости. Невербальный интеллект при легкой умственной отсталости преобладал над вербальным ($p<0,01$). Умеренную умственную отсталость (F71) характеризовали наименьшее количество правильных исключений и исключений с правильным объяснением, а также самая низкая правильность определений, данных отчеству и фамилии. Наличие умеренной умственной отсталости достоверно отрицательно коррелировало с правильно сделанными исключениями, исключениями с правильным объяснением и правильными определениями, данными отчеству. При шизофрении (F20) правильное определение имени встречалось достоверно ($p<0,001$) реже, чем у лиц с интеллектом в пределах сниженной нормы и достоверно ($p<0,001$) чаще, чем при органическом бредовом (шизофреноподобном) расстройстве. Отчество больными шизофренией правильно определялось достоверно ($p<0,05$) чаще, чем фамилия. Больных органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством (F06.2) в наименьшей степени характеризовало правильное определение имени, при достаточно высокой правильности определений отчества. Правильное определение фамилии в наибольшей степени было характерным для органического расстройства личности (F07), при соответствующем пограничному классу среднем значении общего интеллекта данных больных.

Выводы. Указанные закономерности, наряду с нозологической специфичностью мышления и речи больных при их как правильных, так и неправильных ответах, предполагают обоснованность применения комплекса антропонимических методик (теста исключения фамилии, заданий по определению имени, отчества и фамилии) в диагностике психических расстройств.

Титов Ю.Д., Шпаченко Н.Н., Лихолетов А.Н., Андреев С.В.

Республиканский травматологический центр г.Донецк, ДНР

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕВЫХ РАН ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Частота появления пролежневых ран исключительно высока, но и вариабельна, причём не только в разных странах, а и в разных клиниках. По данным многих авторов, пролежни у пострадавших с травматическим полным повреждением спинного мозга появляются в 40-90% случаев. Вместе с тем, ведущие клиники Европы и США приводят данные о том, что распространённость этого осложнения снижается до 8%, если уходом занимается специально подготовленный персонал.

Цель: улучшить реабилитационный потенциал у больных с травматической болезнью спинного мозга путём совершенствования лечения и профилактики пролежневых ран.

Результаты и обсуждение. Исследование выполнено в соответствии с планом НИР Республиканского травматологического центра (РТЦ) и основано на изучении результатов лечения 348 пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга, лечившихся с 2014 г. по 2019 г. в клиниках нейрохирургии №1 и №2 РТЦ г. Донецка и проходивших реабилитацию в отделениях нейрохирургии Республиканского реабилитационного центра (РРЦ). Из данного количества больных у 181 наблюдалась симптоматика полного поперечного поражения спинного мозга (тип А и В по шкале ASIA). Вторым по значимости после урогенитальной инфекции осложнением травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ), осложняющим течение реабилитационного процесса, являются пролежни. Поражение спинного мозга у больных приводит к развитию тяжелого нейродистрофического процесса во всех органах и тканях. Наиболее ярко нейродистрофический процесс проявляется в развитии язв мягких тканей или пролежней. К моменту перевода этой группы пациентов в РРЦ для курса реабилитационного лечения пролежневые раны наблюдались только у 3-х больных, что составляет 1,7%. Эти данные коррелируют с показателями ведущих клиник Европы, что в специализированных стационарах, оказывающих помощь при травматических повреждениях спинного мозга, риск развития пролежней минимален. По механизму образования, все пролежни можно разделить на экзогенные и эндогенные. В развитии экзогенных главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Такие пролежни наблюдаются у оперированных или травматологических больных, длительно находящихся в вынужденном положении. Непосредственными причинами экзогенных пролежней являются складки одежды и простыни, тугие повязки. Внутренние экзогенные пролежни образуются под жесткими дренажами, катетерами и др., длительно пребывающими в ране, полости или органе. Ведущим фактором профилактики и успешного консервативного лечения пролежней является устранение длительного непрерывного давления. С этой целью осуществляют переворачивание пациента в кровати через каждые 2 часа, производя одновременно обтирание кожного покрова. Это может полностью предупредить образование пролежней, но представляет трудности из-за загруженности медицинского персонала. В связи с этим в настоящее время большое распространение получили средства, направленные на снижение силы давления, а также обеспечивающие его прерывность (пластиковые шины, специальные кровати, матрацы, подушки и прокладки, заполняемые пеной, водой, гелем, воздухом или комбинацией этих материалов). Прерывность фактора давления с успехом обеспечивается системами с регулируемым давлением и вибрацией, которые уменьшают локальное давление на кожу. К настоящему времени существует три разновидности этих приспособлений: противопролежневые на матрасники, заменяемые матрасы и специальные кровати. Уменьшение трения кожи об опорную поверхность обеспечивается регулярным контролем состояния постельного белья, уходом за кожей (поддерживать в сухом состоянии), своевременным выявлением и лечением повреждений кожного покрова. Полноценное питание с достаточным содержанием белков, витаминов и калорий.

Тищенко А.В.

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

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПОСТРАДАВШИХ ГОРНОРАБОЧИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

вследствие острого отравления метаном у горнорабочих уделяется анализу биоэлектрической активности головного мозга по показателям электроэнцефалограмм (ЭЭГ), поскольку они позволяют трактовать выраженность неврологических нарушений.

Целью работы являлся анализ ЭЭГ у пострадавших горнорабочих вследствие острого отравления метаном. В клинике профзаболеваний углубленно обследовано 156 горнорабочих, 96 из которых – пострадавшие вследствие острого отравления метаном, а 60 – контрольная группа. ЭЭГ записывали на восьмиканальном электроэнцефалографе модели «Nihon Konden», а кривые классифицировали по

системе Е.А. Жирмунской. Кривые ЭЭГ пострадавших были представлены такими показателями: I тип ЭЭГ имел следующие характеристики: основной компонент – альфа-ритм, регулярный по частоте, четко моделируемый в участке веретена, с средним и высоким индексом, с хорошо выраженными зональными различиями. Форма волн обычно была гладенькой, а бета-активность высокой и средней частоты, малой амплитуды. Медленные волны почти не были выражены. Такой тип ЭЭГ встречался реже у пострадавших $45,83 \pm 5,09$ %, нежели в контроле $81,67 \pm 5,00$ % ($\chi^2=19,69$, $p<0,001$). Что же касается II типа ЭЭГ, то он выявлялся значительно реже предыдущего и отмечался у $6,25 \pm 2,47$ % пострадавших и $3,33 \pm 2,32$ % контроля ($\chi^2=0,65$, $p=0,4217$) и имел такие характеристики: высокий индекс регулярных колебаний биопотенциалов при утрате их зональных различий, очень редко регистрируется бета-ритм низкой частоты. III тип ЭЭГ встречался вчетверо чаще у пострадавших $20,83 \pm 4,14$ % нежели в контроле $5,00 \pm 2,81$ % ($\chi^2=7,36$, $p=0,0067$). Ему были свойственны такие характеристики: отсутствие или резкое снижение количества альфа-волн при относительном увеличении количества бета- и тета-колебаний невысокой, низкой или очень низкой амплитуды без зональных различий. IV тип ЭЭГ (дезорганизованный с преобладанием альфа-активности) следует охарактеризовать так: преобладание альфа-активности было недостаточно регулярное или совсем нерегулярное по отношению к частоте с недостаточно высокой амплитудой. Бета-активность нередко была усиленной и представлена колебаниями низкой частоты и повышенной амплитуды. Очень часто выявлялись тета- и дельта-волны с достаточно высокой амплитудой. Такой дезорганизованный тип ЭЭГ встречался вдвое чаще у пострадавших $23,96 \pm 4,36$ %, нежели в контроле $10,00 \pm 3,87$ % ($\chi^2=4,75$, $p<0,0292$). А вот V тип ЭЭГ имел слабую выраженность альфа-активности. Колебания биопотенциалов альфа-, бета-, тета- и дельта-диапазонов регистрировались без четкой последовательности, имели нерегулярную частоту и носили дезорганизованный характер. Такой тип ЭЭГ совсем не встречался в контроле $0,00 \pm 0,00$ % и очень редко случался у пострадавших $3,13 \pm 1,78$ % ($\chi^2=1,91$, $p=0,1668$).

Характеристика ЭЭГ в зависимости от тяжести нарушения, показала, что грубых и очень грубых нарушений у пострадавших не встречалось. Значительные - отмечались только у пострадавших и составляли $11,46 \pm 3,25$ % и $(0,00 \pm 0,00)$ % в контроле ($\chi^2=7,40$, $p<0,0065$). Что же касается умеренных нарушений ЭЭГ, то они регистрировались, как у пострадавших, так и в контроле, но со значительным преобладанием у пострадавших $58,33 \pm 5,03$ % и $6,67 \pm 3,22$ % в контроле ($\chi^2=41,64$, $p<0,001$). Легкие нарушения по результатам ЭЭГ выявлялись несколько чаще в контроле $30,00 \pm 5,92$ % нежели у пострадавших $20,83 \pm 4,14$ % ($\chi^2=1,68$, $p=0,1944$). А нормальные записи ЭЭГ определялись в $63,33 \pm 6,22$ % контроля и в $9,38 \pm 2,97$ % пострадавших ($\chi^2=51,07$, $p<0,001$).

Таким образом, можно сказать, что пострадавшие вследствие острого отравления метаном имели значительный процент умеренных нарушений на ЭЭГ, а в контроле в основном имела место нормальная биоэлектрическая активность головного мозга по записям ЭЭГ.

Ткаченко К.Е.

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

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ: ОТ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ К СПЕЦИФИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Пищевая аллергия является одной из основных и наиболее острых проблем детского возраста. Чаще всего именно аллергические реакции алиментарного генеза выступают в качестве первых проявлений атопии и атопического марша. В качестве одного из наиболее ранних проявлений аллергии на пищу выступает атопический дерматит. Показано, что примерно у 35% детей со средней и тяжелой формой заболевания выявляется пищевая аллергия, при этом тяжесть заболевания напрямую связывают с наличием у пациента пищевой аллергии. В соответствии с международными рекомендациями стандартом лабораторной диагностики аллергии является определение уровня аллергенспецифических IgE в сыворотке крови. В то же время в литературе можно встретить противоречивые мнения относительно эффективности применения результатов данных тестов в практике лечения пищевой аллергии.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилась оценка эффективности индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах исследования специфической сенсibilизации, у пациентов с atopическим дерматитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 84 пациента, страдающих atopическим дерматитом. Выполнен сбор аллергологического анамнеза, анализ пищевого рациона, подсчет индекса тяжести atopического дерматита SCORAD. У каждого пациента был исследован индивидуальный профиль IgE-сенсibilизации к пищевым продуктам, присутствующим в рационе. Лабораторное тестирование уровня специфических IgE выполнялось с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа отечественного производства (г.Донецк). На основании клинико-лабораторных данных каждому пациенту в составе комплексной медикаментозной терапии была рекомендована индивидуальная диета. Оценка эффективности лечения проводилась через 3 и 6 месяцев от включения рекомендованной диеты в комплексную терапию atopического дерматита. Статистический анализ полученных данных был выполнен с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк).

Результаты и обсуждения. На фоне соблюдения пациентами индивидуальной диеты, основанной на исследовании профиля IgE-зависимой сенсibilизации, установлено снижение индекса SCORAD ($p<0,001$), а также достоверное увеличение продолжительности ремиссии заболевания ($p<0,001$). Также зафиксировано статистически значимое снижение потребности пациентов atopических глюкокортикостероидах ($p<0,001$), и антигистаминных препаратах ($p<0,05$). У четверти больных достигнута стойкая ремиссия atopического дерматита на фоне полной отмены медикаментозного лечения.

Выводы. Использование в комплексе лечения atopического дерматита индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической IgE-сенсibilизации, достоверно снижает тяжесть клинических проявлений заболевания, увеличивает продолжительность ремиссии, а также снижает потребность пациентов в использовании медикаментозных средств (топических глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов).

Токарева О.Г., Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Трошина Е.О., Лубенская О.А.

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

ЗАРУБЕЖНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ВНЕДРЕНИЯ В ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Пандемия COVID-19 стала настоящим вызовом большинству медицинских служб, включая психиатрическую и психотерапевтическую. Изоляция и, как следствие, социальная депривация, инфодемия и колоссальное число заболевших и умерших – все это оказывает массивное стрессовое влияние на население во всем мире.

Цель. Оценить возможность использования различных вариантов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в снижении стрессового воздействия и лечении психогенно возникающих состояний в условиях COVID-19.

Материалы и методы. Путем реализации информационно-аналитического метода было проанализировано 20 зарубежных литературных источников за 2020 и 2021 гг.

Результаты и обсуждения. Необходимость соблюдать самоизоляцию в большинстве стран стала одной из основных причин трансформации сессий в рамках КПТ в дистанционный формат. Так, были предложены руководство и программа «Coping with COVID-19» (CC-19), направленные на снижение коронавирусного стресса. Программа включала несколько важнейших принципов, реализуемых в когнитивно-поведенческой терапии, таких как психообразовательные мероприятия о чувствах (понимание эмоций, осознание и принятие горя), поведенческая активация, осознанность, когнитивный копинг (повышение толерантности к неопределенности, совладание с тревожными мыслями), практики расслабления. Программа включала 7 сессий, затрагивающих каждый из перечисленных принципов и позволила существенно снизить уровень тревожных переживаний. Также была предложена 3-недельная программа, включающая работу в рамках метода десенсибилизации и переработки дви-

жениями глаз (ДПДГ) и КПТ, сфокусированного на травме (КПТ-СТ). Данная программа, помимо непосредственных интервенций в рамках перечисленных методов, включала элементы психообразования, биохакинга, осознанности, телесно-ориентированных практик. Отмечено, что программа позволила снизить тревожность участников примерно на 30%, в то время как травматические и депрессивные проявления уменьшились примерно на 55%. Помимо этого, была создана такая программа, как «Виртуальное сообщество осознанности», проводившаяся в течение 8 недель и включающая в себя 12 модулей по психическому здоровью, демонстрируемых посредством видео онлайн, 3 анонимных форума, посвященных депрессии, тревоге и стрессу, а также несколько анонимных 20-минутных групповых видеоконференций в режиме реального времени под руководством модератора, во время которых предоставлялась возможность поднимать и обсуждать темы, затронутые в модулях. Наряду с вышеописанными методами, рекомендовалось осуществлять межсессионную поддержку, которая включала использование приложений для телефонов, позволяющих автоматизировать планирование активности, календарные напоминания для своевременного выполнения домашних заданий, доступ к виртуальным группам поддержки, библиотерапию и прослушивание специализированных подкастов по рабочим темам, поддержку через телефон и мессенджеры.

Выводы. Направление КПТ предлагает достаточно обширный набор методов и техник, нацеленных на борьбу с коронавирусным стрессом. Вышеописанные методы являются перспективным направлением деятельности лаборатории психического здоровья кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии при работе с обучающимися, имеющими различный спектр психологических и психиатрических проблем вследствие воздействия социально-информационных факторов в период пандемии COVID-19 в связи с социальными ограничениями и в условиях дистанционного обучения.

Толченникова Е.Н., Прохоров Е.В.

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

ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В настоящее время доказано, что вирусные инфекции способны вызывать многие заболевания почек, связанные с поражением, как клубочкового аппарата, так и интерстициальной ткани. Из числа герпесвирусов ввиду особенностей иммунного ответа и очевидного негативного влияния на характер течения различных вариантов поражения почек, пристального внимания заслуживает Эпштейн-Барр вирус (ЭБВ). Эпштейн-Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) широко распространена, относится к плохо контролируемым инфекциям, отличается пантропностью, длительно персистирует в организме человека, приводит к иммунной недостаточности, а также может способствовать развитию аутоиммунных и опухолевых заболеваний. Установлено, что ЭБВ вызывает непосредственное повреждение эпителия проксимальных канальцев, мезангиума и подоцитов с последующим развитием иммунного воспаления. Торпидное течение, переход в хроническую форму заболеваний почек с исходом в хроническую почечную недостаточность во многом может быть обусловлен недостаточной изученностью и недооценкой роли сопутствующей вирусной инфекции, а также иммунных нарушений, обусловленных как заболеванием почек, так и сопутствующей вирусной инфекцией. В этой связи в настоящее время у детей с различными вариантами поражений почек интенсивно изучается влияние герпесвирусных инфекций на их течение.

Цель работы. Определить частоту встречаемости хронической ЭБВИ при различных вариантах поражения почек у детей.

Материалы и методы. Обследовано 164 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на лечении в нефрологическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Донецка. Из них с гематурической формой хронического гломерулонефрита (ГФ ХГН) – 110 детей, нефротической формой хронического гломерулонефрита (НФ ХГН) – 25 детей, острым гломерулонефритом с нефротическим синдромом (ОГН с НС) – 12 детей, острым тубулоинтерстициальным нефритом (ОТИН) – 9 детей,

хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (ХТИН) – 8 детей. Больным наряду с комплексным нефрологическим обследованием проведено исследование маркеров ЭБВИ (IgG EBNA, IgG VCA, IgG EA в крови и ДНК ЭБВ в слюне, в крови и в моче). Контрольную группу составили 29 условно здоровых детей.

Результаты и их обсуждение. Хроническая ЭБВИ по данным исследования маркеров данной инфекции была выявлена у 49,1 % детей с ГФ ХГН, у 32 % – с НФ ХГН, у 25 % – с ОГН с НС, у 22, 2 % – с ОТИН и у 37,5 % пациентов с ХТИН. Маркеры хронической ЭБВИ в сочетании с другими герпесвирусными инфекциями определялись в 44,4 % случаев ОТИН, в 58,3 % – при ОГН с НС, в 62,5 % – при ХТИН, в 63,8 % – при ГФ ХГН и 76 % – при НФ ХГН.

Выводы. Анализ имеющихся данных указывает на высокую частоту распространенности маркеров ЭБВИ как в виде моноинфекции, так и в сочетании с другими герпесвирусными инфекциями у детей с различными вариантами поражения почек, особенно при их хроническом течении. ЭБВИ не без оснований рассматривается как фактор риска развития хронического гломерулонефрита, тубулоинтерстициального нефрита. Клинически возможны различные почечные проявления в виде острого и хронического гломерулонефрита, тубулоинтерстициального нефрита. Показана целесообразность превентивного обследования детей на маркеры герпесвирусных инфекций с целью идентификации вируса, определения фазы и активности инфекционного процесса для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Томачинская Л. П., Поважная Е. С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк. Кафедра медицинской реабилитации, и лечебной физкультуры.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Воздушно-капельная инфекция является распространенной патологией детского возраста, нередко носит затяжной характер и осложняется тяжелыми нарушениями функции и структуры различных систем организма, особенно центральной нервной и дыхательной.

Под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (основная группа составила 28 человек, контрольная – 20). С целью быстрой ликвидации проявлений инфекции, профилактики осложнений (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония) и сокращения сроков лечения всем больным экспериментальной группы на фоне адекватной медикаментозной терапии применяли ряд физиотерапевтических методов воздействия. В комплекс физиотерапии включали ультрафиолетовое облучение (УФО), электрическое поле ультравысокой частоты (ЭП УВЧ), ультравысокочастотную индуктотермию, лекарственный электрофорез, аэрозоль-терапию.

При УФО использовали как интегральный спектр, так и коротковолновый (КУФ). КУФ применяли для облучения слизистой носоглотки (бактерицидный эффект, активация местного иммунитета). Интегральным спектром УФО облучали грудную клетку: всего 8 полей по 2 поля в день в слабоэритемной дозе (1-4-й день – по 1 биодозе, 5-8-й – по 1,5 биодозы, 9-12-й – по 2 биодозы с расстояния 50 см), что позволяло получить гипосенсибилизирующий эффект и повысить неспецифическую сопротивляемость организма ребенка.

ЭП УВЧ назначали в атермических дозировках (15 или 20 Вт) малыми конденсаторными пластинами дистанционно, строго соблюдая величину воздушных зазоров, воздействуя тангенциально в проекции носа и поперечно – в проекции миндалин (чередую зоны через день) по 7-8 мин. Процедура позволяла получить выраженный противовоспалительный, противоотечный, детоксикационный, анальгезирующий эффекты, укрепить лейкоцитарный вал, а следовательно, - ограничить очаги воспаления. По окончании курса (5-6 процедур) ЭП УВЧ назначали переменное магнитное поле ультравысокой частоты (УВЧ-индуктотермию) в проекции корней легких через сухую гидрофильную прокладку толщиной в 1 см при мощности 20 Вт в течение 10 мин (6-8 воздействий). В результате

улучшалась гемодинамика в легких, повышалась дренажная функция бронхов, активизировалась деятельность иммуно-компетентных систем.

Для электрофореза была выбрана методика общего воздействия – на воротниковую зону по Щербаку. Это позволяло оказать положительное влияние как на центральную нервную, вегетативную, так и на кардио-респираторную системы. Проводили сочетанный электрофорез глюконата кальция (с анода) и аскорбиновой кислоты (с катода). Оба препарата вводили на 25% растворе димексида (ДМСО). ДМСО присущи противовоспалительное и антипиретическое действие, анальгезирующий эффект, бактериостатическая и фунгистатическая активность, способность усиливать действие лекарственных веществ и повышать устойчивость организма к повреждающему действию неблагоприятных факторов. Процедуру проводили по общепринятой схеме, на курс – 10 воздействий. В качестве аэрозоль-терапии использовали тепловлажные щедочные ингаляции бронхолитиков по 5 мин.

В результате применения предлагаемого комплекса физиотерапии на фоне адекватного медикаментозного лечения у больных основной группы наблюдалось более легкое протекание инфекции, отсутствие осложнений, восстановление функции внешнего дыхания, деятельности сердечно-сосудистой и нервной систем в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой.

Тонких Н.А., Дубовая А.В., Куркурин К.К.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

На современном этапе изучение проблемы вегетогормональных взаимосвязей и инверсии сна у подростков чрезвычайно актуально и может привести к созданию более физиологических, безвредных и патогенетически обоснованных методов профилактики развития репродуктивной патологии в периоде полового созревания.

Цель – изучить частоту вегетативных дисфункций, нарушений сна, проявления инсомнии у девушек репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла (НМЦ), а также их ориентацию на здоровый образ жизни по данным анкетирования.

Материалы и методы. Обследовано 32 девушки от 16 до 18 лет с различными НМЦ. Проведены антропометрия, оценка показателей вегетативного и психоэмоционального статуса, лабораторные и инструментальные методы исследования по показаниям. Анкетирование проводилось на бумажном носителе по 33 вопросам, разделенных на 4 блока, касающихся: состояния здоровья, характера питания и образа жизни, в том числе физической активности, характеристики сна, наличия вредных привычек и отношения к ним. Качество сна оценивали по собственной методике.

Результаты. По результатам анкетирования респонденты оценили состояние своего здоровья следующим образом: 14 (43,8%) чел. – как крепкое, 12 (37,5%) чел. – среднее, 6 (18,8%) чел. – слабое; психоэмоциональное состояние: 9 (28,1%) чел. – как устойчивое, 13 (40,6%) чел. – среднее, 10 (31,2%) чел. – лабильное. Согласно ответам, 5 (15,6%) девушек периодически курят, 7 (21,9%) чел. иногда употребляют алкогольные напитки. Большинство опрошенных (81,3%) не соблюдают принципы рационального питания. При ранжировании жизненных интересов 24 (75,0%) девушки выбрали желание совершенствоваться духовно. Обращало внимание малое количество времени, затрачиваемое на физическую активность (гиподинамия отмечена у 15 (46,9%) чел.), превышение допустимого времени пребывания за компьютером (23 (71,9%) чел. ежедневно проводили за гаджетами более 4 часов) и нарушение ритма сон-бодрствование. Дефицит сна был констатирован у 25 (78,1%) девушек с НМЦ: 20 (62,5%) опрошенных укладывались спать позже 22 часов, из них 11 (34,4%) чел. – позже 23 часов, 7 (21,9%) чел. – около 12 часов ночи, и 2 (6,3%) чел. – около 1 часа ночи. 18 (56,3%) девушек засыпали позже, чем через 15 мин. и имели продолжительность ночного сна менее 7 часов, 9 (28,8%) респондентов просыпались в течение ночи, более 30% имели неудовлетворительное качество сна и утреннего пробуждения.

Дисбаланс вегетативной нервной системы (ВНС) имели 21 (65,6%) чел. У 24 (75,0%) пациенток отмечались различные поведенческие особенности в дневное время суток: повышенный уровень тревожности (14 (43,8%) чел.), астении (8 (25%) чел.), конфликтности (11 (34,3%) чел.), депрессии (2 (6,3%) чел.). Индекс Кетле 25 кг/м² и 30 кг/м², соответствующие критериям избыточной массы тела и ожирения имели, соответственно, 8 (25,0%) и 2 (6,25%) девушек с НМЦ.

Выводы. Опрошенные девушки хорошо ориентированы на отказ от вредных привычек, разрушающих репродуктивное здоровье, необходимость самосовершенствования. При этом существуют отрицательные стереотипы в отношении физической активности, длительного пребывания за компьютером, нарушения режима питания и сна. Дисбаланс ВНС выявлен у 65,6% девушек-подростков с нарушениями в репродуктивной системе. Отклонения психоэмоционального статуса имеют 75,0% опрошенных, десинхронизацию ритма сон – бодрствование – 78,1% чел., 15,6% девушек с НМЦ курят. Коррекция вегетативной дисфункции, нормализация цикла сон-бодрствование и отказ от курения будут способствовать улучшению работы гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и могут являться успешной стратегией укрепления репродуктивного здоровья.

Тонких Н.А.^{1,2}, Конопко Н.Н.³

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк,

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

³ГБУЗ ГОРОДА МОСКВЫ «ДГП 122 ДЗ Г. МОСКВЫ», г. Москва

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГ СПОРТСМЕНОВ НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА

Актуальность. Профессиональные занятия спортом несут два основных вида рисков: постоянный высокий объем тренировочных нагрузок и неконтролируемое напряжение сердечно-сосудистой системы (ССС) ради достижения победы, которые способны привести в определенных ситуациях к неблагоприятным последствиям. Кардиологическое обследование спортсменов является важным компонентом скрининга, но представляет собой задачу, по-разному решаемую в разных странах.

Цель. Определить оптимальное предварительное обследование спортсменов, оценивающее баланс риска и пользы при допуске к занятиям спортом.

Материалы и методы. Предварительный скрининг включал: анамнез спортсмена и его семьи, физикальное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, ЭХОКГ, тредмил-тест (ТТ). Обследованы 58 подростков (16 девочек и 42 мальчика) в возрасте 9-16 лет, которые находились на разных этапах спортивной подготовки. При сборе анамнеза делали акцент на наличие/отсутствие приступов учащенного сердцебиения, обмороков или предобморочных состояний, одышку, боль/дискомфорт в груди. В семейном анамнезе фокусировали внимание на случаи внезапной смерти у родственников 1 степени родства, заболевания сердца и сосудов. Важным компонентом физикального обследования являлось наличие/отсутствие шума в сердце, изменение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД), внешние признаки синдрома Марфана. ТТ выполняли согласно стандартному протоколу Bruce.

Результаты. Никто из подростков и их родителей активно жалоб не предъявлял, отягощенную наследственность по заболеваниям ССС отрицали. Однако при детализации жалоб и изучении амбулаторной карты у 6 (10,3±4,0%) чел. отмечались обмороки или предобморочные состояния в анамнезе (в т.ч. у 1 – во время физической нагрузки), у 12 (20,7±5,3%) чел. – изменения ЧСС и АД, у 14 (24,1±5,6%) чел. отмечена патология сердца и/или сосудов у близких родственников. У 41 (70,7±6,0%) подростка выявлены малые структурные аномалии развития сердца, у 7 (12,1±4,3%) чел. – нарушения сердечного ритма и проводимости (НРСиП). По результатам ТТ у 9 (15,5±4,8%) обследованных констатировано напряжение адаптации сердечно-сосудистой системы в виде патологической реакции гемодинамики на физическую нагрузку – 4 (6,9±3,3%) чел., замедленного восстановления ЧСС и АД – 7 (12,1±4,3%) чел., НРСиП – 2 (3,4±2,4%) чел. Бессимптомные изменения сегмента ST выявлены у

1 ($1,7 \pm 0,7\%$) чел. Детям, у которых были выявлены изменения по данным ТТ, проведено дообследование в условиях кардиологического стационара.

Выводы. Выявление скрытой жизнеугрожающей кардиальной патологии – одна из важных задач современной медицины. Использование предварительного скрининга спортсменов позволило выявить субклинические формы сердечно-сосудистой патологии у $27,6 \pm 5,9\%$ человек. Однако иногда возникает полемика с родителями, которые просят показать документ, регламентирующий тот или иной объем обследования у лиц, желающих заниматься спортом. В настоящее время возникла острая необходимость в утверждении приказа с указанием, какой контингент обследуемых должен обратиться к педиатру, кардиологу, врачу спортивной медицины с учетом возраста, вида спорта и этапа спортивной подготовки.

Трошина Е.О. Ряполова Т.Л. Лубенская О.А. Токарева О.Г.

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

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Целью данного исследования явился анализ информации о влиянии Интернет-ресурсов на психическое здоровье молодых людей в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 17 литературных источников, 9 из которых – отечественных авторов и 8 – зарубежных (Китай, Бангладеш, Соединенные Штаты Америки (США), Шотландия, Ирландия, Англия, Казахстан).

Результаты. Авторы как отечественных, так и зарубежных исследований сходятся во мнении, что Интернет-ресурсы в значительной степени влияют на представление молодых людей о пандемии COVID-19. Авторы из Китая, проанализировав данные о тревожных и депрессивных расстройствах среди студенческой молодежи разных провинций в самом начале пандемии, пришли к выводу, что на рост распространенности психопатологической симптоматики не влияла эпидемиологическая ситуация в конкретном регионе и связали это с быстрым распространением информации об угрозе через китайские социальные сети.

Исследователи из Бангладеш разделили ложные данные о коронавирусе на дезинформацию и непроверенную информацию и, проанализировав популярные в этой стране социальные сети, пришли к выводу, что пользователи доверяют ложной информации, которая кажется им правдоподобной и охотно делятся ею с подписчиками, не проверяя её в надежных источниках. Они связали эти факты с инфодемией и распространенностью киберхондрии, связанной с пандемией COVID-19. При этом отметили, что распространенность киберхондрии выше у молодого поколения.

В отечественных источниках усиление тревоги и распространенность деструктивных копинг-стратегий у студенческой молодежи связывается с информационным стрессом. Было выявлено, что опрошенные студенты проводили в социальных сетях от 1 до 20 часов в сутки, но выраженность тревоги и распространенность деструктивного копинга зависела не от времени, проведенного в социальных сетях, а от отношения к полученной информации.

Исследователями из Шотландии выявлено увеличение симптомов тревоги и депрессии у молодых лиц во время пандемии, что, вероятно, связано со стигматизацией в социальных сетях переболевших респираторными инфекциями. По мнению ряда следователей (США, Великобритания), Интернет-ресурсы смягчают социальную депривацию у молодежи, вызванную пандемией и способствуют так называемой «компьютерной терапии».

Вместе с тем, авторы из разных стран подчеркивают исключительную важность Интернет-ресурсов в процессе обучения в условиях пандемии, а также видят в них потенциал для психолого-психиатрического online-консультирования и развития телепсихиатрии.

Выводы. Исследователи различных стран сходятся во мнении, что Интернет-ресурсы имеют значительное влияние на психическое здоровье молодого поколения. Вместе с тем, вопрос о том, насколько отрицательным или положительным является данное влияние, остается открытым. Большое

значение имеет отношение молодых людей к получаемой информации и способность различать проверенные данные и вымысел. Активное использование Интернет-ресурсов студенческой молодежью открывает новые возможности для психолого-психиатрической коррекции в условиях пандемии.

Трунова О.А.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ГОРНОРАБОЧИХ

ЦЕЛЬ – оценить клинические проявления иммунной недостаточности у горнорабочих угольных шахт.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучена заболеваемость с временной утратой трудоспособности подземных рабочих и рабочих поверхностного комплекса шахт с пологим и крутым залеганием угольных пластов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. За последние годы отмечен рост количества иммунодефицитных состояний (ИДС). Кроме первичных (врожденных) иммунодефицитов, имеющих генетическую природу, СПИДа, вызванного ВИЧ, растет число больных с иммунной недостаточностью вторичного характера, которая развивается под влиянием самых различных поражающих факторов, действующих на не измененную первоначально иммунную систему. Часто на фоне основного заболевания развивается иммунная недостаточность.

Показатели заболеваемости респираторными инфекциями у подземных горнорабочих высоки и составляют 60,4 случаев и 404,6 дней за год на 100 работающих в сравнении с рабочими поверхностного комплекса шахты (21,3 сл. и 145,2 дней). На долю острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) приходится более 50 % всех случаев, аденовирусные инфекции составляют 22,5 %, грипп – 12 %, осложненные формы ОРВИ и гриппа – 3,6 %. Чаще болеют 20-39-летние горняки основных подземных профессий с подземным стажем 10-14 лет.

Проведенный анализ заболеваемости пиодермиями показал, что в группе горнорабочих число случаев заболевания на 100 работающих составляло 2,52, в днях – 24,7 дней на 100 работающих. Максимальный показатель был в возрастной группе 40-49 лет: 3,03 сл. и 27,66 дней на 100 работающих. Дерматологические формы пиодермий чаще наблюдаются в возрастной группе 40 лет, а хирургические - в 30-39 лет при подземном стаже работы 15-19 лет в рабочих основных подземных профессий (рабочие очистного забоя, машинисты горновыемочных машин, проходчики) и у рабочих вспомогательных профессий.

Определенные выше возрастные и стажевые группы горняков являются группами риска развития ОРВИ и пиодермий соответственно.

18 % горнорабочих на двух антрацитовых шахтах были поражены микозами стоп. Во всех профессиональных, возрастных и стажевых группах поражения межпальцевых складок стоп встречались достоверно чаще, чем поражение ногтей пластинок, свода стопы, кожи голеней, а также сочетанные поражения. Количество поражений повышалась с увеличением возраста и подземного стажа обследованных. От больных было выделено 63 культуры дерматофитов, 28 культур дрожжевых грибов и 24 плесневых грибов. При микроскопии патологического материала, взятого у лиц с клиническими проявлениями микоза стоп и онихомикоза, в 132 образцах из 157 (84.1%) были выявлены нити мицелия грибов, споры и дрожжевые клетки.

Выявлена высокая, по сравнению с рабочими поверхностного комплекса шахты, частота клинических проявлений иммунной недостаточности у шахтеров с подземным стажем от 10 до 19 лет: частые ОРВИ, сопровождающиеся герпетическими высыпаниями; ангины, гаймориты, бронхиты, пневмонии, дерматиты, фурункулез и микозы; патология желудочно-кишечного тракта.

Необходимо последующее лабораторное иммунологическое обследование, которое позволит выявить характер нарушения в иммунной системе и провести иммунокоррекцию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сочетанное влияние на организм горнорабочих основных профессий тяжелого физического труда и ряда факторов производственной среды угольных шахт Донбасса (превышение предельно допустимой температуры окружающей среды, высокая относительная влажность воздуха, интенсивное пылеобразование, шум, вибрация, горно-геологические особенности залегания угольных пластов) способствуют снижению их общей и профессиональной трудоспособности; повышению частоты и продолжительности заболеваний органов дыхания (в случае работы в условиях нагревающего микроклимата), болезней кожи и подкожной клетчатки, органов кровообращения, пищеварения и нервной системы (в случае работы в условиях крутого залегания угольных пластов).

Трунова О.А., Туленинова Л.Е.

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

ДИНАМИКА ИНЦИДЕНТНОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ COVID-19 В МИРЕ НА ФОНЕ МАССОВОЙ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

С 11 марта 2020 г., когда ВОЗ объявила, что вспышка, вызванная новым коронавирусом (COVID-19) приобрела характер пандемии, и по настоящее время весь мир продолжает бороться с этой инфекцией. Несмотря на ограничительные мероприятия и активно проводимую кампанию по вакцинации населения, с начала распространения коронавируса SARS-CoV-2 инфекцией были поражены более 235 млн. жителей планеты, 4,8 млн. из которых скончались.

ЦЕЛЬ – оценить тенденции инцидентности и летальности от COVID-19 в мире на фоне массовой вакцинации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В работе использованы открытые источники информации ВОЗ, Центра системных наук и инженерии при Университете Джонса Хопкинса и справочного вебсайта всемирной статистики Worldometer. Рассчитаны показатели инцидентности и летальности от COVID-19 на 100000 населения Земли, а также темпы прироста новых случаев COVID-19 в мире.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При проведении анализа динамики эпидемического процесса SARS-CoV-2 в мире четко прослеживаются периодические подъемы заболеваемости: первый - с начала весны 2020 г. с некоторой стабилизацией уровня заболеваемости в августе-сентябре 2020 г. (101,06 случаев на 100 тыс. населения), второй - с октября (182,68 на 100 тыс.) по январь 2021 года (240,38 случаев на 100 тыс. населения), третий - с максимальными цифрами в мае (297,02 случаев на 100 тыс. населения) и четвертый - с пиком заболеваемости в августе (278,34 на 100 тыс.). Такая периодичность может объясняться как сезонными колебаниями, характерными для респираторных вирусов, непродолжительным иммунитетом после перенесенного заболевания, ослаблением ограничительных мероприятий, так и сменой доминирующего штамма вируса.

В настоящее время четыре штамма SARS-CoV-2 относятся к вызывающим опасения ВОЗ: «α» британского происхождения (09.2020), южноафриканский вариант «β» (05.2020), впервые зарегистрированный в Бразилии «γ» (11.2020) и индийский штамм «δ» (10.2020).

По данным ВОЗ, на 28.09.2021г. в 193 странах мира регистрируется «α» вариант, в 142 странах – «β», 96 странах – «γ» и в 187 странах – «δ» вариант, который на настоящий момент является доминирующим. Наряду с преобладающими штаммами в список представляющих интерес штаммов SARS-CoV-2 ВОЗ входят пять штаммов – «η» (впервые зарегистрирован в Великобритании и Нигерии), «ι» (США), «κ» (Индия), «μ» (Колумбия) (01.2021) и «λ» (Перу) (12.2020).

Анализируя темпы прироста новых случаев COVID-19 в мире с начала пандемии, в целом отмечается снижение интенсивности прироста новых случаев болезни с максимума весной 2020 г. (201,8 %) до минимальных цифр летом 2021года (8,37 %), т.е. в 24 раза.

Наряду с этим в мире летальность также снизилась в 3,53 раза: с 6,7 в мае 2020 года до 1,92 в сентябре 2021 года. К примеру, летальность в Англии и Испании снизилась в 8,9 и 7,3 раза при охвате вакцинацией 67,08 % и 77,67 % популяции соответственно. Это можно объяснить как активной кампанией по вакцинации, так и ростом иммунной прослойки из числа переболевших.

Весной-летом 2021 года наметился значительный «прорыв» в вакцинальной компании от COVID-19: если в начале лета было введено 274979 доз вакцин на 1 млн. населения Земли, то на 1 октября этот показатель составил 786485 доз вакцин, т.е. в 2,86 раз больше. 70 % всех введенных доз вакцин в мире приходится на период с июня по сентябрь 2021 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Несмотря на достаточно высокий уровень заболеваемости и появление новых штаммов SARS-CoV-2, мы видим, что создаваемый вакцинацией популяционный иммунитет обеспечивает снижение летальности и интенсивности прироста новых случаев.

Труфанов И.М., Оноприенко В.И., Варавин С.А., Шакалов Ю.Б., Рудской С.А.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Актуальность исследования. Повреждения предплечья среди травм опорно-двигательного аппарата встречаются в 29-35%. Особое место среди повреждений занимают открытые повреждения предплечья с сочетанным повреждением структур (сосудов, нервов, мышц, сухожилий) ввиду высокого числа неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов. Не смотря на значительный вклад врачей различных специальностей в изучение данной проблемы, происходящие анатомо-функциональные изменения в травмированном сегменте нельзя считать до конца изученными.

Цель исследования. Провести анализ и изучить особенности хирургического лечения сочетанных повреждений предплечья, с применением микрохирургической техники для оптимизации хирургической тактики и улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Выборка данных больных нами проведена в двух относительно однородных группах: 1. Сочетанные повреждения мышц сухожилий нервных стволов (44,5%); 2. Повреждения мышц сухожилий нервов в комбинации с повреждением одного или более сосудов. (55,5%); По уровню преобладали повреждения в дистальной трети предплечья – 64,6%, в верхней и средней трети предплечья соответственно – 10,1% и 25,3%.

По механизму травмы преобладали ранения, причиненные острыми предметами – стеклом, ножом (54%). Из других причин можно выделить повреждения различными движущимися механизмами (46%). Травматические повреждения нервов наблюдались у 44 (69,5%) пациентов всех сочетанных повреждений предплечья, чаще всего повреждались срединный (52,6%), реже локтевой нервы (47,4%). Сочетания повреждений срединного и локтевого наблюдались в 13,4% случаев.

Лечебная тактика строилась по принципу первично-восстановительного лечения, которое включало в себя: оказание полного объема первичной помощи в остром периоде, проведение радикальной первичной хирургической обработки ран, шов сухожилий и мышц, восстановление нервных стволов и магистральных сосудов с применением средств оптического увеличения и микрохирургической техники. Поврежденные сухожилия сгибателей на уровне предплечья восстанавливали как в глубокой, так и в поверхностной группах. Восстановление нервных стволов проводилось с использованием специального шовного материала, монофиламентными нитями 6/0-8/0. В ходе выполнения работы, для оценки степени восстановления нервных стволов применялся метод хронасимметрии.

Результаты. Обследования пациентов проводили в раннем послеоперационном периоде, через месяц и через полгода после операции. Исследовали возбудимость и проводимость нервных стволов на здоровой и травмированной конечностях. При этом основным критерием оценки был коэффициент асимметрии (КА). Из результатов сравнения (КА) видно, что наиболее интенсивное восстановление проводимости и возбудимости нервных стволов происходит на первом месяце после оперативного вмешательства. Наиболее быстрое восстановление происходит у больных, которым помощь оказывалась при первично-восстановительном лечении сравнивая с отсрочено-восстановительным лечением при застарелых повреждениях.

Заключение. Проведенный нами анализ хирургического лечения сочетанных повреждений предплечья показал, что лечебная тактика должна строиться по принципу оказания полного объема первичной помощи, которая включает в себя восстановление всех поврежденных структур с применением средств оптического увеличения и микрохирургической техники, что было подтверждено проведенными биомеханическими исследованиями. Всё это способствует более раннему анатомо-функциональному восстановлению, позволяет избежать дополнительных корригирующих операций, сократить сроки реабилитации и тем самым улучшить результаты лечения.

Труфанов И.М.¹, Кравченко А.В.¹, Кирьякулова Т.Г.², Рыбалко А.С.¹, Рудской С.А.²

¹Республиканский травматологический центр, Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького», г.Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Актуальность исследования. Среди всех переломов, на долю трубчатых костей кисти приходится около 19,2%. Среди них открытые переломы фаланг пальцев и пястных костей – 6,12-10,5%. Посттравматические дефекты трубчатых костей могут составлять до 2%. Не смотря на значительный вклад кистевых и пластических хирургов в разработке методов хирургического лечения посттравматических дефектов трубчатых костей кисти, проблема остается актуальной на сегодняшний день ввиду высокого уровня неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов лечения данного контингента пострадавших.

Цель исследования. Провести анализ хирургического лечения у больных с посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти, для оптимизации тактики хирургического лечения и повышения его эффективности.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 24 клинических наблюдений и лечения больных с посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти находившихся на стационарном лечении в отделение микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г. Донецка за период 2015-2021 гг. В ходе анализа были применены следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, статистический.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола – 21 человек (87,5%), женского пола – 3 (12,5%). По механизму травмы, высокоэнергетические ранения наблюдались в 9 случаях (37,5%), иные – 15 (62,5%). На этапе ургентной помощи стабилизация перелома проводилась у всех пациентов, из них интрамедуллярная фиксация спицами Киршнера – 18 (75%), аппаратами внешней фиксации применялась в 6 случаях (25%). На этапе лечения, необходимость закрытия костного дефекта аутокостным трансплантатом наблюдалась в 12 случаях (50%). В остальных случаях посттравматический дефект составлял от 0,3 см. до 0,5 см. и не требовал применения методик костной пластики. При выполнении костной пластики забор аутооттрансплантата с кортикальным слоем был выполнен из гребня подвздошной кости в 7 случаях (58,4%), из плато большеберцовой кости в – 4 (33,3%), из локтевого отростка у 1 больного (8,3%).

При выполнении оперативного лечения важным этапом являлась подготовка реципиентной зоны: создание ложа с удалением рубцовых тканей, тщательная обработка костных фрагментов и их резекция «до здоровых кровоточащих тканей», формирование либо вскрытие костно-мозговых каналов, закрытие аутооттрансплантатов хорошо кровоснабжаемыми тканями. При закрытии раны важным этапом являлось создание хорошего оттока раневого отделяемого – с этой целью использовались активные дренажи либо пластинчатые выпускники. После операции всегда накладывалась дополнительная внешняя иммобилизация – гипсовый лонгет. В послеоперационном периоде септические осложнения и отторжение трансплантатов отмечено не было.

Результаты. Нами установлено, что во всех случаях были получены положительные функциональные и анатомические результаты.

Заключение. Проведенный анализ хирургического лечения дефектов трубчатых костей кисти, показал, что, наибольшее распространение получил метод костной аутопластики при наличии дефекта от 0,5 см. и более. При замещении костных дефектов трансплантат должен быть помещен в хорошо кровоснабжаемую, сформированную реципиентную зону. Фиксировать трансплантат необходимо стабильно при помощи спиц, либо внеочагово, с использованием аппаратов внешней фиксации.

Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Тутова К.С., Былым Г.В., Подоляка Д.В.

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

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID - 19

В настоящий момент системы образования во всем мире принимают меры по организации образования в условиях пандемии коронавируса (COVID-19). Медицинским вузам пришлось столкнуться с неожиданными трудностями в связи с введением режима самоизоляции. Это связано с особенностями преподавания в вузах. Закрытием учебных заведений и экстренный переход на дистанционное обучение.

Что же такое дистанционное обучение? На основе анализа педагогической литературы сформулируем следующее определение: под дистанционным обучением понимается организация образовательной деятельности с применением дистанционных образовательных технологий, предполагающих использование информационно-телекоммуникационной инфраструктуры для передачи информации и опосредованного синхронного или асинхронного взаимодействия обучающихся и педагогических работников.

Решению сложившихся проблем помогло то, что еще до пандемии, во многих медицинских вузах при подготовке учебных программ учитывалось относительно интенсивное применения 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 дистанционное обучение 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 использовать инструменты стимулирования обучающихся к освоению курса, вырабатывать у них дисциплину и навыки соблюдения сроков выполнения заданий, осуществлять своевременную оценку студенческих работ и предоставлять оперативную обратную связь.

Одним из вариантов решения проблемы является использование платформы Zoom. Zoom - сервис для проведения видеоконференций, онлайн-встреч и дистанционного обучения. Организовать встречу может любой, создавший учетную запись. Программа отлично подходит для индивидуальных и групповых занятий, студенты могут заходить как с компьютера, так и с планшета с телефоном. К видеоконференции может подключиться любой, имеющий ссылку, или идентификатор конференции. Мероприятие можно запланировать заранее, а также сделать повторяющуюся ссылку, то есть для постоянного урока в определенное время можно сделать одну и ту же ссылку для входа.

Безусловно, стрессовая для всех участников ситуация не могла не отразиться на качестве обучения. Но правильно подобранные материалы курса, исходя из целей и задач обучения и характеристик учебного процесса в онлайн-среде, обеспечат студентам образовательный результат, а преподавателю - положительную обратную связь.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В.

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

КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Актуальность.

Кандидозный вульвовагинит является наиболее часто встречающимся воспалительным заболеванием влагалища и занимает всё больший удельный вес в структуре гинекологической патологии как по количеству случаев, так и по числу рецидивов. Особое место по распространенности он занимает среди беременных. Это связано с тем что у беременных частота колонизации влагалища грибами рода *Candida* в 1,5–2,0 раза выше, чем у небеременных, и достигает 30–64%, а распространенность бессимптомного носительства составляет 19,6%. На увеличение частоты встречаемости также влияют повышенные уровни циркулирующих эстрогенов и отложение гликогена и других субстратов во влагалище во время беременности.

Цель исследования.

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения комбинированным препаратом Гинокапс кандидозного вульвовагинита смешанной этиологии у беременных.

Материалы и методы исследования.

В первую группу нашего исследования вошли 32 пациентки во втором-третьем триместрах беременности с диагнозом кандидозный вульвовагинит смешанной этиологии которые получали лечение комбинированным препаратом Гинокапс форте (500 мг метронидазола + 100 мг миконазола нитрата) по одной вагинальной капсуле 2 раза в сутки в течение 10 дней. Во вторую группу — 28 пациенток во втором-третьем триместрах беременности с диагнозом кандидозный вульвовагинит смешанной этиологии получавшие интравагинальные аппликации клотримазола (2% крем) 1 раз в сутки в течение 6 дней. У всех пациенток данных групп диагноз кандидозного вульвовагинита был подтвержден клиниколабораторно. Оценка эффективности методов лечения и ее комплаентность оценивалась по шкале Мориски — Грин.

Результаты.

На протяжении всего курса лечения за пациентами проводилось динамическое наблюдение. Клинические проявления заболевания в основной группе полностью регрессировали у 30 (93,7%) больных на 2 сутки, у 1 (3,15%) — на 3 сутки и у 1 (3,15%) пациентки — на 4 сутки. В контрольных группах выделения прекратились ко второму дню только в 70% случаев, к 3-4 суткам — еще у 20% и к 5 дню — у оставшихся 10% пациентов.

Бактериологическое и бактериоскопическое исследования выделений из заднего свода сразу же после лечения показало отсутствие в мазках грибов рода *Candida* в основной группе в 96,8% случаев, против 86,6% в контрольных группах, что требовало повторного курса лечения. Результаты исследования мазков через 30 дней после окончания курса терапии в исследуемой группе показали отсутствие возбудителя вагинального кандидоза практически в 93,7% случаев, против 88% случаев в контрольной группе.

Выводы.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что использование комбинированного препарата Гинокапс форте (500 мг метронидазола + 100 мг миконазола нитрата) способствует более быстрому исчезновению клинических симптомов кандидозного вульвовагинита смешанной этиологии у беременных, особенно патологических выделений из половых путей. Укорачивает время лечения, приводит к более стойкому лечебному эффекту, снижает частоту возникновения рецидивов и перехода заболевания в хроническую форму.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В.

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

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ

Актуальность.

В последние годы частота заболеваемости женского населения лейомиомой матки возросла до 25,0%. Ситуация усугубляется еще и тем, что у женщин с лейомиомой матки одной из причин, приводящих к необходимости оперативного лечения является хроническая кровопотеря и анемия.

Цель исследования.

Оценить качество органосохраняющего лечения миомы матки с использованием улипристала ацетата.

Материалы и методы исследования.

В нашем исследовании приняли участие 37 женщин репродуктивного возраста находящихся на диспансерном учете в Женской Консультации Центральной Городской Клинической Больницы №3 г. Донецка с диагнозом: лейомиома матки. Всем пациенткам было проведено динамическое клинко-лабораторное обследование, включающее УЗИ обследование. При исследовании оценивалась величина матки, толщина эндометрия, структура миометрия, размеры миоматозных узлов. Определение гематологических факторов крови включало в себя определение ретикулоцитов, эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов, сывороточного железа в сыворотке крови.

Критерием отбора послужили: возраст от 30 до 45 лет с наличием как минимум одного миоматозного узла от 3 до 10 см. в диаметре, обильными менструальными кровотечениями и размером матки не более 13 недель беременности, которые имели показания к оперативному лечению по поводу миомы матки. Концентрация гемоглобина 110 г/л и ниже, сывороточного железа 15,0 мкмоль/л и ниже.

Всем пациенткам данной группы был назначен улипристала ацетат в дозе 5мг. (одна таблетка) один раз в день не зависимо от приема пищи с первой недели менструального цикла продолжительностью три месяца. Период вне лечения между каждым курсом улипристала ацетата включал одно менструальное кровотечение и начало второго. Конечные точки эффективности и безопасности оценивались после первого курса лечения, после каждого последующего курса лечения и через три месяца после завершения последнего курса лечения.

Результаты.

После первого трехмесячного курса терапии препаратом улипристала ацетат аменорея развивалась уже через 5-6 дней у 74% женщин. А объем миоматозных узлов уменьшился к концу курса у 43% женщин в среднем на 32%. После четырех трехмесячных курсов частота аменореи достигла 89%, а размер миоматозных узлов уменьшился на 75% объема. Это позволило у данных пациенток отказаться от хирургического вмешательства в связи со значительным регрессом миоматозных узлов.

Выводы.

Результаты нашего исследования продемонстрировали высокую эффективность препарата улипристала ацетат в лечении лейомиомы матки. И позволили сделать выводы, что долгосрочная интермиттирующая терапия позволяет добиться максимального эффекта от приема улипристала ацетата и отказаться от операций. С каждым последующим курсом количество пациенток с уменьшением объема миомы матки более 50%.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тугова К.С., Подоляка Д.В., Былым Г.В.

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

РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА

В современных условиях бурное развитие науки и техники обязывает врача любой специальности в совершенстве владеть всем арсеналом накопленных знаний и умений, позволяющих в трудной си-

туации поставить правильный диагноз, определить тактику ведения, назначить адекватное лечение. В связи с этим практическая подготовка будущих врачей актуальна и жизненно важна для медицинского образования.

Помощником студенту в этом является оптимальная программа освоения необходимых профессиональных навыков, опирающаяся на широкое внедрение современных тренажерных комплексов нового поколения, создание базовых учебных центров, плавно перекидывающих мостик от имитации в клинику к реальному пациенту.

Помимо традиционного обучения, существуют дополнительные методы, которые помогают сформировать и развивать профессионально-творческое мышление у студентов, повышать качество образования. К ним относятся студенческие научные общества (СНО) кафедр, являющиеся общественной организацией, способствующей накоплению научного потенциала, творческому росту, содействию подготовки научных кадров.

На кафедре акушерства и гинекологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» создан студенческий научный кружок, на котором студенты-кружковцы более глубоко изучают методы диагностики и лечения неотложных состояний в акушерстве и гинекологии, ведения родов, современные подходы к диагностике и лечению гинекологических больных.

На кафедре имеется доска объявлений, на которой для студентов-кружковцев размещена информация со списком тем для самостоятельной работы студентов, с указанием руководителей. Это позволяет студентам выбрать нужную тему и обратиться за консультацией к будущему руководителю. Вся необходимая информация о работе СНО кафедры размещена на сайте медицинского университета, в разделе студенческого научного общества. Все заседания кружка проводятся в каждый второй вторник месяца. В кружке кафедры занимаются студенты 4-6-го курсов всех факультетов.

Особая роль в работе СНО отводится работе научных руководителей студентов-кружковцев. Все профессора, доценты и ассистенты являются научными руководителями определённых, разрабатываемых студентами тем.

На заседаниях СНО, студенты-кружковцы готовят рефераты по актуальным вопросам акушерства и гинекологии, на тренажерах и муляжах овладевают практическими навыками, изучают методами диагностики и обследования беременных женщин и гинекологических больных. Принимают участие в обходах, ночных дежурствах.

Лучшие студенческие работы по итогам года обобщаются в виде тезисов, статей. Которые публикуются как в научных журналах и сборниках нашего вуза, так и за рубежом научных изданиях.

Студенты – кружковцы неоднократно представляли наш вуз на различных олимпиадах, проводимых в Российской Федерации, Луганской Народной Республике.

Таким образом, участие студентов в научно-исследовательской работе не только развивает их клиническое мышление, но и способствует повышению качества образования. Работа в СНО делает обучение студента интереснее и разностороннее, побуждает к желанию непрерывно пополнять знания, пытливости мысли.

Тюменцева С.Г., Шраменко Е.К., Кабанько Т.П., Толстова Н.В., Горяева А.Э., Горечий И.В.

ГОО ВПО «Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького»;
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения гепатопротекторной терапии для предупреждения развития печеночной дисфункции при травмах печени.

Проанализированы результаты лечения девяти больных, находившихся в критическом состоянии в отделении интенсивной терапии ДОКТМО с ранением печени без повреждения крупных сосудов (воротная вена, печеночная артерия и вена, полая вена) и внепеченочных желчных протоков.

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) раненные 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.

Всем больным, помимо базисной терапии, назначались гепатопротекторы: 400 мг гептрала внутривенно, препараты альфа-липоевой кислоты, дуфалак; при наличии признаков энцефалопатии – аммиакснижающие препараты (глутаргин).

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)).

Анализ белковой синтетической функции печени в послеоперационном периоде на 1-е сутки показал, что у 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. В 1-е сутки отмечалось многократное повышение уровней трансаминаз (результат цитолиза вследствие воспаления). К 3-м суткам регистрировали выраженную положительную динамику к снижению аминотрансфераз, и к 7-м суткам их уровень не превышал нормы. Такая динамика, по нашему мнению, свидетельствует о положительном влиянии гепатопротекторной терапии на уменьшение воспалительного процесса в гепатоцитах и восстановлении белково-синтетической функции печени.

Для оценки потенциальной возможности развития острой печеночной недостаточности у больных с ранением печени информативны показатели цитолитического (АлТ, АсТ) процесса и белково-синтетической функции печени (АЧТВ, ПИ).

Использование гепатопротекторной терапии в ранние сутки послеоперационного периода способствует быстрому регрессу лабораторных проявлений печеночной дисфункции и предотвращает развитие острой печеночной недостаточности.

Тюрин Н.С., Степанова М.Г., Грищенко И.И., Новицкая Ю.Е.

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА У АКТИВНЫХ И ПАССИВНЫХ КУРИЛЬЩИКОВ

Большинство молодых женщин имеют множество вредных привычек, в частности курение табака. Источником возникновения в воздухе угарного газа является табачный дым, который представляет собой гетерогенный аэрозоль, образующийся в результате неполного сгорания табака сигарет или кальяна. Таким образом, нам было интересно выяснить и объективно оценить влияние монооксида углерода из табачного и кальянного дыма, не только на активных, но и на пассивных курильщиков.

Для подтверждения наличия в организме человека монооксида углерода и как следствие образование в крови НbСО мы провели физико-химическое исследование с использованием сульфата меди (проба Залесского). В результате проведенного опыта мы наблюдали, что у людей 1 группы (курящих сигареты) и 2 группы (курящих кальян) кровь становится ярко-красной. В то время как кровь людей из группы №3 (пассивные курильщики) окрасилась в пурпурно-красный цвет. Кровь не курящих людей, которых мы отнесли к группе №4 приобрела темно красный оттенок.

Сатурацией кислорода называют отношение количества оксигемоглобина к общему количеству гемоглобина в крови, выраженное в процентах. Показатели сатурации людей, курящих сигареты (97), курящих кальян (94), пассивных курильщиков (90)

Концентрацию монооксида углерода (CO) во выдыхаемом воздухе мы определяли с помощью прибора газоанализатора MikroCO. После определения концентрации CO микропроцессор определяет пиковую концентрацию альвеолярного газа величин 1 ppm = (0,001%). Показатели концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе у людей, курящих кальян (20), сигареты (21), пассивных курильщиков (23).

Концентрацию карбоксигемоглобина мы определяли с помощью прибора газоанализатора MikroCO. Мы определили, что табакокурение, сопровождающееся накоплением в крови достаточно высокой концентрацией COHb, существенно снижает кислородное насыщение крови.

Угарный газ довольно устойчив в атмосфере. Соответственно, чем выше концентрация угарного газа и больше время нахождения в прокуренном помещении, тем сильнее отравление, и тем больше будет период выведения монооксида углерода из организма человека. Исследуемые нами пассивные курильщики получали наибольшее количество монооксида углерода соответственно в их крови содержится наибольшее количество карбоксигемоглобина.

Выводы: 1. Чем выше концентрация карбоксигемоглобина в крови, тем более яркий оттенок красного она приобретает (проба Залесского). В нашем опыте наибольшее количество карбоксигемоглобина имела кровь пассивного курильщика.

2. Наименьшая сатурация была выявлена у пассивных курильщиков (90%), а это значит, что именно эта группа людей получает наибольшую дозу угарного газа.

3. Концентрация монооксида углерода (CO) во выдыхаемом воздухе у пассивных курильщиков (20 ppm) гораздо выше чем у людей, курящих сигареты (17 ppm) и кальян (18 ppm), а это значит, что фильтры сигарет и кальяна незначительно, но все же уменьшают содержание угарного газа в главном потоке.

4. Концентрация монооксида углерода прямо пропорциональна концентрации карбоксигемоглобина (COHb) в крови. То есть, чем выше концентрация CO, тем выше содержание %COHb.

5. Угарный газ, накопившийся в организме в результате выкуренной сигареты или кальяна, выводится в течении 4-5 часов. А это значит, что у курящих чаще этого периода, угарный газ не выводится полностью. Соответственно у пассивных курильщиков угарный газ не выводится со временем, а лишь накапливается.

Удовика Н.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С АСТЕНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

В современном мире число больных с астенией имеет четкую тенденцию к возрастанию (65 % населения, причём женщины переживают это состояние чаще). В отличие от обычной усталости астения проявляется даже после отдыха. В доступной литературе имеются работы, указывающие на рост числа больных с астенией, в патогенезе которой определенное значение имеют вторичные иммунодефициты. Так, за последние годы изучен ряд патологических состояний, которые всецело связаны с воздействием на организм человека и иммунную систему экологически неблагоприятных факторов, среди которых особое место занимает синдром повышенной утомляемости (СПУ) (А.Ф.Возианов, Г.Н.Дранник, 1989).

Целью исследования явился анализ клинико-иммунологических показателей у женщин репродуктивного периода с наличием симптоматики СПУ, проживающих в зоне локального вооруженного конфликта, которые на данном этапе планировали беременность.

Под нашим наблюдением находилось 42 женщины (средний возраст $29,5 \pm 2,2$ года) с астенической симптоматикой, которые обратились в клинику для консультирования по вопросам прегравидарной подготовки. Из них 82% длительное время проживали в индустриально развитых регионах Донбасса с повышенным выбросом в атмосферу продуктов металлургической, химической, угольной и коксо-химической промышленности. Остальные 18% имели контакт с ядохимикатами и пестицидами (работа в теплицах, на огородах и в садах). Женщин, занимающихся умственным трудом, было 62%, длительную по времени работу с гаджетами отмечали 78,6%. На неблагоприятную психологическую атмосферу в семье указали 69% женщин. Курящих было 66,7%. Большая часть из наблюдаемых страдала хронической тазовой болью. С 2014 года работа и повседневная жизнь наблюдаемых пациенток проходила в условиях локального вооруженного конфликта, в том числе в 31% - в зоне линии разграничения боевых действий. Наблюдаемые женщины подвергались общеклиническому, гинекологическому, неврологическому и психиатрическому, аппаратно-инструментальному, гормональному обследованию. Изучалась также выраженность иммунокомплексных реакций по уровню циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови методом дифференцированной преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% растворах полиэтиленгликоля с молекулярной массой 6000 дальтон. Иммунологическое обследование проводили в динамике диспансерного наблюдения (на протяжении 1,5-2 лет).

Клиническая картина СПУ проявлялась жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, которая не ликвидировалась после сна, отпуска и отдыха, снижением настроения и работоспособности. Характерным было нарушение формулы сна, повышенная раздражительность, недостаточная концентрация внимания, эмоциональная лабильность, снижение памяти на текущие события. У 40,5% пациенток отмечалась апатия, чувство немотивированной тревоги, достигающей характера обсессивно-фобического синдрома. Обращали также на себя внимание астенический тип телосложения у таких пациенток, бледность кожи и тонкие конечности; лимфаденопатия; диспептические явления; умеренная гепатомегалия, положительные пробы Данини-Ашнера и Чермака-Геринга. В целом, у обследованных женщин с СПУ на фоне вегетативных или вегетососудистых нарушений выявлены пограничные нервно-психические расстройства (полиморфные астенические, субдепрессивные, неврастенические, ипохондрические). У 85,7% отмечено возрастание общей концентрации ЦИК в сыворотке крови, преимущественно за счет наиболее патогенных средне (11S-19S) и низкомолекулярных (<11S) их фракций. Выявленные иммунологические сдвиги коррелировали с выраженностью клинической картиной астении. Наблюдаемые пациентки, обращаясь к разным специалистам, получали разнообразное малоэффективное лечение. Поэтому, определенный интерес представляет вопрос уточнения симптоматики данного синдрома и разработки новых подходов к его лечению и медицинской реабилитации, в том числе на этапе прегравидарной подготовки.

Удовика Н.А., Акименко В.В., Серeda Л.М.

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

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Недержание мочи как патологическое состояние широко распространено во всем мире. Но лишь небольшая часть таких больных обращается в медицинские учреждения с данной проблемой, так как люди неуверенны, что медицина поможет. Лечение недержания мочи зависит от его типа, в свою очередь, диагностика типа недержания мочи - достаточно затратная и проблематичная, для региона с локальным вооруженным конфликтом. Основные специалисты, которые чаще всего в клинической практике сталкиваются с недержанием мочи, это врачи урологи и акушеры-гинекологи, что позволило выделить отдельное медицинское направление — урогинекология. В данном исследовании обобщены данные в отношении актуальности проблемы недержания мочи для конкретной профессиональной группы населения Луганской Народной Республики, проживающих в условиях локального вооруженного конфликта. Для решения поставленной задачи были проанкетированы случайных 86 сотрудников Клиники медицины катастроф (структурное подразделение Луганского республикан-

ского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф). Для этого нами была использована специальная анкета «Дрип-тест: диагностика причин недержания мочи» Врачей было-13, средних медицинских сотрудников -39, младших медицинских сестер-34. Возраст составил от 21 до 71 лет. Мужчин оказалось 11, женщин – 75. Установлено, что у 10 (13,3%) женщин из числа опрошенных выделено стрессовое недержание мочи выявлено. В таких случаях они жаловались на непроизвольную утечку мочи при напряжении брюшного пресса (при кашле или чихании, резком изменении положения тела), когда имела место недостаточность уретрального сопротивления в ответ на резкое повышение интраабдоминального давления (недостаточность замыкательного механизма уретры). Неотложное (императивное) недержание мочи (или гиперактивный мочевого пузыря – ГАМП или нестрессовое недержание мочи) по данным анкетирования выявлено лишь у 2 (2,6%) женщин из числа обследованных. При этом имела место непроизвольная потеря мочи, которой, как правило, предшествует нестерпимый позыв на мочеиспускание в любом месте, в любое время, но главное, без физического напряжения. Смешанное недержание мочи выявлено у 15 (20%) женщин и 1 (9%) мужчины, при котором комбинируются в различных сочетаниях и с различной степенью выраженности симптомы стрессового и императивного недержания мочи. Индивидуальный анализ показал, чем старше возраст больной, тем больше среди них выявляется лиц с недержанием мочи, а конкретно со смешанной формой. Показательно, что только 5 (21%) человек со смешанным недержанием мочи ранее уже обращались за медицинской помощью, тогда как другие пока нет. Так, для диагностики стрессового недержания мочи проводилась кашлевая проба и УЗИ обследование (отсутствие остаточной мочи), а для диагностики ГАМП – наличие эпизодов повелительных позывов к мочеиспусканию и никтурии. В ЛНР в условиях локального вооруженного конфликта рутинной доступности к проведению комбинированного уродинамического исследования нет. Пациентам со стрессовым недержанием мочи, которые обращались за помощью, рекомендовались: коррекция образа жизни (питьевой режим, снижение массы тела, лицам страдающим ожирением), тренировки (соблюдение пациентом заранее установленного и согласованного плана мочеиспускания) и упражнения Кегеля, эффективность которых высоко доказана и рекомендована клиническим протоколом (МКБ 10: N39.3, R32 ID: KP8/1. URL. По состоянию на 01.06.2020 на сайте МЗ РФ), а также эстриол вагинально. Одной пациентке ранее уже был установлен слинг, и сейчас она отмечают отсутствие жалоб. При нестрессовом недержании мочи назначали оксibuтинин, уросептики и также эстриол, что повышало качество жизни пациентов. В тоже время такой рекомендованный методом хирургического лечения как введение инъекции ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс в стенку мочевого пузыря в ЛНР в данный момент не применяется. Таким образом, целесообразно дальнейшее изучение проблемы распространенности недержания мочи у жителей ЛНР.

Удовика Н.А., Ерошенко О.А., Кравцева М.Д.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», филиал «Клиника медицины катастроф» ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Предоперационная железодефицитная анемия (ЖДА) ассоциируется с повышением послеоперационной заболеваемости и смертности, увеличением длительности пребывания в стационаре, ухудшением исходов лечения вне зависимости от проведения переливания крови. В тоже время своевременное выявление анемии и восполнение дефицита железа перед операцией могут привести к улучшению исходов оперативного вмешательства и сокращению затрат на ведение пациентов в послеоперационном периоде.

Целью работы явилось обобщение общих тенденций по применению рекомендованных кровесберегающих технологий (КСТ) в комплексе хирургического лечения пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК), сопровождающимися ЖДА тяжелой степени, в условиях локального вооруженного конфликта.

Для решения поставленной задачи нами ретроспективно на базе гинекологического отделения Клиники медицины катастроф был проведен анализ 29 историй болезни гинекологических больных, которые в период с марта 2020 по сентябрь 2021 года получали лечение по поводу ЖДА тяжелой степени. Возраст обследованных женщин составил 24-35 лет – 3 человека (9%), 35-45 лет – 6 (21%), 45-50 лет – 10 (35%), старше 50 лет – 10 человек (35%). Основными жалобами при поступлении были АМК на момент поступления (17 - 59%) и лабораторные признаки ЖДА тяжелой степени (Hb 70 г/л и ниже) (12 - 41%) человек. Анализ показал, что у всех пациенток АМК были хроническими. Причины АМК, приведшие к развитию постгеморрагической ЖДА, были следующими: железистая гиперплазия эндометрия (11 - 38%), в более половине случаев в сочетании с диффузным аденомиозом матки; лейомиома матки (10 - 35%); сочетание гиперпластических процессов эндометрия и миометрия – у 19 (66%), другое (ВИЧ, беременность, онкопроцесс) (5 - 17%). Уровень Hb на момент поступления колебался от 32 г/л до 70 г/л. Рекомендуемые клиническим протоколом КСТ у наблюдаемых пациенток были применены в 100% случаев, а именно: диагностика анемии в течение первого часа от момента поступления и назначение препаратов железа перорально (Fe(II) - фумарат железа, сорбифер, актиферрин, фенюльс, гематоген; Fe(III) - мальтофер, монофер, феррум ЛЕК). В 86% выполнены внутривенные инфузии Fe(III) (венофер). Всем также проведена управляемая нормоволемическая гемодилюция (раствор Рингера, 0,9% раствор натрия хлорида). Уже в течение 1-2 суток наблюдения в стационаре после уточнения диагноза (анамнез, УЗИ, исследование соскоба), в соответствии с клиническими рекомендациями, было понятно, что 16 (55%) пациентам понадобится хирургическое лечение: субмукозный рост узла матки, неэффективность гормональной терапии и рецидивы АМК при аденомиозе, сочетанная патология миометрия и эндометрия, отказ пациентки от гормональной терапии. Поэтому, наряду с применением КСТ, как этап подготовки к операции, была применена заместительная трансфузионная терапия компонентами донорской крови. Всего на 29 наблюдаемых произведено 62 гемотрансфузий эритроцитов и использовано 9 доз карантинизированный свежезамороженной плазмы (СЗП). Реакция и осложнений во время и после гемотрансфузий не отмечено. У всех пациенток уровень Hb на день операции был выше 95 г/л. Из 16 прооперированных в дальнейшем женщин, 11 (38%) была выполнена гистерэктомия и 5 (17%) – миомэктомия. Для эффективного местного гемостаза у наблюдаемых больных интраоперационно была применена гемостатическая губка, а также управляемая нормоволемическая гемодилюция (кристаллоиды и гелофузин). Во время операции дополнительных гемотрансфузий не проводилось. В послеоперационном периоде только у 1 (3,4%) уровень Hb был 80 г/л, что потребовало применения все тех же КСТ, в частности назначения препаратов железа и кристаллоидов. Все пациентки были выписаны домой без признаков тяжелой ЖДА.

Улмасова С.И., Касимов И.А., Шомансурова Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА

Актуальность. В настоящее время новая коронавирусная инфекция представляет наибольшую опасность, так как для её возбудителей обеспечивается максимальная возможность распространения всей совокупностью взаимоотношений людей в обществе. Тесные и многообразные контакты людей в современном обществе привели к высокой заболеваемости новой коронавирусной инфекцией, т.е. для этой вирусной патологии современные общественные (характер профессиональной деятельности, социальная структура, безработица, медицинская грамотность, миграция, рабочая миграция, бизнес, туризм и т.д.) оказываются наиболее адекватными.

Целью наших исследований явилась оценка некоторых социальных факторов, участвующих в поддержании эпидемического процесса новой коронавирусной инфекции в условиях г. Ташкента.

Материалы и методы: Внутригодовую динамику заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди населения г. Ташкента изучали по данным Центра санитарно-эпидемиологического благо-

получия и общественного здоровья города Ташкента за временной период от 15.03.2020 по 31.12.2020гг. При анализе результатов был использован комплекс описательно-аналитических приемов эпидемиологического метода исследования и методов медицинской статистики.

Результаты и обсуждение: Как показали результаты анализа оценки распространенности COVID-19 среди населения г.Ташкента, за период с марта по декабрь месяцы 2020 года в столице было зарегистрировано 62 518 лиц, инфицированных коронавирусом. Среди заболевших преобладали лица женского пола – 33 340 (53,3%), при этом суммарное количество инфицированных лиц мужского пола составило – 21 197 (46,7%) от общего числа больных. Среди официально зарегистрированных больных 61 807 чел были инфицированы в результате контактов в семье, общественных местах, по месту работы и т.д. и составили (98,8%) от общего числа больных. В (0,5%) случаев, т.е. 316 зараженных лиц прилетели в г. Ташкент чартерными рейсами. У 272 чел. (0,4%) фактор заражения не был выявлен; у 30 чел. (0,04%) были отмечены внутрибольничные заражения.

Следует отметить, что из общего суммарного показателя заболеваемости 140 чел (0,2%) были инфицированы в момент их нахождения в зарубежных странах с целью туризма, деловых поездок, трудовой миграции, учебы, по гостевым визам и т.д. Так, из 104 выявленных больных COVID-19, 43 чел (30,7%) были инфицированы в республике Казахстан; 20 чел (19,2%) в Российской Федерации; 12 чел (8,5%) в Республике Таджикистан; 6 (4,2 %) в Турции; 5 (3,5%) в Италии; 4 (2,8 %) в Индии; 4 (2,8%) в Англии; 2 (1,4 %) во Франции; 2 (1,4%) в ОАЭ; 1 (0,7%) в Швейцарии; 1 (0,7%) в Чехии, 1 (0,7%) в Соединенных Штатах Америки; 1 (0,7%) в Китайской Народной Республике. В данных случаях, поездка в зарубежные страны, как один из социальных факторов отражает его значение в распространении заболеваемости в г. Ташкенте. За основу этой модели социального фактора взяты транспортные, главным образом авиационные, связи между странами. Этот социальный фактор позволяет достаточно точно предвидеть эпидемическое распространение новой коронавирусной инфекции в столице.

Таким образом, получение объективной и достоверной информации о заболеваемости и роли социальных факторов в распространении новой коронавирусной инфекции, необходимо для разработки управленческих решений по осуществлению дальнейших профилактических и противоэпидемических мероприятий, ответственных за эпидемиологическое благополучие.

Федоренко А.Ю., Рудневский Ю.О., Гусев А.И., Анастасиенко Р.В.

Детский клинический центр г. Макеевки

ОТРАВЛЕНИЕ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ: ИНТЕНСИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Отравления грибами продолжают оставаться одной из актуальных проблем сегодняшней медицины. По сравнению с взрослыми дети более уязвимы при воздействии грибных токсинов, что связано с легкостью адсорбции токсикантов, высоким уровнем метаболизма растущего организма, замедленностью биохимических процессов биотрансформации, быстрым развитием нарушений водно-электролитного равновесия в результате гастроинтестинальных расстройств.

Ключевым элементом первичной профилактики отравления является запрет употребления детьми любых видов грибов. Приоритеты вторичной профилактики состоят в снижении летальности при отравлении грибами. Ее ведущими звеньями являются ранняя диагностика, выявление симптомов и синдромов избирательной токсичности и рациональная лечебная тактика. Благоприятность исхода отравления в значительной мере обусловлена своевременным началом и адекватностью терапии.

Цель исследования. Обобщить опыт организации стационарной медицинской помощи детям при подозрении на отравление грибами.

Материалы и методы. 15 случаев подозрения на отравление грибами после факта их употребления в пищу, при которых потребовалась госпитализация и лечение в условиях межрайонного отделения анестезиологии и интенсивной терапии Детского клинического центра г.Макеевки в 2015-2020 годах.

Результаты и обсуждение. В случаях подозрения на отравление дети госпитализировались для обследования, наблюдения и лечения на срок не менее 3 суток (72 часов) от момента употребления в пищу грибов. У всех пациентов гастроинтестинальные расстройства различной степени выраженности были обусловлены функциональными нарушениями пищеварения, связанными с употреблением в пищу съедобных (чаще приобретенных в торговой сети) и условно-съедобных грибов (собранных в лесопосадках, во дворах).

По истечении 72 часов на фоне проведенного комплексного лечения (гастроэнтеросорбция, инфузионная дезинтоксикационная; антидототерапия – тиоктовая кислота, препараты силимарина; антигипоксанты – цитофлавин; антибиотики – цефтриаксон и пр.) отмечалась регрессия «резиноидных» проявлений, стабильность биохимических показателей. Диагноз отравления грибами был снят у всех пациентов, и они были выписаны на участок под наблюдение педиатров.

Выводы. Учитывая возможность позднего появления первых признаков отравления грибами токсинами с длительным латентным периодом (более 6 часов) и высокую летальность при отравлении гепато-нефротоксическим ядом, целесообразна как можно более ранняя госпитализация в отделение интенсивной терапии ребенка детей с анамнестическими данными о употреблении в пищу дикорастущих грибов. Это необходимо для интенсивного наблюдения и проведения профилактического лечения антидотными и гепатопротекторными препаратами.

Лица, употреблявшие грибы в пищу вместе с пострадавшими, также подлежат наблюдению. Им следует провести санацию пищеварительного тракта (промывание желудка, применение энтеросорбентов, ускорение опорожнения кишечника) даже при отсутствии у них клинических признаков отравления.

Настороженность медицинских работников в отношении вероятного отравления грибами токсинами гепато-нефротропного действия позволяет в ранние сроки распознать тяжелые отравления, а потому снизить летальность и инвалидизацию пострадавших.

Филахтов Д.П., Пащенко А.А., Шаповалов А.С.

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

Актуальность

Дермоидные кисты и тератомы – новообразования которые возникают в процессе нарушенного эмбриогенеза и содержат ткани, которые совершенно несвойственны средостению. В большинстве случаев протекают бессимптомно, и трудно диагностируются на раннем этапе развития. Эти новообразования составляют 2-7% всех опухолей человека.

Цель

Демонстрация случая успешного лечения пациента с гигантским новообразованием переднего средостения.

Результаты работы

Пациент 3. 37 лет, поступил в клинику торакальной хирургии ДОКТМО 04.08.21г. с жалобами на одышку в покое, общую слабость, давящую боль в правой половине грудной клетки. Данные проблемы впервые возникли в 2006г., ранее находился на лечение в торакальном отделении, от оперативного лечения на тот момент отказался, в дальнейшем периодически проходил рентгенологическое обследование, с отрицательной динамикой.

Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких дыхание жесткое, справа в нижних отделах не выслушивается. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 78 в минуту.

Диагноз при поступлении: новообразование переднего средостения. Тератома?

Компьютерная томография: в грудной полости, больше справа, визуализируется массивное неоднородное образование, размерами 20,2х30,5х18,8см, жидкостной и жировой плотности, с плотной капсулой, исходящее вероятно из средостения. При этом средостение несколько смещено, средняя и нижняя доли правого легкого сдавлены, уменьшены в объеме.

Операция: передне-боковая торакотомия справа, в 4 межреберье. В плевральной полости гигантское новообразование (20х30см), исходящее из переднего средостения, распространяется до яремной вырезки грудины и занимающая всю правую плевральную полость, плотно спаянная с легким, грудной стенкой и диафрагмой. Правое легкое в ателектазе. С выраженными техническими трудностями опухоль мобилизована, для чего пришлось резецировать 5,6 ребра и выполнить атипичную резекцию нижней и средней долей легкого. В процессе мобилизации вскрыт просвет новообразования – выделилось более 5 литров мутного отделяемого с желтым густым детритом и волосами. Тупо и частично острым путем, с выраженными техническими трудностями опухоль поэтапно мобилизована в средостении и контрлатеральной плевральной полости, отделена от магистральных сосудов средостения (плечеголовые вены, дуга аорты, плечеголовые, сонные и подключичные артерии), правого предсердия и перикарда, удалена. Патогистологическое исследование препарата: зрелая тератома (дермоидная киста).

Диагноз заключительный: гигантская зрелая тератома (дермоидная киста) переднего средостения.

Находился на лечении с 04.08.21г. по 01.09.21г., послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 3 и 6 сутки, швы сняты на 10 сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Данный клинический случай продемонстрировал с какими техническими трудностями можно столкнуться при удалении столь огромной тератомы, и при выявлении новообразования на раннем этапе, единственным успешным и безопасным вариантом лечения является оперативное удаление.

Филимонов Д.А., Белоцерковская М.А., Трубникова Н.Н., Федорова А.А., Рыбалка Н.Ф.

Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К.Гусака МЗ ДНР

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛНОГЕНОМНОГО ПОИСКА АССОЦИАЦИЙ (GWAS) В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Полногеномный поиск ассоциаций (GWAS) – метод выявления генетических локусов, связанных с общими заболеваниями или признаками. Активное распространение подобных исследований в последние 10 лет можно объяснить рядом факторов. Во-первых, это увеличение популярности, доступности и снижение стоимости полногеномного секвенирования. Во-вторых, активно идет процесс разработки статистических методов обработки результатов проведенных ранее GWAS-исследований. Бурное развитие этого направления привело к созданию больших хранилищ генетических вариаций человека, что открыло огромные возможности для их дальнейшего анализа.

GWAS включает анализ, по крайней мере, сотен тысяч геномных вариантов в больших когортах людей, часто разделенных на случай и контроль, для выявления тех, которые связаны интересующим признаком. В качестве инструментов в GWAS используются изменения одиночных нуклеотидов, которые обычно определяются как однонуклеотидные полиморфизмы (SNP), если их частота в популяции > 1%, и как однонуклеотидные варианты (SNV), если их частота составляет <1%. SNP и SNV идентифицируются в базе данных dbSNP Национального центра биотехнологической информации (NCBI) по номеру «rs».

Обычно в свободном доступе публикуется сводная статистика GWAS, включающая такую информацию, как отношение шансов (OR) / размер эффекта (бета), стандартная ошибка (SE), р-значения и размеры выборки случай / контроль для каждого анализируемого SNP.

Довольно часто в общем доступе размещаются только статистически значимые результаты. Для ряда исследований сводные данные доступны только «по запросу». Полные сводные данные доступ-

ны для тысяч фенотипов, но перед использованием они должны быть проверены на наличие ошибок, преобразованы в стандартизированные форматы.

Доступ к большому количеству суммарных статистик предоставляют такие крупные ресурсы, как GWAS Central (<https://www.gwascentral.org>) и GWAS Catalog (<https://www.ebi.ac.uk/gwas/>). Доступность суммарных статистик GWAS вызвала большой интерес к разработке методологий, направленных на эффективное использование таких записей для получения как можно большего объема информации. Разработаны аналитические и вычислительные подходы, которые объединяют результаты из нескольких наборов данных GWAS и помогают выявить новые причинно-следственные связи между заболеванием и фактором риска, предположить плеiotропию, предложить новые локусы и пути. К таким подходам относится мендельская рандомизация. Для проведения анализа результатов GWAS была разработана платформа MR-Base, которая объединяет базу данных результатов GWAS, веб-приложение и пакеты R, которые автоматизируют анализ. Также доступны дополнительные пакеты R для MR от других исследователей, в том числе MendelianRandomization, RadialMR, MR-PRESSO и mr.raps.

У GWAS-исследований есть ряд ограничений. Так, накопленные к данному моменту результаты показывают, каждый конкретный генетический маркер оказывает весьма скромный эффект, и все вместе они объясняют только небольшую часть наблюдаемой фенотипической изменчивости. Предполагается, что большинство вариантов, идентифицированных GWAS, не сами влияют на исследуемый признак, а маркируют область неравновесного сцепления, содержащую один или несколько функциональных вариантов. Тем не менее, с помощью GWAS были идентифицированы воспроизводимые геномные локусы, связанные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, воспалительными заболеваниями кишечника, диабетом 2 типа, раком груди. Интегрирование результатов GWAS с другими данными и методами исследований предоставляет потенциальную возможность для изучения биологических механизмов, лежащих в основе развития распространенных патологий.

Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Федорова А.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Ереско А.Б., Муратов А.В., Войташ А.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ГУ «Институт физико-органической химии и углехимии им. Л.М.Литвиненко»

ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА РАЗЛИЧНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО АПОПТОЗА: ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ТИПУ МЕНДЕЛЬСКОЙ РАНДОМИЗАЦИИ

Актуальность. Одним из современных и стремительно развивающихся направлений в лечении ряда заболеваний является молекулярно-прицельная (таргетная) терапия, основанная на селективном воздействии на различные компоненты иммунной системы, пути меж- и внутриклеточного сигнализации, влиянии на механизмы апоптоза. В то время, как в лечении онкологических и аутоиммунных заболеваний данная терапия успешно демонстрирует свою эффективность, в терапии cerebrovasкулярных заболеваний эффективность данного подхода не изучена. Ранее в ходе экспериментальных и клинических исследований было показано влияние уровня трийодтиронина на исходы ишемического инсульта, однако механизмы данной ассоциации не ясны, при этом предполагается возможность воздействия тиреоидных гормонов на различные про- и антиапоптогенные клеточные системы.

Цель исследования: идентифицировать возможную взаимосвязь между гипотиреозом и циркулирующими маркерами системы апоптоза.

Материалы и методы. Для исследования влияния гипотиреоза на циркулирующие маркеры апоптоза был выбран метод мендельской рандомизации – технологии, позволяющей использовать генетические вариации в качестве прокси-переменных. Однонуклеотидные вариации, ассоциированные с гипотиреозом, были извлечены из базы UKBiobank при помощи системы MRBASE (код МКБ-10 E03.9). Инструменты (однонуклеотидные вариации), ассоциированные с циркулирующими белками системы апоптоза были извлечены при помощи системы IUE OpenGWAS из проекта «Геномный ат-

лас протеома плазмы» (B.B.Sun et al., 2018), включающего данные 1927 генетических ассоциаций с 1478 белками плазмы. На основании данных предыдущих исследований в качестве маркеров апоптоза были выбраны: MAPK2, Bcl-2, MAPK5, Apoptosis regulator Bcl-2, p53 и DNA damage-regulated protein 1, Tumor protein p53-inducible protein 11, Bcl-2-likeprotein 1, Bcl2-associated agonist of cell death, Apoptotic protease-activating factor 1, Bcl-2-likeprotein 2, Apoptosis-inducing factor 1 (mitochondrial). Исследование проводилось с использованием библиотеки TwoSampleMR.

Результаты. После исследования извлеченных инструментов на нарушение равновесия сцепления были отобраны 35 независимых однонуклеотидных вариаций ($r^2 < 0.001$), достигающих полигенной значимости ($p < 10e-6$) и связанных с гипотиреозом. В ходе анализа выявлена связь гипотиреоза с уровнем BCL-2-ассоциированного агониста клеточной смерти ($\beta = 3,7488$, $p = 0,03594$), а также с уровнем индуцирующего апоптоз митохондриального фактора 1 (apoptosis-inducing factor 1, mitochondrial, $\beta = 1,953$, $p = 0,02993$). BCL-2-ассоциированный агонист (промоутер) клеточной смерти относится к системе апоптоза BCL-2 и является инициатором апоптогенных путей сигнального.

Выводы. В ходе исследования выявлена статистическая взаимосвязь между гипотиреозом и увеличением в плазме проапоптогенных протеинов. Полученные данные свидетельствуют о возможном антиапоптогенном действии тиреоидных гормонов, а также позволяют идентифицировать новые мишени для селективного воздействия, в том числе при острой церебральной ишемии.

Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Попандопуло Ал.Г.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

МЕНДЕЛЕВСКАЯ РАНДОМИЗАЦИЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ МЕТОД В МЕДИЦИНЕ

В последнее десятилетие в зарубежной литературе наблюдается увеличение числа публикаций с использованием менделевской рандомизации (MR) – аналитического вычислительного метода, основанного на использовании генетических вариантов как инструментальных переменных для определения того, зависит ли исход заболевания от конкретных факторов (например, способа лечения, метаболических или биохимических характеристик организма и т.д.). Основываясь на природе изучаемого промежуточного фенотипа и биологической достоверности генетических вариантов, используемых для оценки причинных эффектов, можно выделить три категории MR-исследований.

1. Валидизация потенциальных мишеней для лекарственных средств. Некоторые из промежуточных фенотипов обусловлены небольшим числом ключевых кодирующих или функционально значимых локусов близкой локализации (например, С-реактивный белок, билирубин, IL-6). MR-исследования таких генетических вариантов дают возможность определять наиболее перспективные препараты для воздействия на конкретные мишени, а также избегать развития побочных эффектов. Так, например, рецептор IL-6 может быть заблокирован моноклональным антителом, разработанным для лечения ревматоидного артрита (тоцилизумаб). Но поскольку вариант в области гена IL6R в MR-исследованиях показывает связь с риском ишемической болезни сердца, то целесообразно также опробовать применение тоцилизумаба в исследованиях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (Ridker P.M., 2014).

2. Изучение сложных промежуточных фенотипов. Многие промежуточные фенотипы находятся под влиянием нескольких генетических вариантов (индекс массы тела, артериальное давление, рост). В таком случае проводят MR-исследования, основанные на анализе большого количества генетических вариантов в разных генетических областях. Эти варианты могут быть взяты в полногеномных исследованиях (GWAS), но биологические пути, связывающие каждый вариант с промежуточным фенотипом, могут быть неизвестны. Если несколько различных независимых генетических вариантов предполагают одно и то же направление причинного эффекта, и если общий статистический результат не зависит только от одного или двух вариантов, то вывод о причинном воздействии наиболее

достоверен. В этих случаях цель MR-исследования заключается не только в том, чтобы дать окончательный ответ, обусловлен ли промежуточный фенотип теми или иными генетическими вариантами, но и определить механизмы, связывающих фенотип с исходом.

3. Третья категория MR-исследований представляет собой автоматический анализ поиска ассоциаций между целым рядом факторов риска и исходами заболевания, полученных в широкомасштабных исследованиях GWAS, целью которого является ответ на вопрос, коррелируют ли общие генетические предикторы с исследуемыми фенотипами и исходами. Обнаруженные ассоциации могут оказаться спекулятивными, но статистическая мощность обнаружения причинного эффекта в таких исследованиях выше. Сегодня с помощью генетических инструментов изучается влияние широкого спектра промежуточных фенотипов на исход различных заболеваний (например, влияние потребления кофе на развитие метаболического синдрома (Nordestgaard A.T. et al.) или влияние тестостерона на развитие кардиоваскулярной патологии (Gong J Zubair N et al.) и др.).

Так, при поиске генетических инструментов в базе GWAS catalog по запросу «DIO2» нами было обнаружено 62278 однонуклеотидных полиморфизмов (SNP), из которых для MR-анализа полностью подходили три. Поиск ассоциаций между ними и исходами ишемического инсульта из базы GISCOME позволил обнаружить, что SNP rs11846182 ассоциирована с инсультом в малых сосудах головного мозга ($p=0,067$). Таким образом, MR-исследования предоставляют огромный выбор инструментов для поиска причинных эффектов широкого спектра заболеваний.

Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Ересько А.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К.Гусака Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

УВЕЛИЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ДЕЙОДИНАЗЫ 2 ТИПА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ АССОЦИИРОВАНО С УМЕНЬШЕНИЕМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА

Актуальность. В течение последних лет накоплены клинично-экспериментальные данные о потенциальных нейропротекторных эффектах различных эндогенных соединений, таких как эритропоэтин, фактор роста фибробластов, мочевая кислота и др. Отдельный интерес представляют тиреоидные гормоны, которые благодаря различным геномным и негеномным механизмам обладают широким спектром нейротропных эффектов. Изучение возможности терапевтического применения данных механизмов при ишемическом инсульте с целью улучшения функциональных исходов представляет собой важную задачу для фундаментальных исследований. Однако многие аспекты биологической активности тиреоидных гормонов и их метаболитов, такие как роль экспрессии генов, кодирующих дейодиназы, в головном мозге остаются неизученными. Одним из перспективных методов анализа воздействия экспрессии различных генов на определенные исходы (риск и тяжесть инсульта) является менделевская рандомизация с использованием суммарных статистических данных GWAS-исследований.

Материалы и методы. Инструменты (однонуклеотидные вариации), ассоциированные с экспрессией генов дейодиназ в головном мозге, были извлечены из базы данных проекта Genotype-Tissue Expression (GTEx). Проект включает в себя суммарные данные РНК-секвенирования 1641 образца из 43 различных тканей, полученных путем биопсии от 173 пациентов. Однонуклеотидные вариации, связанные с риском инсульта, полученные в ходе исследований консорциума MEGASTROKE были извлечены из крупнейшего каталога GWAS-исследований IEU OpenGWAS отдела интегративной эпидемиологии Бристольского университета отдельно для каждого подтипа ишемического инсульта (инсульт в бассейне крупной артерии: ebi-a-GCST005840, кардиоэмболический инсульт: ebi-a-GCST006910, лакунарный инсульт: ebi-a-GCST005841). Оценка связи однонуклеотидных вариаций с риском инсульта рассчитывалась методом Вальда. Статистический анализ проводился с применением библиотеки TwoSampleMR и пакета RStatisticalSoftware.

Результаты. После исследования извлеченных инструментов на нарушение равновесия сцепления была отобрана одна независимая однонуклеотидная вариация (rs11625485, $r^2 < 0,001$), достигающая полигенной значимости ($p < 10e-6$) и связанная с экспрессией гена DIO2 в мозжечке. Анализ менделевской рандомизации продемонстрировал связь данной однонуклеотидной вариации с риском развития лакунарного ишемического инсульта ($\beta = -0.10752$, $p = 0.009936402$). Относительный риск развития лакунарного инсульта составил 0,89 (95% ДИ 0,82 – 0,97), при увеличении экспрессии DIO2 на 1 TMP (1 транскрипт на 1 миллион) риск развития лакунарного инсульта снижается на 11%. Полученные результаты коррелируют с другими исследованиями, в частности, Т.Н. Lee и соавт. в 2017г. продемонстрирована связь экспрессии гена DIO2-AS1 (кодирующего антисмысловую РНК дейодиназы 2) и риска инсульта, связанного с болезнью мелких сосудов.

Выводы. В ходе исследования выявлена статистическая взаимосвязь между увеличением экспрессии в головном мозге гена, кодирующего дейодиназу 2 типа и снижением риска лакунарного инсульта. Полученные данные свидетельствуют о потенциальных нейро- и ангиопротекторных эффектах дейодированных форм тиреоидных гормонов в центральной нервной системе.

Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Кустов Д.Ю.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького»

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ИНТЕГРИРУЮЩИЕ ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС С ИСХОДОМ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Тиреоидные гормоны известны своим широким спектром биологических эффектов, среди которых особое практическое значение имеют нейротропные. Изучение их потенциального терапевтического использования при ишемическом инсульте (ИИ) представляет важную задачу для фундаментальных исследований. Однако механизмы, посредством которых реализуются данные эффекты, до сих пор не ясны. Мы предположили возможность существования общих генетических вариантов, оказывающих влияние как на показатели тиреоидного обмена, так и на исходы ИИ. Для поиска таких ассоциаций использовали менделевскую рандомизацию, основанную на данных GWAS-исследований.

Инструменты (однонуклеотидные полиморфизмы, SNP), ассоциированные с показателями тиреоидного обмена, были извлечены из базы данных GWAS Catalog с использованием программного обеспечения RStudio. По запросу «Thyroid» было обнаружено 118126 SNP. Исходы инсульта (риск и тяжесть) извлекали из базы данных GISCOME (Genetics of Ischaemic Stroke Functional Outcome network), содержащего данные 12 полногеномных исследований, проведенных Международным консорциумом генетики инсульта (International Stroke Genetics Consortium) и инициативой Stroke Genetics Network Национального института неврологических заболеваний (США). В результате было выявлено 6 SNP, ассоциированных как с исходом ИИ, так и с тиреоидной функцией.

1. rs4445669 – не кодирующий 3'-UTR вариант гена CADM1 (11q23.3), кодирующего белки развития, фосфолипиды. Участвует в процессах сперматогенеза, клеточной адгезии).

2. rs2546433 – интрон гена OR2V2 (5q35.3), кодирующего ольфакторные серпантинные рецепторы GPCR, структура которых сходна со структурой многих рецепторов нейротрансмиттеров и гормонов. Оба SNP (rs4445669 и rs2546433) ассоциированы со снижением сывороточного уровня тиреотропного гормона (ТТГ).

3. rs11675434 – не кодирующий транскрипт вариант экзона гена TPO, кодирующего тиреопероксидазу (ТПО)(2p25.3). SNP ассоциирован с повышенным уровнем антител к ТПО.

4. rs12045440 – интрон гена CAPZB, кодирующего белки, которые связываются с быстрорастущими концами актиновых филаментов, тем самым блокируя обмен субъединиц на этих концах. (1p36.13). Ассоциирован данный SNP с гипотиреозом.

5. rs10192064 – интрон гена PRKCE, кодирующего протеинкиназу C эпсилон-типа (2p21). Этот фермент играет важную роль в защите миокарда от ишемического повреждения и в развитии кардио-

гипертрофии. Обнаруженный SNP ассоциирован со снижением уровня свободного трийодтиронина в сыворотке крови.

6. rs6834538 – интрон гена ZGRF1 (4q25). Продукт экспрессии данного гена локализуется в ядре клетки и способствует восстановлению ДНК, стимулируя гомологичную рекомбинацию. SNP ассоциирован со снижением в сыворотке свободного тироксина.

Необходим дальнейший статистический анализ роли данных SNP в развитии и исходе ИИ, однако уже обращает на себя внимание тот факт, что затронутые гены расположены по всему геному и являются преимущественно регуляторными, т.е. предполагаемый механизм влияния тиреоидных гормонов на ИИ является сложным, опосредованным и многоуровневым. Хотя отдельные SNP (например, rs10192064), по-видимому, могут играть значимую роль как в развитии ИИ, так и в формировании тиреоидного статуса.

Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Носова И.Н.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

МЕНДЕЛЕВСКАЯ РАНДОМИЗАЦИЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИННЫХ ЭФФЕКТОВ В МЕДИЦИНЕ

Менделевская рандомизация (MR) - метод использования измеренных вариаций в генах с известной функцией для изучения причинного эффекта модифицируемого воздействия на заболевание в обсервационных исследованиях. Этот термин был впервые предложен Греем и Уитли в 1991 году для метода, позволяющего объективно оценить эффекты лечения рака в рамках наблюдения с семейным дизайном. В MR-исследованиях генетические варианты используют для того, чтобы обнаружить, согласуется ли наблюдаемая ассоциация между фактором риска и исходом с причинным эффектом (показателем силы взаимосвязи между генетическими вариантами и фенотипической изменчивостью).

Феномен этот основан на естественном расхождении генов при мейозе, которое обеспечивает случайное распределение генетических вариантов в популяции. Одни индивидуумы от рождения наследуют генетический вариант, влияющий на фактор риска, другие – нет. Поскольку эти генетические варианты, как правило, не связаны с искажающими факторами, различия в исходе заболевания между носителями этого варианта и теми, у кого его нет, можно отнести к разнице во влиянии самого фактора риска.

Изначально в MR включали единственный генетический вариант и оценивали причинную связь модифицируемого промежуточного фенотипа с исходом в единственной выборке, однако последовавшее вскоре широкое распространение в открытом доступе данных полногеномных поисков ассоциаций (GWAS) позволило нарастить мощность MR-исследований за счет следующего:

1. Значительное увеличение размера выборки. Интернет-ресурсы с данными GWAS с большими объемами выборок доступны для анализа по многим фенотипическим признакам и исходам болезней (GWAS Catalog, GWAS Central и др.).

2. Использование множественных генетических вариантов. Для ряда промежуточных фенотипов в MR-исследованиях результаты GWAS помогли идентифицировать множественные генетические варианты, способствующие изменчивости фенотипа.

3. Проведение MR по двум выборкам. Это стратегия дизайна, при которой генетические ассоциации с фенотипом и исходом берутся из отдельных выборок. При условии, что образцы взяты из одной и той же основной популяции (например, в пределах одной этнической группы), достоверные причинно-следственные оценки могут быть получены, даже если сопутствующие данные о генетических вариантах, промежуточном фенотипе и исходе заболевания каждого конкретного пациента остаются недоступными. Более того, такие оценки могут быть получены на основе обобщенных данных, а не данных, полученных на индивидуальном уровне. Это позволяет эффективно оценивать причинно-следственные связи в выборках больших размеров без использования данных конкретных

лиц. Поскольку фенотип и результат в MR по двум выборкам не нужно оценивать на одних и тех же лицах, генетические ассоциации с фенотипом и исходом могут быть взяты из разных баз данных, что потенциально значительно увеличивает мощность по сравнению с MR по одной выборке.

За последнее десятилетие с помощью GWAS была исследована наследуемость многих сложных признаков. По большей части, эффекты, связанные с распространенными в популяции генетическими вариантами, оказались незначительными. Но даже варианты со скромными размерами эффекта предоставляют возможности для исследования потенциально новых причинно-следственных связей с использованием MR, особенно с учетом разработки новых статистических инструментов для обнаружения и корректировки эффекта плейотропии.

Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В., Нестеров Н.А., Белецкий С.Г.

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

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

В ходе контртеррористической операции российских войск на Северном Кавказе в 1994-1996 гг. и 1999-2002 гг. окончательно сложилась система двухэтапного лечения раненных, которая была названа ранняя специализированная хирургическая помощь. В РФ эвакуация раненных и пострадавших осуществлялась путем авиатранспорта (самолеты и вертолеты), что в условиях Донбасса невозможно. Вместе с тем, развитая транспортная сеть ДНР, рабочая инфраструктура, наличие мегаполиса рядом с линией боевых действий, позволяют экстраполировать этот опыт и в условиях локального военного конфликта на Донбассе, т.е. реализовать систему ранней специализированной хирургической помощи.

В работе приведены данные о лечении пострадавших во время вооруженного конфликта. Раненные и пострадавшие находились на лечении в ожоговом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР. Проводился ретроспективный анализ следующих параметров: скорости доставки пострадавших в специализированное отделение, этапность эвакуации, длительность лечения, количество операций, исход лечения. При анализе историй болезней авторы не выделяли в отдельные категории военнослужащих и гражданских лиц. Было проанализировано 597 историй болезней. Все поступившие в ожоговое отделение раненные и пострадавшие были разделены на две группы – основную и группу сравнения. В основную группу больных вошли те пациенты, которые сразу были госпитализированы в ожоговое отделение ИНВХ, их количество составило 343 человека, в группу сравнения вошли пострадавшие, доставленные из лечебных учреждений ДНР с соблюдением принципа этапности лечения. Их количество составило 254 человека.

Средний возраст составил 39,2 года. В основной группе 39,1 лет, в группе сравнения 39,3 года. Мужчин было 485 человек (81,2%), женщин 112 человек (18,8%). Статистически достоверной разницы по гендерному признаку и по наличию сопутствующей патологии в группах больных не выявлено, $p=6,0$.

Основную часть пострадавших составили раненные с комбинированными и сочетанными травмами – 309 пациентов (51,8%), в основной группе – 206 (60,1%) пострадавших, в группе сравнения – 103 (40,6%) больных.

Средние сроки доставки в основную группу больных и в группу сравнения были различны. Скорость доставки пострадавшего непосредственно в ожоговое отделение ИНВХ колебалась от 1 часа до 14 суток, в среднем – 43 часа. В группе сравнения этот показатель колебался от 1 часа до 1 месяца, в среднем скорость доставки пострадавшего по этапу эвакуации составила 285 часов (12 суток). По тяжести состояния группы поступивших больных были репрезентативны. В основной группе больных среднее количество операций составило 1,6, в группе сравнения – 2,4 операции на человека, при этом количество операций колебалось от 1 до 12. В основной группе больных среднее пребывание на койке составило 18,7 суток, в группе сравнения – 28,3 суток. В основной группе больных количество

осложнений составил 49,6%, в группе сравнения – 59,8%, что неизбежно влекло за собой и увеличение количества операций, и увеличение длительности пребывания больного в стационаре.

В основной группе больных 315 больных (92%) были выписаны на амбулаторное лечение, 28 больных (8%) были инвалидизированы. В группе сравнения 195 больных (76%) также были выписаны на амбулаторное лечение, инвалидизирован был 61 больной (24%).

При ретроспективном анализе были выделены причины поздней доставки пострадавших в специализированное отделение: медицинские – нетранспортабельность больных, крайне тяжелое состояние; социальные – наличие транспортной блокады, отсутствие транспорта, возможность обстрела при транспортировке, некачественная сортировка раненных; гуманитарные – дефицит подготовленных кадров в городах и районах, отсутствие возможности обучения врачей.

В ходе выполненного анализа работы ожогового отделения ИНВХ им. В.К. Гусака можно прийти к следующим выводам: срок доставки пострадавшего в специализированный центр является одним из наиболее важных прогностических критериев исхода лечения; ранняя, своевременная госпитализация раненных и пострадавших в специализированный центр, возможно раннее хирургическое лечение, ведет к снижению количества выполняемых операций в 2 раза, сокращению сроков стационарного лечения в 1,5 раза, снижению уровня инвалидизации в 3 раза.

Фоменко С.А., Макулова А.И., Маштак Н.А., Тукобаев Г.П., Тарбеева О.М., Абасеева Т.Ю.

ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», г. Москва

ЦЕНТР НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

Острое почечное повреждение развивается у 30% новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), значительно усложняя лечение и увеличивая летальность и длительность пребывания в отделении реанимации. По литературным данным 0,5-1,5% из всех пациентов ОРИТН нуждаются в проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ).

Центр неонатальной нефрологии и диализа – первый в России специализированный центр, созданный для оказания помощи новорожденным с острым повреждением почек (ОПП) и хронической болезнью почек (ХБП) г. Москвы, начал свою работу в конце 2019г. В центре функционирует выездная бригада, состоящая из анестезиолога-реаниматолога и хирурга. В случае нетранспортабельности пациента, и необходимости в старте ЗПТ, бригада выезжает и обеспечивает старт диализа на месте. После стабилизации состояния для дальнейшего лечения новорожденный переводится для долечивания в ДГКБ №9 им Г.Н. Сперанского.

Цель работы: проанализировать опыт работы центра неонатальной нефрологии и диализа.

Материалы и методы: был проанализирован опыт лечения 221 пациента центра, из них для 130 детей получали консервативную терапию, 91 пациент потребовали проведения диализа. С ХБП 11 были % новорожденных, остальные с ОПП (89%). Показания к старту диализа были стандартными согласно проекту клинических рекомендаций по лечению ОПП у новорожденных (2019, 2021гг). Вес пациентов составлял от 470 до 5500 г. Срок гестации от 23 до 42 недель.

В связи с тяжестью состояния - старт ЗПТ у 87% пациентов начинали в условиях родильного дома или перинатального центра. Из видов ЗПТ мы использовали классический перитонеальный диализ (ПД) у 52 новорожденных, проточную модификацию ПД у 26, продолженный вено-венозный гемодиализ (ПВВГД) у 5. Смены вида ЗПТ потребовалась у 8 пациентов.

Результаты: до 2020г. летальность среди больных нуждающихся в проведении ЗПТ, по данным центра гравитационной хирургии крови и гемодиализа ДГКБ им. св.Владимира, у недоношенных детей составила из 10 детей - 100%, у доношенных из 25 детей – 60%. За время существования центра, у недоношенных из 94 пролеченных детей умерло 58(61.7%) а среди доношенных летальность составила 30% (33 из 127).

Таким образом: своевременный централизованный подход к лечению ОПП позволил практически в 2 раза уменьшить самый главный показатель эффективности проводимой работы – летальность.

Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С КАРДИОФАСЦИОКОЖНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ГОРОДА ДОНЕЦКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).

Актуальность: Кардиофациокожный синдром (CFC syndrome) – редкое генетическое заболевание, характеризующееся врожденной патологией сердца, нарушением структуры костей черепа, кожной патологией и задержкой развития. CFC-синдром обусловлен мутациями генов KRAS, BRAF, MAP2K1 и MAP2K2, большинство из них возникают de novo. CFC-синдром возникает спорадически и относится к группе похожих по патогенезу заболеваний – RAS-патий.

Цель исследования: проанализировать случай редкой генетической патологии кардиофасциокожного синдрома и возможности реабилитации на примере конкретного пациента.

Материалы и методы: Пациент В. 9 лет проходил реабилитационное лечение в республиканском клиническом центре нейрореабилитации г.Донецка с диагнозом: кардиофасциокожный синдром 4 тип. Тип наследования аутосомно-доминантный. Аномалия развития головного мозга в виде фокальной корковой дисплазии с нижним парепарезом, снижением когнитивных функций. Дизартрия. Множественные пигментные невусы. Контрактуры суставов верхних и нижних конечностей. Нарушение осанки по кифотическому типу. Частичная атрофия зрительных нервов. Диагноз подтвержден методом молекулярно-генетического исследования: секвенирование экзона (Геномед)-в гене MAP2K2 в гетерозиготном состоянии выявлен нуклеотидный вариант chr19:4110559 A>G (c.400T>C, p.Tyr134His). Заболевания ассоциированные с геном: Cardiofaciocutaneous syndrome 4 (615280) AD. Жалобы на момент поступления: нарушение походки, деформацию правой стопы, нарушение манипулятивной функции кистей рук, снижение памяти, нарушение произношения, повышенную утомляемость. В центре ребенок получал следующее лечение: массаж с акцентом на укрепление мышц спины и нижних конечностей, гидрокинезиотерапию, синглетно-кислородную терапию, магнитотерапию, занятия с психологом, логопедом. Курс реабилитации длился десять дней, в результате проведенной терапии мальчик выписан с положительной динамикой в виде уменьшения проявлений астенического синдрома, нормализации мышечного тонуса в нижних конечностях, улучшении произношения. Назначен повторный курс лечения через три месяца.

Выводы: Мы наблюдали очень редкий случай генетического заболевания – кардиофациокожный синдром. Возможность реабилитации детей с такой патологией представляет не только клинический, но и научный интерес.

Фролов С.С., Золото Е.В.

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ М. ГОРЬКОГО

Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ РАВНОПРАВНЫХ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Почти одна пятая (17,5%) жителей мира - это подростки (то есть люди в возрасте 10–19 лет), а в наименее развитых странах эта группа составляет еще большую долю (23%) населения.

За последние 50 лет здоровье подростков улучшалось медленнее, чем здоровье детей младшего возраста. Отчасти это связано с тем, что на ранних сроках беременности существует высокий риск серьезных осложнений, а также потому, что примерно 40% всех новых случаев ВИЧ-инфекции происходит у людей в возрасте от 15 до 24 лет. Молодые люди нуждаются в услугах, которые поддерживают их физиологический, когнитивный, эмоциональный и социальный переход во взрослую жизнь

В соответствии с Глобальной консультацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), службы репродуктивного здоровья (СРЗ) для подростков должны быть направлены на достижение трех целей: (1) обеспечить благоприятную среду, (2) улучшить знания в области репродуктивного здоровья, отношение к ним, навыки и поведение, и (3) увеличить использование медицинских и связанных с ними услуг.

Необходимо решить задачи:

1. Улучшить доступ подростков и качество дородового наблюдения, родовспоможения, послеродового ухода и ухода за новорожденными, чтобы предотвратить материнскую смертность и заболеваемость среди подростков и предотвратить передачу ВИЧ от матери ребенку.
2. Улучшить доступ подростков к контрацепции, включая экстренную контрацепцию, чтобы уменьшить нежелательную беременность.
3. Предотвращать и смягчать насилие по признаку пола для сокращения нежелательной беременности и небезопасных аборт среди подростков.
4. Улучшить тестирование, лечение и уход в связи с ВИЧ, чтобы снизить бремя болезни среди подростков.
5. Предотвратить небезопасный аборт и улучшить доступ к медицинской помощи после аборта, чтобы снизить материнскую заболеваемость и смертность среди подростков.
6. Улучшить стратегии интеграции планирования семьи и борьбы с ВИЧ / СПИДом для расширения доступа к контрацепции для предотвращения нежелательной беременности, снижения показателей ВИЧ и МТСТ и предотвращения небезопасных абортов среди подростков.
7. Улучшить доступ подростков к мероприятиям по профилактике, диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВПЧ, с целью снижения уровня передачи и предотвращения текущей и будущей заболеваемости и смертности.

Появляется все больше свидетельств того, что молодые подростки получают пользу от всестороннего сексуального образования, которое помогает им принимать осознанные решения и быть равноправными партнерами в отношениях [2]. Принимая во внимание факты, свидетельствующие о том, что рассмотрение гендерных и властных отношений в рамках комплексных программ сексуального образования связано с улучшением результатов в области сексуального и репродуктивного здоровья [3], важно, чтобы такие программы содержали четкое содержание гендерных норм, начиная с детства и продолжая в подростковом возрасте.

Фролов С.С., Чурилов А.В., Чурилов А.А.

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

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОКРАЩЕНИЕ НЕНУЖНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У МОЛОДЫХ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенным эндокринным заболеванием, которым страдают от 8 до 13% женщин репродуктивного возраста и от 6 до 18% девочек-подростков (10-19 лет, критерии ВОЗ). Диагноз СПКЯ в подростковом возрасте является одновременно спорным и сложным из-за перекрытия нормальных физиологических изменений в период полового созревания, т.е. нерегулярных менструальных циклов, наличие акне и поликистозной морфологии яичников на УЗИ органов малого таза. Большая часть исследований по проблеме СПКЯ взрослых не учитывают время после менархе, а это является важной информацией для определения нормальных физиологических изменений пубертата.

Цель работы – внедрить в педагогический процесс студентов 4-6 курсов медицинского университета обновления по семиотике из международного Руководства по лечению СПКЯ у подростков (2018г.) с акцентом на повышение точности диагноза, сокращению ненужного тестирования, усилению внимания к изменению образа жизни. Конкретные критерии для повышения точности диагностики и предотвращения гипердиагностики СПКЯ включают: (1) нерегулярные менструальные циклы в течение года после менархе; > 90 дней для любого одного цикла (> 1 года после менархе),

циклы <21 или> 45 дней (> от 1 до <3 лет после менархе); циклы <21 или> 35 дней (> 3 лет после менархе) и первичная аменорея в возрасте 15 или > 3 лет после телархе. Нерегулярные менструальные циклы (<1 года после менархе) представляют собой нормальный период полового созревания. (2) Гиперандрогения, определяемая как гирсутизм с уровнем $\geq 4-6$ баллов mFG, тяжелые формы акне и / или биохимическая гиперандрогения, подтвержденная анализами.

(3) УЗИ органов малого таза не рекомендуется для диагностики СПКЯ в течение 8 лет после менархе. (4) Уровни антимюллера гормона, не рекомендуются для диагностики СПКЯ; (5) Исключение других расстройств, имитирующих СПКЯ- гипотиреоза, галактореи, избытка глюкокортикоидов или вирилизации.

Для подростков, которые имеют признаки СПКЯ, но не соответствуют диагностическим критериям, подходит заключение «подвержен риску» с соответствующим симптоматическим лечением и регулярными повторными обследованиями и необходимостью обследования больных СПКЯ на тревожность, депрессию и расстройства пищевого поведения. Овуляторный и менструальный циклы у подростков могут не соответствовать таковым у женщин репродуктивного возраста. Гинекологический возраст <8 лет в качестве порогового значения был выбран на основании нормативных моделей, показавших, что максимальный объем яичников достигается в возрасте 20 лет. Студентки 4-го курса как раз находятся в возрасте 20-22 лет и могли оценить семиотику СПКЯ что называется «на себе». При оценке гирсутизма предпочтительны стандартизированные визуальные шкалы, такие как модифицированная шкала Ферримана – Галлвея (mFG), с уровнем $\geq 4-6$, указывающим на гирсутизм, в зависимости от этнической принадлежности. Уровни андрогенов у подростков достигают уровня взрослых примерно во время менархе. Многокомпонентные вмешательства в образ жизни (диета, физические упражнения, менее сидячий образ жизни и поведенческие стратегии) являются первой линией лечения, жизненно важной для предотвращения набора избыточного веса, а также для контроля веса с подросткового возраста.

Выводы. 1. Семиотика в гинекологии постоянно развивается, что позволяет улучшить диагностику СПКЯ у молодых без существенных затрат на дополнительные методы исследования. 2. Возраст студенток (подростковый- ранний репродуктивный) дает возможность лучше понять ценность сбора анамнеза жизни, провести клиническую самооценку симптомов и самостоятельно выявить риск формирования патологии. 3. Диета, физические упражнения, менее сидячий образ жизни – управляемые стратегии лечения СПКЯ у молодежи.

Халилова З.Т., Бурибаева Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра инфекционных болезней и детских инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии, г.Ташкент

ДИЕТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОКИ У ДЕТЕЙ

Заболевания желудочно-кишечного тракта являются одними из наиболее распространенных в детском возрасте, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям. Чаще всего у детей встречаются острые кишечные инфекции (ОКИ), которые могут протекать тяжело и даже приводить к летальным исходам не только в раннем (до 3 лет), но и в старшем возрасте. При этом смертность от ОКИ составляет в отдельных странах до 50–70% от общей смертности детей до 5 лет. Основной причиной тяжелого течения острых кишечных инфекций и летальных исходов при ОКИ является развитие обезвоживания. Частота распространенности ОКИ у детей напрямую связана с социально-экономическими факторами, питанием, качеством воды, климатогеографическими и иными условиями. До настоящего времени эффективное лечение ОКИ и их последствий является одним из приоритетных направлений современной инфектологии и педиатрии. Длительность заболевания и его исход напрямую зависят от своевременности и адекватности назначенной терапии. Согласно современным представлениям, лечение ОКИ у детей должно быть комплексным и последовательным, с индивидуальным подходом к выбору препаратов. Терапевтический комплекс лечения ОКИ должен включать: лечебное питание, этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лече-

ние. В тактике ведения таких пациентов вопросы питания являются не только компонентом обеспечения организма ребенка необходимыми питательными веществами, но и непосредственно частью комплексной терапии. Диетотерапия или лечебное питание таким образом является постоянным и ведущим компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни. При легкой форме ОКИ в острой фазе сохраняется возрастная диета с некоторыми ограничениями. Дети до года получают обычное для них вскармливание с уменьшением суточного объема кормлений на 15–20% (по аппетиту); дети старше года — стол № 4 протертый и дополнительно — кисломолочные смеси 2 раза в день. Нормальный объем питания восстанавливается на 3–4-й день. При среднетяжелой и тяжелой формах болезни рекомендуется уменьшение объема пищи на 30–50% и увеличение кратности кормлений до 5–8 раз в сутки, с восстановлением объема питания на 5–7 день. На 2–3 недели из рациона ребенка исключают продукты, усиливающие брожение и перистальтику кишечника (цельное молоко, ржаной хлеб, сырые овощи, кислые фрукты и ягоды). При тяжелых формах ОКИ уже в остром периоде болезни может возникнуть дефицит белка, поэтому его коррекция проводится уже с 3-го дня лечения. Таким детям назначают адаптированные смеси, обогащенные белком; перорально вводят препараты аминокислот, а также соответствующие пищевые продукты (творог, мясной фарш, рыбу — в зависимости от возраста больного и переносимости этих продуктов). В периоде репарации и реконвалесценции при гладком его течении разрешается возрастная диета с вышеуказанными ограничениями. Однако при затянувшейся постинфекционной диарее требуется дополнительная коррекция питания в зависимости от вида функциональных нарушений. При большинстве ОКИ нарушается внешнесекреторная функция поджелудочной железы и ухудшается всасывание жира. Таким больным показана диета с уменьшением доли жира. Детям до года назначают специальные смеси, содержащие легко усваиваемые среднецепочечные триглицериды; детям старше года — стол № 5П — панкреатический, с исключением животного масла, свежей выпечки, сырых фруктов и концентрированных фруктовых соков. Таким образом, ступенчатая диетотерапия, обеспечивающая энтерального поступления основных питательных субстратов, позволяет оказывать положительное влияние на нутритивный статус детей, больных детей с ОКИ, и является необходимым компонентом комплексной терапии.

Халилова З.Т., Бурибаева Б.И., Касимов И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра инфекционных болезней и детских инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии, г.Ташкент

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОКИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ

В Республике Узбекистан проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) в том числе эшерихиозов у детей является актуальной по своей социальной и экономической значимости и имеет важное значение в реализации национальной программы по снижению важнейших инфекционных заболеваний. По данным экспертов ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1–1,2 млрд заболеваний по типу диареи и около 5 млн детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. Частота распространенности ОКИ у детей напрямую связана с социально-экономическими факторами, питанием, качеством воды, климатогеографическими и иными условиями. До настоящего времени эффективное лечение ОКИ и их последствий является одним из приоритетных направлений современной инфектологии в педиатрии. Длительность заболевания и его исход напрямую зависят от своевременности и адекватности назначенной терапии. Согласно современным представлениям, лечение ОКИ у детей должно быть комплексным и последовательным, с индивидуальным подходом к выбору препаратов. Терапевтический комплекс лечения ОКИ должен включать: лечебное питание, этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Назначение этиотропной терапии в острую фазу болезни обосновано в сочетании с пероральной регидратацией по показаниям. Продолжительность курса антибактериальной терапии не должна превышать 5–7 дней. Показанием для смены препарата является его клиническая неэффективность в течение 3-х дней. Патогенетическая и симптоматическая терапия, являясь основным методом лечения, показана во все фазы инфекционного процесса. Перораль-

ная регидратация в настоящее время рассматривается как один из основных методов лечения ОКИ, протекающих с эксикозом I–II степени, и как ведущий метод лечения секреторных диарей в остром периоде. С этой целью используют ряд глюкозосолевых растворов, содержащих, кроме глюкозы, соли натрия и калия в соотношениях, адекватных таковым при потерях жидкости с рвотой и диареей. Перспективным направлением в лечении ОКИ у детей является энтеросорбция. Энтеросорбенты оказывают дезинтоксикационное действие, снижают иммуносупрессивное влияние бактериальных и вирусных токсинов, оказывают противоаллергическое действие. В ряде случаев при ОКИ детям с отягощенным преморбидным фоном, часто болеющим и страдающим различными иммунодефицитами, показана также иммунотерапия. Для коррекции вторичных нарушений пищеварения на фоне ОКИ у детей в комплексе с лечебным питанием может применяться ферментотерапия. Также при ОКИ у детей всегда имеет место нарушение нормального биоценоза в разной степени выраженности. Бактериостатическое действие оказывают низкомолекулярные метаболиты сахаролитической микрофлоры, в первую очередь, короткоцепочечные жирные кислоты (пропионовая, масляная, уксусная, муравьиная, молочная и др.), лактат и др. Они способны ингибировать рост сальмонелл, дизентерийных шигелл, многих грибов. При этом бактериостатический эффект не влияет на индигенную флору. Присутствие в ЖКТ нормофлоры стимулирует перистальтику толстой и тонкой кишки, опорожнение желудка, сокращает транзитное время для пищи. Кишечные бактерии усиливают гидролиз белков, сбраживают углеводы, омыляют жиры, обладают амилазной и кazeинолитической активностью, участвуют в метаболизме желчных кислот, холестерина и ксенобиотиков окружающей среды. Одним из современных препаратов, используемых для коррекции дисбиозов кишечника, являются препараты, в состав которых входят живые лакто- и бифидобактерии, по своему действию являющийся многофакторным лечебным средством и показан в комплексном лечении ОКИ у детей установленной (шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз, ротавирусная инфекция) и неустановленной этиологии. Таким образом, подход к тактике лечения ОКИ у детей должен иметь комплексный и этапный характер.

Хасанова Г.А. Рашидов Ф.А.

ТашПМИ Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

Актуальность. Единственным резервуаром скарлатины в природе является больной человек, особенно больные с бессимптомным носительством. Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной медициной, проблема скарлатины остается очень актуальной и востребованной. Заболевание регистрируется повсеместно. Наиболее высокая восприимчивость отмечается среди детей от 3 месяцев до 14 лет. У данного контингента больных встречается затруднение постановки диагноза и поздняя диагностика. В связи с запоздалой верификацией диагноза и зачастую поздним проведением серологического исследования, назначение адекватной терапии также проводится с запозданием.

Целью настоящего исследования явилось изучение современных подходов к лечению скарлатины у детей в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 3 месяцев до 14 лет с скарлатиной. Больные были разделены на 3 возрастные группы: первая группа – дети от 3 месяцев до 24 месяцев, вторая группа – от 2 до 7 лет, третья группа – дети от 7 лет до 14. У всех больных имелось бак. подтверждение поставленного диагноза. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев зева и посев на чувствительность к антибиотикам ликвора, общеклинические методы исследования.

Результаты исследования: У больных первой группы отмечалась рвота, не приносящая облегчения, гипертермия, возникающая внезапно, на фоне полного здоровья, выраженные симптомы интоксикации (вялость, адинамия, сонливость, отказ от груди, резкий крик), судороги, тремор конечностей, у детей до 1 года отмечалось набухание и пульсация родничка. У детей 2 группы отмечались: сухость во рту, кашель, сильная головная боль, гиперестезия кожи, отказ от приема пищи, плаксивость, рвота

без предшествующей тошноты, характер сыпи не приносящая облегчения, повышение температуры до фебрильных цифр, психомоторное возбуждение, спутанность сознания. Отличием клинической симптоматики у детей 3 возрастной группы являлось наличие предшествующего назофарингита, более выраженные малиновый язык, белый дермографизм, жалобы на распирающую головную боль. При проведении бак.исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе - к цефтриаксону.

Вывод: При проведении бак.исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе - к цефтриаксону. При раннем назначении препаратов с высокой степенью чувствительности улучшение в состоянии больных отмечалось гораздо раньше, чем у больных, которым назначались препараты широкого спектра без определения чувствительности.

Хасанишина А.Р., Платонов А.С., Боечко Н.Д.

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Актуальность темы. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) – нарушение слуха, обусловленное поражением улитки, слухового нерва, корковых центров. Сенсоневральная тугоухость может быть как острой, так подострой и хронической. Наиболее значимой является острая сенсоневральная тугоухость (ОСНТ), когда нарушение звуковосприятия развивается в течение первых трех суток и сохраняется до месяца. При своевременно начатом лечении возможно полное восстановление слуха. ОСНТ является достаточно распространенным заболеванием, которое, зачастую, несвоевременно диагностируется. Актуальность этой сложной и социально значимой патологии в оториноларингологии сохраняется, так как часто становится причиной ограничения трудоспособности, и с каждым годом растет. Один из десяти больных становится полностью глухим, либо сталкивается с тяжелой потерей слуха в течение жизни. Полная глухота более драматична, чем слепота, так как глухой человек постепенно отдаляется от общества или закрывается «внутри себя», потому что не может контактировать с окружающим миром.

Материалы и методы. Оценивались результаты лечения 110 пациентов с ОСНТ в возрасте от 20 до 40 лет, мужчин и женщин. Было выделено три группы больных. Одна группа пациентов (50 человек) получала сосудистую терапию, антиагрегантную терапию, витаминотерапию, иглорефлексотерапию в комплексе с интратимпанальным (ИТ) введением дексаметазона. Вторая группа пациентов (50 человек) получала ИТ введение дексаметазона в качестве монотерапии, т.к. у пациентов имелись противопоказания к сосудистой терапии и системному введению глюкокортикостероидов (ГКС). Третья группа пациентов (10 человек) получала сосудистую терапию, антиагрегантную терапию, витаминотерапию, иглорефлексотерапию с системным введением ГКС.

Полученные результаты. В первой группе пациентов улучшение наступало на 6-8 сутки, а полное восстановление слуха отмечалось спустя месяц с учетом дальнейшего применения таблетированных препаратов. У пациентов второй группы, получавших ИТ введение ГКС, положительный эффект наступал на 3-5 сутки, а полное восстановление слуха отмечалось на 8-10 сутки и, в большинстве случаев, не всегда требовало дальнейшего применения таблетированных препаратов. У пациентов третьей группы положительный эффект отмечался на 5-8 сутки. Однако в третьей группе отмечалось более частое развитие осложнений терапии ГКС, в связи, с чем приходилось отменять системное введение ГКС. Результаты оценивались с учетом изменения на аудиограммах (до начала лечения и на 10 сутки начатого лечения), с учетом уменьшения интенсивности шума и улучшения разборчивости речи.

Выводы. Применение мототерапии ИТ введения ГКС в сравнении с комплексной терапии (сосудистая, антиагрегантная терапия, витаминотерапия, иглорефлексотерапия в комплексе с ИТ введением ГКС), по-видимому, имеет некоторое преимущество, исходя из изменений на аудиограммах, с учетом уменьшения интенсивности шума и улучшения разборчивости речи. ИТ введение ГКС препаратов является хорошей альтернативой системному введению ГКС, так как при системном введении повышается риск развития побочных эффектов – повышения АД, гипергликемия, риск обострения язвенной болезни желудка и др. ИТ введение ГКС значительно уступает системному введению по эффективности применения.

Холина Е.А., Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Пилюева Е.В.

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Патология эндокринной системы широко встречается у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, одним из звеньев патогенеза которых является дисбаланс вегетативной нервной системы. Целью исследования явилось изучение особенностей функционально-адаптивного состояния сердечно-сосудистой системы у 107 больных гипотиреозом (ГТ) в сочетании с сердечной недостаточностью (СН) и ишемической болезнью сердца (ИБС), которые были распределены на группы: I - больные гипотиреозом (n=31), II - больные СН и ИБС (n=42) III – больные ГТ в сочетании с ИБС и СН (n=34). Для оценки функционально-адаптационного состояния были применены индекс Кердо, адаптационный потенциал (АП) и коэффициент экономизации кровообращения (КЭК). По индексу Кердо получены следующие данные: для пациентов с ГТ - «-» $33,73 \pm 7,68$ ($p < 0,05$); с СН - «+» $1,58 \pm 7,12$ ($p < 0,05$), с сочетанной патологией - «-» $49,65 \pm 7,08$ ($p < 0,05$). АП в I группе составил $3,7 \pm 0,73$ ($p < 0,05$), во II - $3,78 \pm 0,68$ ($p < 0,05$), в III - $4,26 \pm 0,64$ ($p < 0,05$). КЭК отражал напряженность во всех группах с достоверным увеличением значений во II и III группах - $4658 \pm 38,32$ и $4712 \pm 39,35$ соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, отрицательные показатели вегетативного индекса Кердо указывали на формирование ваготонии у больных с коморбидной патологией. КЭК свидетельствовал о напряженности функционирования сердечно-сосудистой системы и не изменялся в условиях коморбидности. Адаптация во всех группах соответствовала неудовлетворительному уровню.

Хомова Н.А., Мухтаров Д.З., Таишулатова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Центр повышения профессиональной квалификации медицинских работников (Узбекистан)

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

Цель: исследовать психологическую сферу больных туберкулезом легких и определить уровень их приверженности к лечению.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова в отделении Легочного туберкулеза №1 в период с 2015-2018 гг. При поступлении в стационар пациентам предлагалось пройти анонимное анкетирование по тесту Мориски-Грин (ТМГ) для исследования их уровня комплаентности к лечению. Затем пациентам, прошедшим анкетирование по ТМГ, предлагалось по желанию пройти анонимное анкетирование по Системному мультифакториальному опроснику исследования личности (СМИЛ) для исследования их психологического профиля. Результаты

и обсуждения. Обследовано 55 пациентов, страдающих легочной формой туберкулеза, из которых в дальнейшем из исследования выбыли 8 пациентов по причине получения по итогам анкетирования по СМЛЛ результата «Профиль недостоверный». По итогам анкетирования по ТМГ из 47 пациентов 8 ($17,02 \pm 5,48$, $t=3,1$) пациентов оказались приверженными к лечению, 27 ($57,45 \pm 7,21$, $t=7,9$) – в группе риска и 12 ($25,53 \pm 6,36$, $t=4,0$) – не приверженными к лечению. По клинко – психологическим особенностям из 47 обследуемых у 20 ($P=42,6\% \pm 7,2\%$, $t=5,9$) пациентов был выявлен депрессивный синдром, 4 ($P=8,5\% \pm 4,0\%$, $t=2,1$) пациента имели истероидный тип акцентуации личности, у 4 ($P=8,5\% \pm 4,0\%$, $t=2,1$) больных выявлен гипертимный тип акцентуации и 19 ($P=40,4\% \pm 7,1\%$, $t=5,6$) пациентов не имели серьезных клинко – психологических расстройств. Среди 20-ти пациентов с депрессивным синдромом преобладали мужчины в возрастном цензе от 22 до 60 лет, их было 16 ($P=80,0\% \pm 9,1\%$, $t=8,7$), женщины оказались в подавляющем меньшинстве – 4 ($P=20,0\% \pm 9,1\%$, $t=2,3$). Из этих 16 мужчин 7 ($P=43,7\% \pm 12,8\%$, $t=3,4$) не состояли в официальных семейных отношениях и не имели постоянного партнера, 8 ($P=50,0\% \pm 12,9\%$, $t=3,8$) – были семейными и 1 ($P=6,3\% \pm 6,2\%$, $t=1,0$) мужчина находился в разводе. Из 16 мужчин с депрессивным синдромом 7 ($P=43,7\% \pm 12,8\%$, $t=3,4$) оказались безработными и не имели постоянного заработка, 6 ($P=37,5\% \pm 12,5\%$, $t=3,0$) – официально работали, 1 ($P=6,25\% \pm 6,2\%$, $t=1,0$) был инвалидом II группы, 1 ($P=6,25\% \pm 6,2\%$, $t=1,0$) – пенсионер, 1 ($P=6,25\% \pm 6,2\%$, $t=1,0$) – студент. Выводы: так как ТМГ относится к косвенным методам оценки приверженности к лечению, то можно сделать предположительный вывод, что в противотуберкулезный стационар почти в 83% поступают пациенты, которые являются не приверженными к лечению и/или находятся в группе риска по приверженности к лечению, что говорит о том, что на врача ложится дополнительная нагрузка по формированию и удержанию приверженности к лечению у таких пациентов. Помимо этого исследование психологической сферы больного, страдающего туберкулезом легких, выявило, что у 42,6% обследуемых пациентов имеется депрессивный синдром. 80% депрессивных пациентов составили мужчины в возрастном цензе от 22 до 60 лет, которые в 43,7% не состояли в официальных семейных отношениях, а также были социально не трудоустроены.

Хранко И.М.

ГБУ ГКБ №21 г.ДОНЕЦКА

ПОВТОРНАЯ РИНОПЛАСТИКА: ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Актуальность: возрастает количество молодых хирургов, занимающихся ринопластикой, следовательно, количество ошибок и осложнений возрастает.

Цель работы: анализ ошибок и осложнений ринопластики, полученных в ходе личного опыта и способы их устранения.

Материал и методы: в работе проанализированы 22 ринопластики, которые вызывали затруднения, в т.ч. 16 повторных ринопластик, за последние 15 лет.

Результаты и их обсуждение: удовлетворительным считается результат, когда после операции внешний вид носа улучшился. Идеального результата не существует, в соответствии с гносеологическими принципами. Неудовлетворительным результатом ринопластики считается результат, когда внешний вид носа после операции изменился в худшую сторону. Возможности повторной ринопластики ограничены, поэтому цель повторной операции – улучшение ситуации, а не достижение совершенства.

Причины осложнений это, прежде всего, ошибки в диагностике, а также, использование ошибочных техник операций. Индивидуальные особенности заживления не могут быть причиной осложнения или плохого результата.

Ниже приведены осложнения по мере значимости и частоте встречаемости. Т.н, боссы, неровности спинки носа, возникают, как правило, из-за отека или кровотечения в ходе операции, что маскирует их. Далее, по мере уменьшения отека, через 1-3 месяца после операции, они начинают контурироваться. Устраняются боссы довольно легко, из точечных доступов сразу же, как были обнаружены.

Нетравматические отклонения спинки носа от средней линии. В их основе всегда лежит глубокая внутренняя асимметрия лицевого черепа. В раннем послеоперационном периоде нос располагается по средней линии, в последующем мышцы меньшей половины лица, или мышцы половины лица, находящейся в гипертонусе, уводят нос в сторону. Иногда попытки исправить такую деформацию приводят к ещё большему смещению.

Клювовидная деформация достаточно хорошо описана в литературе. В этом случае важно поставить правильный диагноз – возникла в результате недоудалённой хрящевой части горбинки, в результате утраты поддержки кончика, или сочетание этих двух причин.

Методики с установкой графт – трансплантатов в зону клапана. По последним данным, установка таких трансплантатов не приводит к заметному улучшению носового дыхания.

Вид ушпнутого носа. Это осложнение возникает в результате применения техники «вертикальное разделение сводов», которое предполагает рассечение ножек вблизи вершины куполов, что приводит к виду натянутой палатки. Коррекция данного вида осложнений предполагает установку ушных трансплантатов.

Перфорация носовой перегородки. Различные методики септопластики, предполагающие сохранение хряща, также дают осложнения в виде перфораций. Основная причина перфорации, в российской литературе — это двусторонние разрывы слизистой во время операции; в американской литературе – ковыряние в носу, и использование кокаина. Во время ковыряния в носу слизистая носа может быть скальпирована, и фрагмент оголённого хряща, соприкасаясь с окружающей средой, подвергается инфицированию, и, в последующем, лизису на всем протяжении. Попадание шахтной пыли на оголённые фрагменты хряща также может приводить к инфицированию и лизису хряща.

Методика с отслойкой надхрящницы с одной стороны, основанная на законах биомеханики хряща, даёт осложнения в виде рецидива искривления из-за того, что хрящ теряет основные точки опоры в области премаксиллы и ключевой зоне. Методика с равномерной отслойкой надхрящницы с обеих сторон, даёт более надёжные и прогнозируемые результаты.

Выводы. Необходимо пересматривать старые техники время от времени и отказываться от неэффективных.

Христуленко А.Л.¹, Гнилицкая В.Б.¹, Тарадин Г.Г.^{1,2}, Шпилева Н.И.³

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака»;

³Коммунальное учреждение «Городская клиническая больница № 5 города Донецка» г. Донецк, Донецкая Народная Республика

ВЕДЕНИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Пациенты с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ) составляют группу риска в отношении заболевания COVID-19 и неблагоприятного течения болезни. К факторам риска относятся пожилой возраст, прием высоких доз «противоревматических» препаратов, одномоментный прием нескольких «противоревматических» препаратов, особенно в комбинации с глюкокортикоидными (ГКС), высокая активность заболевания, наличие коморбидной и мультиморбидной патологии. Высокая частота «кардиометаболической» и легочной коморбидности, характерная для ИВРЗ, в случае развития COVID-19, может способствовать снижению эффективности терапии основного заболевания и затруднять диагностику инфекции (поражение легких).

Следует также иметь в виду, что инфицирование SARS-CoV-2 может вызывать активацию воспаления при ИВРЗ, некоторые клинические проявления и лабораторные нарушения, наблюдаемые при COVID-19, могут развиваться в дебюте или при обострении ИВРЗ: лихорадка, артралгии, усталость, миалгии, цитопении (в первую очередь лимфопения, реже анемия и тромбоцитопения), острая интерстициальная пневмония («матовое стекло»), миокардит, венозный тромбоз, сетчатое ливедо, увеличение концентрации СРБ, D-димера, ферритина. Патология иммунной системы при ИВРЗ и

сопутствующие коморбидные заболевания могут утяжелять течение COVID-19 и увеличивать риск развития синдрома «цитокинового шторма».

В период пандемии COVID-19 госпитализация пациентов в стационар возможна только по ургентным показаниям с обязательным предоставлением лабораторных данных об отсутствии инфицирования SARS-CoV-2.

В случае инфицирования SARS-CoV-2 пациентов с ИБПЗ следует временно (до полного выздоровления) прервать лечение стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) (метотрексат, лефлуномид, азатиоприн), генно-инженерными биологическими препаратами (ингибиторы фактора некроза опухоли- α , ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-12/23, ИЛ-23, блокаторами костимуляции Т-клеток, анти-В клеточными препаратами (ритуксимаб, белимумаб) и «таргетными» БПВП (ингибиторы янус-киназы и фосфодиэстеразы 4 типа) и обратиться за консультацией к ревматологу.

Рекомендуется продолжить прием 4-аминохинолиновых препаратов (или назначить их при отсутствии противопоказаний) и сульфасалазина.

Возможно применение НПВП в низких дозах (ибупрофен, кетопрофен) и парацетамола в качестве жаропонижающих препаратов.

Не рекомендуется прерывание лечения ГКС, но следует по возможности максимально снизить дозу препарата.

Во время пандемии COVID-19 следует прервать «плановую» терапию циклофосфамидом и анти-В-клеточными препаратами (ритуксимаб) и не следует инициировать терапию стандартными БПВП (метотрексат, лефлуномид), ГИБП и «таргетными» БПВП при отсутствии абсолютных показаний, связанных с риском развития ургентных осложнений или необратимого поражения внутренних органов.

При отсутствии подозрений на наличие инфекции SARS-CoV-2 и других противопоказаний рекомендуется иммунизация вакциной против пневмококковой инфекции.

Христуленко А.Л.¹, Тарадин Г.Г.^{1,2}, Ракитская И.В.¹, Гнилицкая В.Б.¹, Куглер Т.Е.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»;

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк, Донецкая Народная Республика

ОПЫТ ОЧНО-ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ ФИПО ИМ. ПРОФ. А.И. ДЯДЫКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Под дистанционным обучением (ДО) подразумевается комплекс программных и педагогических компонентов, основанных на использовании современных информационных и телекоммуникационных технологий, предназначенных для передачи знаний на расстоянии.

С марта–апреля 2020г. с целью обеспечения безопасных условий для осуществления образовательного процесса в период действия режима повышенной готовности, в условиях сохранения риска распространения COVID-19, руководствуясь Указом Главы Донецкой Народной Республики от 14 марта 2020г. № 57 (с изменениями) «О введении режима повышенной готовности» ординаторы, интерны и слушатели кафедры терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка перешли на дистанционное обучение.

С марта 2020 по июнь 2021г. на кафедре терапии ФИПО дистанционно проведены:

- 64 цикла повышения квалификации, обучено 695 слушателей;
- 12 циклов стажировки, обучено 22 слушателя;
- 3 цикла тематического усовершенствования, обучено 9 слушателей;
- 6 циклов профессиональной переподготовки, обучено 8 слушателей;
- всего с марта 2020 по июнь 2021г. на кафедре терапии ФИПО дистанционно обучалось 734 слушателя;
- с применением дистанционных образовательных технологий на кафедре терапии ФИПО было обучено 56 интернов и 5 ординаторов по 3 специальностям.

В виду продолжающейся сложной эпидемиологической ситуации (пандемия COVID-19) перед коллективом кафедры терапии ФИПО в 2021-2022 г. также стоит много задач:

- Необходимо 100% наполнение всех циклов учебно-методическими материалами (100% учебно-методическое обеспечение всех лекций и семинарско-практических занятий).
- Усиление контроля качества учебно-методических материалов для ДО.
- Оптимизация проведения экзаменов и итоговых аттестаций после обучения на циклах повышения квалификации, стажировки и профессиональной подготовки в дистанционном формате, с учётом действующих локально-нормативных актов.
- С целью улучшения качества образовательной деятельности в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в период пандемии COVID-19, повышения мотивации ординаторов, интернов и слушателей ФИПО, необходимо активное внедрение вебинаров, которые могут проходить в формате лекций, семинаров, клинических разборов и других приемлемых для кафедр форм (с учётом особенностей преподаваемых дисциплин).
- В виду наличия категории обучающихся, которые сочетают обучение и практическую работу в отделениях, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, целесообразно в индивидуальном режиме с активным применением тренажеров, симуляторов Центра практической подготовки ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, заданий, моделирующих работу с пациентами, все же давать возможность этим интернам, ординаторам полноценно осваивать профессиональные образовательные программы, овладевать всеми предусмотренными компетенциями, чтобы в будущей практической врачебной деятельности период обучения в период пандемии COVID-19 не внес неисправимые проблемы.

Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент

ОЦЕНКА ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ВОЛОС У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ

Актуальность. Острой проблемой всего человечество остается, проблема высыхания Аральского моря. Постепенное высыхание и исчезновение Аральского моря дало изменения климата, что привело гибели животного мира на суши и на море, и негативно повлияло на качество жизни и здоровья населения. Особенно тревожной является эта тенденция среди детского населения – отмечается ухудшение показателей физического развития, высока распространенность морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем.

Цель исследования. Анализ элементного состава волос детей младшего школьного возраста проживающих в регионе Приаралья.

Материал и методы. Проведен анализ волос у здоровых детей младшего школьного возраста, на содержание 24 химических элементов, проживающих на территории Хорезмской области (г.Ургенч, Багатский и Ургенчский районы). Для получения усредненной представительной информации в каждой точке отбора срезали волосы у детей, с 3–5 мест затылочной части головы, согласно рекомендациям МАГАТЭ (Rezaee Ebrahim Saraee et al., 1978). Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. Проведенное нами исследование у детей младшего школьного возраста показало, что экологическая неблагоприятная обстановка во многом отразилось на элементном составе волос. При анализе элементного состава волос, мы обнаружили повышенное содержание некоторых элементов, в частности $Cl(5000 \pm 2500)$ и $Na(1000 \pm 530)$ в волосах, во всех исследуемых районах региона Приаралья. Пониженное содержание Zn г. Ургенча (140 ± 26) и Ургенчского района (130 ± 26), а понижения меди $Cu(6.8 \pm 1.1)$, кобальт $Co(0.025 \pm 0.0028)$, хром $Cr(0.15 \pm 0.037)$ все исследуемых районах Хорезмской области. Повышение концентрации Хлора и Натрия в организме приводит к дисбалансу кислотно-щелочное равновесия и в свою очередь к нарушениям в клеточно- гуморальном

иммунитете, а также к изменению водно-солевого обмена в дальнейшем приводит к задержки жидкости. Cl и Na у детей исследуемых районах было повышенное и содержание этих элементов могут приводит к функциональным нарушениям в организме, к гипертонической болезни, заболеваниям мочеполовой и сердечно-сосудистой системы. Медь, хром и кобальт вместе участвует в эритропоэзе, а кобальт и хром защищает нервную систему, которые они входит в состав клеточных миелиновых оболочек. В нашем исследовании у детей младшего школьного возраста наблюдалось снижение кобальта, это оказывает прямое действие на учебный процесс дети становятся раздражительными, быстрые перепады настроения, утомляемость, пропадает интерес к окружающим. Симптомами нехватки хрома на первых этапах, повышенной утомляемостью, слабостью, тревожностью, снижением памяти, головной болью, нарушениями сна, тусклостью и выпадением волос, сухостью кожи.

Выводы. Таким образом выявлены особенности элементного статуса у детей региона Приаралья, позволило выявить дисбаланс биоэлементов, меди, хрома и кобальта, в организме детей влечет за собой задержку умственного, физического и полового развития, снижение иммунитета, развитие хронических заболеваний. Полученные данные отражают роль экологических факторов, влияющих на элементный статус отражается на формировании здоровья детей данного региона.

Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПО РАСЧЕТНЫМ ИНДЕКСАМ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Актуальность. Состояние здоровья детей формируется под воздействие экологических факторов, а также влияния социально-экономических условий жизни. Одним из наиболее важных показателей, для оценки здоровья детей и подростков является его физическое развитие – это комплекс структурных и морфофункциональных свойств, определяющих дееспособность организма. В последнее время для оценки ФР детей используют метод индексов, хотя, как правило, его применяют в виде дополнительной методики.

Цель исследования. Оценка физического развития детей младшего школьного возраста региона Приаралья по расчетным индексам.

Материалы и методы обследования. Были обследованы 240 детей в возрасте от 7-10 лет, проживающих в Хорезмской области в сравнении с контрольной группой - 60 детей г. Ташкента.

Результаты и обсуждения. При оценке уровня физического развития, мы использовали простые и самые распространенные индексы физического развития, которые включают два признака: роста – весовые (Кетле, Рорера) и груди – весовые (Пинье, Бругша). Исследования проводились среди детей младшего школьного возраста проживающих в регионе Приаралья. Во всех возрастных группах гармоничный тип физического развития выявлен в 56,7% случаев, с достоверным преобладанием девочек (61,6% и 38,4% соответственно, $p < 0,001$). Дисгармоничный и умеренно-дисгармоничный типы физического развития преобладали у мальчиков ($p < 0,001$). Расчет по индексу Кетле в наших исследованиях среди девочек г. Ургенча в возрастной группе 7-8 лет показатели индекса Кетле II были в норме (19,3 кг/м²). Относительные изменения были выявлены у детей сельской местности, как у мальчиков, так и у девочек обеих групп - резкий дефицит массы тела относительно к росту (14,9 кг/м²), что свидетельствует о резком дисгармоничном развитии детей сельской местности. Индекс Рорера отличался тем что, определяли варианты пропорции тела у детей. В данных исследованных группах, было выявлено долихоморфия и мезоморфия. У девочек г. Ургенча в обеих группах наблюдалось долихоморфия (16,9 кг/м³), которая характеризуется относительно коротким, узким туловищем и длинными конечностями. Долихоморфия определяется как высокое физическое развитие. У остальных детей и контрольной группы был тип телосложения мезоморфия (12,77 кг/м³) – устанавливающая хорошие пропорциональные соотношения различных частей тела. Мезоморфия относится к показателям гармоничного

развития. Согласно индексу Пинье все обследованные дети с высокой степенью достоверности имели слабое телосложение, так как их показатели выходили за пределы рекомендованных нормативов (10 – 25 ед.) в сторону их увеличения. Это может свидетельствовать о недостаточной физической подготовке детей и их слабом мышечном компоненте. Индекс Бругша, с помощью которого определяется степень пропорциональности между ростом и окружностью грудной клетки, показал достоверно значимые различия между значениями. У детей во всех группах 9-10 лет (47,8%) и в контрольной группе г. Ташкента среди девочек 7-8 лет (46,7%) определялся узкогрудый тип телосложения. Остальные дети имели нормальный объем грудной клетки.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что гармоничное физическое развитие зависит от многих факторов, как и внешних так, и внутренних. При расчете использованных индексов, учитывающих при расчетах параметры окружности грудной клетки, удалось выявить изменение соматотипа в популяции детей младшего школьного возраста региона Приаралья, направленное в сторону астенизации и грациализации телосложения.

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исирганова С.Н.

«Ташкентский государственный стоматологический институт», г. Ташкент, Республика Узбекистан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Введение: Хроническая головная боль (ХГБ) — одно из самых распространенных неврологических заболеваний. ХГБ значительно влияет на качество жизни пациента, сказывается на работоспособности и материальных затратах. Кроме того, является и фактором риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Отсутствие приверженности к лечению — нередкое явление среди пациентов с ХГБ. Таким образом можно сказать, что существует потребность в нефармакологических методах терапии ХГБ.

Цель исследования: Оценить эффективность иглотерапии на частоту приступов и количество используемых анальгетиков у больных с хронической головной болью.

Материал и методы: Исследования проводилось среди 60 пациентов, 45(75%) женщин, и 15 мужчин (25%) в возрасте 18-60 лет с диагнозом «хроническая головная боль». Пациенты были разделены на 2 группы: в группе иглотерапии 30 пациента и в группе контроле 30. Первая, контрольная группа пациентов продолжала принимать обычные лекарственные препараты. Второй группе кроме препаратов, проводились сеансы иглоукалывания. Состояние пациентов оценивали до лечения, через 4 и 16 недели от его начала.

Результаты: выяснилось, что частота и интенсивность приступов мигрени, у пациентов которым было добавлено в лечения иглоукалывания, была меньше на 43%, чем в контрольной группе. У пациентов, которые продолжали лечиться таблетками, интенсивность головной боли уменьшилась всего лишь на 16%. Достаточно важным побочным результатом этого исследования стало более редкое обращение пациентов, принимавших сеансы иглоукалывания к врачам, чем в группе сравнения.

Выводы: Анализ полученных результатов показал, что регулярное применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении различных хронических головных болей вызывает значительное улучшение состояния пациента. Особенно это касается мигрени, а также головной боли напряжения. Также важен и фармако-экономический итог этого исследования. Иглоукалывание, конечно, требует времени, и соответствующей квалификации специалистов. Но при этом – это более дешевый метод, и что очень важно, лишённых побочных эффектов, свойственный практически всем лекарственным препаратам.

*Чалая Л.Ф., Налетов А.В., Белоус Ю.Г., Котова О.В.,
Масюта Д.И., Курышева О.В., Москалюк О.Н.*

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

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФОНОВОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей (САКУТ) в детском возрасте являются причиной хронической почечной недостаточности в 65% случаев. Гипопластическая дисплазия почек составляет 2,7% всех пороков мочевой системы. Все дети с пороками развития почек имеют фенотипические внешние и /или висцеральные признаки соединительнотканной дисплазии различных органов и систем. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) способствует прогрессированию осложнений САКУТ, т.к. у пациентов с ДСТ изначально имеют место нарушения внутрипочечной гемодинамики.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений ДСТ у пациента с врожденной аномалией развития – гипопластической дисплазией правой почки.

Клинический случай. Мальчик 16 лет наблюдается в ГБУ «ГДКБ № 1 г. г. Донецка», где проводится обследование и коррекция терапии. У ребенка в возрасте 1,5 лет диагностирован правосторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гипопластическая дисплазия правой почки, вторично-хронический пиелонефрит, вторичная артериальная гипертензия. В возрасте 3-х лет проведена нефруретерэктомия справа. В 2019 году обследован в Республиканском специализированном центре медицинской генетики и пренатальной диагностики МЗ ДНР: по данным тонкослойной хроматографии аминокислот крови и мочи – повышение лецина/изолейцина, снижение оксипролина. Заключение: синдром дисплазии соединительной ткани недифференцированный с полиорганными изменениями с наличием дисплазии почки справа, артериальной гипертензией.

Клинический диагноз: Вторичная артериальная гипертензия вследствие аномалии мочевой системы (гипопластическая дисплазия правой почки, состояние после нефруретерэктомии справа 21.11.2008 г., викарная гипертрофия левой почки). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс в культю правого мочеточника. Вторичный хронический пиелонефрит, стадия ремиссии, с сохраненной функцией почки. Нейрогенный мочевой пузырь по гиперрефлекторному типу.

Дисплазия соединительной ткани: aberrantная хорда в полости левого желудочка, гипермобильность суставов, S-образный сколиоз I степени груднопоясничного отдела позвоночника, хондрома в сегментах ThXII – LI, нестабильность шейного отдела позвоночника в сегментах CII–CIII, искривление носовой перегородки ThXII – LI, плосковальгусные стопы, гипоплазия правого яичка, гипоплазия правой позвоночной артерии, дальновзоркость OS.

Йодная недостаточность. Избыточная масса тела. Фолликулярный кератоз. Хронический гастродуоденит с повышенной секрецией, период ремиссии. Долихосигма, субкомпенсированная форма. Энкопрез. Почечная глюкозурия. Врожденная дезагрегационная тромбоцитопатия. Бронхиальная астма, атопическая форма, легкая персистирующая, период контроля. Поллиноз, период ремиссии.

Выводы. Особенностью данного случая является наличие у ребенка врожденной аномалии правой почки (гипопластической дисплазии), осложнившейся хроническим пиелонефритом и вторичной артериальной гипертензией. ДСТ с полиорганными изменениями явилась фоном, способствующим развитию осложнений у данного пациента.

Челпан Л.Л.

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

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛЫХ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний наряду с состоянием макроорганизма несомненную роль оказывают факторы окружающей среды.

Целью исследования явилось изучение роли факторов внешней среды на течение хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) взрослых пациентов с дебютом заболевания в детском возрасте.

Материалы и методы. Обследовано 158 пациентов с ХРБС, среди которых у 97 (61,4%) ревматизм начался в детском возрасте. Преобладали лица женского пола - 67 (69,1%). Группу сравнения составили 61 больной ХРБС с началом заболевания во взрослом возрасте. Использованы клинические, инструментальные (ЭКГ, Эхо-КГ), гигиенические, статистические методы исследования. Индекс прогрессирования ревматизма (Y) высчитывали по формуле: $Y = (A_2 + B_2) : \frac{1}{2}C$, где A – функциональный класс сердечной недостаточности, B – сумма клинических проявлений (нарушения возбудимости, проводимости, изменения камер, СДЛж, ДДЛж), C – длительность порока сердца. Определяли интегральные показатели неблагоприятной экологической нагрузки на атмосферу (Q), воду (R) и почву (S) регионов, а также общий экологический индекс Z как сумму Q, R и S.

Результаты и обсуждение. С помощью многофакторного дисперсионного анализа установлено, что у больных ХРБС с дебютом в детском возрасте общий экологический индекс (Z) влияет на развитие органической трикуспидальной недостаточности ($D=5,41$, $p=0,022$) и относительной недостаточности клапанов легочной артерии ($D=2,69$, $p=0,048$), а также на характер изменений миокарда и объема полостей сердца ($D=4,53$, $p=0,032$). Показано также, что Z воздействует на параметры массы миокарда левого желудочка сердца ($D=13,79$, $p<0,001$) и легочное сосудистое сопротивление ($D=11,49$, $p<0,001$). Выявлена прямая корреляционная связь показателя Z с размерами устья аорты и задней стенки левого желудочка, с его массой миокарда, с давлением в легочной артерии и легочным сосудистым сопротивлением.

У взрослых с ХРБС, начавшейся в детском возрасте, показано влияние неблагоприятной экологической нагрузки на атмосферу (Q) на развитие органической трикуспидальной недостаточности ($D=5,91$, $p=0,017$) и синдрома укорочения PQ ($D=4,18$, $p=0,044$). При этом неблагоприятная экологическая нагрузка на воду (R) оказывает влияние на формирование митрального стеноза ($D=7,40$, $p=0,008$) и блокады левой ножки пучка Гиса ($D=5,97$, $p=0,016$), массу миокарда левого желудочка ($D=10,85$, $p=0,001$) и дилатацию полостей сердца ($D=16,24$, $p<0,001$). Неблагоприятная экологическая нагрузка на почву (S) оказывает влияние только на массу миокарда ($D=15,11$, $p<0,001$).

На индекс прогрессирования ревматизма Y высокодостоверно влияют параметры Q, R и S ($p<0,001$) (соответственно $D=6,22$, $D=4,36$, $D=7,65$).

В регионах проживания у больных ХРБС, начавшейся в детском возрасте, чаще констатируется увеличенное содержание фенола ($\text{кси}2=6,53$, $p=0,010$), реже - превышение в атмосфере показателя диоксида азота ($\text{кси}2=6,42$, $p=0,010$).

Таким образом, прогрессирование патологического процесса у больных ХРБС во многом определяется характером экологической ситуации в регионах проживания. Установлено большее влияние экологических факторов на течение ХРБС в случаях развития заболевания в детском возрасте.

Червоня О.Я.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ОСОБЕННОСТИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ РАСТЕНИЙ ВЫБРОСАМИ ТЭС

Выраженная подвижность многих металлов создает условия для значительного их рассеивания в объектах внешней среды вблизи источников их выделения. Тяжелые металлы являются одной из наиболее опасных категорий загрязняющих веществ. Листья, стебли и корни многих видов хвойных и лиственных растений являются сравнительно емкими накопителями металлов, они способны аккумулироваться в растительных тканях в большом количестве и по трофической цепочке переходить в организм животных, а затем и человека.

Материалы и методы. Отбор образцов растений, произрастающих в зоне влияния выбросов Старобешевской ТЭС, отбирались на удалении 1000,0, 3000,0 и 6000,0 м от Старобешевской теплоэлектро-

станции в местах размещения постов на глубине 5 см от поверхности. У деревьев (тополь и сосна) отбирали пробы листьев и хвои. Из взятых в пяти точках растений составляли средний образец. Перед проведением анализа образцы растений тщательно отмывали водой, высушивали, размельчали; затем отвешивали по 1 г сухого вещества и определяли содержание металлов.

Результаты исследования. Накопление металлов в листьях имеет место как при поглощении сухих выпадений, так и совместно с атмосферными осадками. Проведенные исследования подтвердили видовую специфичность аккумуляции металлов: их содержание в хвое сосны обыкновенной во всех зонах было выше, чем в листьях тополя Болле. Сосна обыкновенная считается более чувствительным к техногенному загрязнению видом и содержание металлов в ее хвое, а также повреждение хвои рекомендуется использовать как индикатор загрязнения атмосферного воздуха. Коэффициенты корреляции между загрязнением металлами растений (сосны и тополя) и почв составили $r = 0,67$ и $r = 0,78$ соответственно; для растений и атмосферного воздуха – $r = 0,72$ и $r = 0,86$; растений и снежного покрова – $r = 0,69$ и $r = 0,67$.

Характер повреждения листьев выбросами определяется как различием в качественном составе эмиссий, так и расхождением в концентрационном уровне влияния. При действии низких и умеренных концентраций поллютантов развиваются верхушечные, краевые и, реже, межжилковые хлорозы, высокие концентрации вызывают верхушечные, краевые, точечные и хаотичные некрозы и ожоги листьев. Повреждение растений различной степени наблюдается во всех зонах причем повреждаемость сосны обыкновенной была достоверно выше, чем тополя Болле.

Коэффициенты корреляции между повреждаемостью растений и содержанием поллютантов в объектах окружающей среды свидетельствуют о том, что максимальное влияние на растения оказывают выбросы ТЭС в атмосферу пыли и газа ($r = 0,86$ и $r = 0,89$), а также тяжелых металлов ($r = 0,87$ и $r = 0,88$) для тополя и сосны соответственно.

Выводы. Содержание металлов в растениях в большей степени связано с их поступлением (и осаждением со снегом) из воздуха, чем с их содержанием в почве, где металлы депонируются, связываются, мигрируют в нижние горизонты и затем поглощаются древесными растениями.

Черевко М.В., Оноприенко В.И., Поспелов А.Л.

Республиканский травматологический центр, ДНР

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СПОСОБОМ «BONE-TENDON-BONE»

Повреждения передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава происходят значительно чаще, чем диагностируются в отечественной клинической практике. Операции по восстановлению передней крестообразной связки, выполненные своевременно и малоинвазивными способами, являются средством профилактики повреждений вторичных стабилизаторов коленного сустава (мениски) и развития раннего гонартроза.

Цель исследования. Изучить эффективность артроскопической реконструкции ПКС

Материалы и методы. С 1998 по 2020 год по поводу повреждения передней крестообразной связки нами было оперировано 470 человек (386 мужчин, 84 женщин) в возрасте от 16 до 58 лет. Преобладал возраст 21-25 лет (40%). Площадь и глубину участков изменений хрящевых поверхностей классифицировали по схеме IKDC 2000. У 42 пациентов артроскопическая реконструкция ПКС проводилась при повторной артроскопии, что было связано с временным отказом больных от более сложного оперативного вмешательства.

Всем больным для предотвращения развития «impingement»-синдрома выполняли расширение передненаружной части межмышечковой вырезки («notch-plasty») на 3-5 мм. Для замещения поврежденной ПКС чаще в 99% случаев использовали ауто-(468) или аллотрансплантат (2) «кость-связка-кость» из средней трети собственной связки надколенника с костными блоками, исходная прочность которых на 68% превышает прочность интактной ПКС. Фиксацию трансплантата выполняли двумя интерферентными, канюлированными винтами.

В наших наблюдениях точность расположения трансплантата и прочность его фиксации определяли степень «агрессивности» реабилитации в каждом конкретном случае. Большинство больных (376) имело угол сгибания в коленном суставе 90° к концу первой недели, остальные достигали этого угла к концу второй – третьей недели. Занятия оздоровительным бегом по ровной местности разрешали через 4-6 месяцев, а полные спортивные нагрузки при отсутствии жалоб – через 8-12 месяцев после операции.

Результаты исследования. Изучены по схеме IKDC 2000 и с использованием артрометра KT-1000, исследование с помощью которого является составной частью шкалы IKDC. Результаты оценены как «норма» в 264 случаев (56,3%), «почти норма» в 156 (33,3%), «плохо» в 50 (10,4%) случаев. Причины плохих результатов были связаны с нестабильностью коленного сустава вследствие лизиса (или удлинения) трансплантата, возникшего, предположительно, из-за несоблюдения протокола реабилитации, а также, с прогрессированием остеоартроза и рефлексорной симпатической дистрофией. Результат «почти норма», обусловлен не критическими отклонениями в положении внутрикостных туннелей, а также, хроническим рецидивирующим синовитом. Небольшое смещение тиббального канала кпереди относительно оптимальной точки между передней третью и серединой сагиттальной длины тиббального плато значительно не влияет на стабильность сустава, но может вызвать импинжмент-синдром, который не был нами зафиксирован в изучаемой серии наблюдений. Профилактикой импинжмента мы считаем адекватное расширение межмышечковой вырезки (notch-plasty), которая выполнялась нами у всех больных при реконструкции ПКС.

Выводы. Артроскопическая реконструкция ПКС является высокоэффективным, точным и мало-травматичным хирургическим вмешательством, которое пришло на смену традиционным артротомическим методикам в отечественной ортопедии. Успешность артроскопической реконструкции передней крестообразной связки определяется точным соблюдением оперативного алгоритма действий и протоколов реабилитации.

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Ситников В.Н., Черкасов Д.М., Галашокян К.М.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА: ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность исследования. Современный травматизм характеризуется увеличением доли тяжелых сочетанных травм, захватывающих несколько анатомических областей. Диагностика таких состояний затруднительна вследствие тяжелого состояния пациента и зачастую при обнаружении преобладающей патологии повреждению смежных областей не уделяется должного внимания.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с сочетанными травмами живота путем совершенствования видеолaparоскопических методик.

Материал и методы. За 10 лет лечение получили 18501 пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными травмами. Повреждения живота отмечены у 6539 (35,3%). Лапароскопия или лапаротомия потребовались 3556 пострадавших (мужчин – 2512 (70,6%), женщин – 1044 (29,4%)). Видеолaparоскопия произведена у 1962, лапаротомия без предшествующей лапароскопии – у 1594. По срокам поступления пациенты распределились следующим образом: в первый час с момента травмы были доставлены 1712 (48,1%) пострадавших, от 1 до 3 часов – 968 (27,2%), от 3 до 6 часов – 367 (10,3%), позже 6 часов – 482 (13,6%), время не установлено у 27 (0,8%) поступивших. В состоянии шока I степени при поступлении находились 1122 (31,6%) пострадавших, II степени – 389 (10,9%), III – 581 (16,3%). Тяжесть сочетанной травмы была оценена по шкале тяжести повреждений Injury Severity Score (ISS), в исследуемой группе она составила $17,8 \pm 4,9$. У всех больных были одновременно повреждены несколько органов и систем: у 1394 (39,2%) – две, у 1588 (44,7%) – три, у 394 (11,1%) – четыре, у 168 (4,7%) – пять и у 12 (0,3%) – шесть.

Результаты. При видеолaparоскопии у 504 (25,7%) пострадавших повреждений органов брюшной полости не отмечено, еще у 268 (13,7%) выявленные изменения не требовали оперативного вмеша-

тельства, достаточным было динамического наблюдения. У 1190 (60,7%) пострадавших при лапароскопии определены повреждения, требующие их хирургической коррекции, которые у 522 (26,6%) были устранены лапароскопически, в ряде случаев было ликвидировано более чем одно повреждение. Значительные изменения внутренних органов, выявленные при лапароскопии и потребовавшие выполнения лапаротомии, определены у 668 человек (34,0%). Лапаротомия без предшествующей лапароскопии выполнена у 1594 пострадавших с сочетанными травмами живота, у 481 (30,2%) пострадавшего показания к лапаротомии оказались завышенными (повреждений органов брюшной полости не выявлено, повреждения требовали наблюдения или могли быть устранены лапароскопически).

Выводы. Отмечено процентное уменьшение со временем числа выполнения как открытых, так и лапароскопических операций при сочетанной травме живота, что связано с широким внедрением современных методов исследования, накоплением опыта. В диагностике повреждений органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой при отсутствии противопоказаний видеолапароскопия должна являться методом выбора, которая в 39,3% наблюдениях позволяет диагностировать отсутствие повреждений или незначительный их характер, а еще в 26,6% устранить выявленные изменения.

Черкасов М.Ф., Меликова С.Г., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Галашиоян К.М.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Актуальность. Инфицирование сетчатых имплантатов занимает особое место среди всех осложнений аллогерниопластики, а лечение данной патологии часто заканчивается удалением сетчатого эндопротеза. Вакуум-терапия все чаще используется для лечения раневых инфекций мягких тканей, в том числе и после аллогерниопластики. Терапия ран отрицательным давлением стимулирует заживление путем удаления избыточной интерстициальной жидкости, стимулирует ангиогенез, ускоряет образование грануляционной ткани и снижает бактериальную нагрузку.

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациентов с инфицированными ранами после аллогерниопластики с использованием вакуум-терапии и дренажно-промывной системы.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 13 пациентов с инфицированными ранами после аллогерниопластики. Всем пациентам после забора материала на бактериологическое исследование, выполнялась хирургическая обработка раны с удалением гнойно-некротических тканей, ко дну раны устанавливался трубчатый дренаж. На следующие сутки на рану накладывалась вакуумная повязка и проводилась круглосуточная вакуум-терапия в постоянном режиме с отрицательным давлением в зависимости от фазы раневого процесса. В фазу экссудации отрицательное давление составляло 125 мм рт. ст., в фазе формирования грануляции - 75 мм рт. ст. Ежедневно через дренажную трубку выполнялось промывание раны растворами антисептиков. Смена вакуумной повязки производилась каждые 48 часов. В качестве вакуум-аспиратора использовались аппараты: Suprasorb CNP 1 (L&R, Германия), VACFreedom (KCI, США), VivanoTec (Hartmann, Германия), портативные аппараты для терапии ран отрицательным давлением PICO (Smith&Nephew, Великобритания). Пациенты получали антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия с последующим переходом на этиотропную с учетом чувствительности.

Результаты. По результатам бактериологических посевов из ран преимущественно определялась факультативно-анаэробная и условно патогенная аэробная микрофлора. Клинически на 4-й день от начала вакуум-терапии с промыванием ран у 10 (76,9%) пациентов отмечалось купирование местных воспалительных явлений, на 7-й день в 9 (69,2%) случаях впервые стали регистрироваться участки грануляционной ткани. После устранения клинических признаков инфекции и появления грануляционной ткани, полностью покрывающей поверхность сетчатых имплантатов, дренажная трубка удалялась, а вакуум-терапию проводили при отрицательном давлении 75 мм рт. ст. Скорость заживления оценивалась в сравнении с первоначальной площадью ран на 4, 8, 12, 16 сутки от начала вакуум-терапии и составила $2,6 \pm 0,43$ см²/сут. Длительность вакуум-терапии составила в среднем $20,6 \pm 0,25$

дней. Полная эпителизация раны составила 23,6 дня. Выполнение повторных оперативных вмешательств не потребовалось, у всех пациентов сетчатые имплантаты были сохранены. В настоящее время стратегия сохранения сетчатых имплантатов является одним из вариантов комплексного подхода к лечению пациентов с инфицированными ранами после аллогерниопластики. Данный подход особенно эффективен при использовании вакуум терапии в сочетании с дренажно-промывной системой, что подтверждается данными литературы и нашими наблюдениями.

Выводы. Применение вакуум терапии в сочетании с дренажно-промывной системой у пациентов с инфицированными ранами после аллогерниопластики является эффективным методом комплексного лечения. Данная методика способствует более ранней деконтаминации раны, сокращению сроков заживления, а также позволяет сохранить имплантат.

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Галашокян К.М., Меликова С.Г.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Актуальность. Широкое применение видеоэндохирургических технологий в лечении нервно-мышечных заболеваний пищевода, занимающих второе место по распространенности в структуре доброкачественной патологии данного органа, требует выработки новых подходов.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией пищевода путем усовершенствования малоинвазивных методик.

Материал и методы. В отделениях Ростовского государственного медицинского университета произведено 133 видеоэндохирургические операции по поводу ахалазии пищевода. Изучены технические аспекты выполнения видеоэндоскопических оперативных вмешательств при ахалазии пищевода, проанализированы интраоперационные осложнения, возможности и механизмы их ликвидации. Проведена оценка качества жизни пациентов после операции в ближайшие и отдаленные сроки путем определения индекса SF-36.

Результаты. Основным видом оперативного вмешательства при ахалазии пищевода является экстрамукозная эзофагокардиомиотомия (операция Геллера) с передней фундопликацией по Дору, которую возможно выполнить как из лапароскопического, так и из левостороннего торакоскопического доступов. Лапароскопические операции менее травматичны и более предпочтительны. Мобилизация пищевода производится нами только по передней его поверхности, что позволяет максимально щадить кровоснабжение и иннервацию пищевода и зоны пищеводно-желудочного перехода, рассечение мышечных волокон производится только по передне-левой стенке. Передняя фундопликация по Дору в большинстве случаев не требует мобилизации желудка.

У 15 из 133 пациентов (11,3%) во время операции была повреждена слизистая оболочка. Повреждение наиболее часто происходит в зоне пищеводно-желудочного перехода в связи с наибольшей выраженностью в данной анатомической области рубцовых изменений. У 5 больных возникновение этого осложнения (3,8%) потребовало выполнения конверсии, у 10 (7,5%) пациентов дефекты слизистой были ликвидированы видеоэндоскопически. При ушивании поврежденного участка необходимо использовать рассасывающийся шовный материал 3/0 или 4/0, накладывая швы слева направо, необходимо обязательное захватывание в шов мышечного слоя пищевода. Изучая качество жизни пациентов по показателям опросника SF-36, отмечена постепенная их нормализация к двенадцатому месяцу послеоперационного периода.

Выводы. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных ахалазией пищевода. При оперативном вмешательстве не следует избыточно мобилизовывать пищевод. Повреждение слизистой оболочки пищевода во время операции не всегда требует конверсии, в большинстве случаев возможно ушивание дефекта видеоэндоскопически, соблюдая определенные технические моменты. Нормализация качества жизни пациентов с ахалазией пищевода, оперированных видеоэндоскопически, происходит в течение 12 месяцев после операции.

Черных С.В., Караман Е.С., Говоруха И.Т.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД), г. Донецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты составляет 0,3-1,04 % в структуре аномалий ее расположения. В настоящее время в нашем регионе отмечается увеличение частоты случаев предлежания плаценты в 2,3 раза, а обусловленных этой патологией кровотечений – в 1,9 раза, а также увеличение на 17 % числа анемий у родильниц. Т.о., актуальными являются вопросы применения методик кровесбережения и оптимального возмещения объема интраоперационной кровопотери при аномальном расположении плаценты.

Цель исследования – оценить эффективность применения комплексных кровесберегающих технологий у беременных с предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Обследованы 32 беременные с предлежанием плаценты (I-основная группа), которым во время операции кесарево сечение произведено: трансфузия заблаговременно зарезервированных 2-3 доз аутоплазмы, внутривенное введение 100 мкг карбетоцина, 1 г транексамовой кислоты, в 31,3 % (10) случаев – баллонная тампонада полости матки. Группу сравнения (II) составили 28 беременных с предлежанием плаценты, родоразрешенных в других родовспомогательных учреждениях города, где не применяется аутологичное донорство. По исходным клинико-лабораторным показателям, клинической характеристике группы были сопоставимы.

Результаты. В ДРЦОМД в структуре показаний к родоразрешению путем операции кесарево сечение в 2014-2016 г. центральное предлежание плаценты составило 2,4-2,5 %. Средний объем интраоперационной кровопотери при неосложненном кесаревом сечении в I группе составил 944 ± 65 мл, во II – 1268 ± 68 мл, а в случае гипотонического кровотечения, плотного прикрепления плаценты – 1566 ± 110 мл и 1964 ± 112 мл соответственно ($p < 0,05$). У 53 % (17) женщин I группы имелась необходимость в дополнительном применении компонентов донорской крови, во II группе они применялись в 100 % случаев. К 3-м суткам послеродового периода уровень гемоглобина в среднем составил в I группе $92,5 \pm 3,2$ г/л во II – $72,5 \pm 2,3$ г/л ($p < 0,05$). Проводимый в клинике комплекс кровесберегающих методик позволил в 1,4 раза сократить объем кровопотери при предлежании плаценты, в 2,3 раза – число аллогенных трансфузий, а также в большинстве случаев сохранить репродуктивную функцию молодым женщинам.

Выводы. Комплексная программа дородовой подготовки беременных с предлежанием плаценты должна предусматривать предоперационное поэтапное резервирование компонентов аутокрови, своевременное лечение анемии, совершенствование хирургических методов остановки кровотечения, адекватное медикаментозное и инфузионно-трансфузионное сопровождение.

Чернецкий В.Ю., Галиулин С.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГБУЗ ТЦРБ №1 МЗ КК, г. Туапсе, Российская Федерация

СИНДРОМ КРЫЛОВИДНОЙ ЛОПАТКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДЛИННОГО ГРУДНОГО НЕРВА

Введение. Вопрос изучения и наблюдения пациентов с синдромом крыловидной лопатки в результате травмы длинного грудного нерва, относительно других повреждений области плечевого сустава, является актуальным. Ограниченное количество клинических случаев в практике врачей травматологов, как по данным зарубежной, так и отечественной литературы, обусловлено редкой частотой встречаемости данной патологии, в связи, с чем отсутствует общепринятая тактика и принципы лечения пострадавших. К основным жалобам у пострадавших с повреждением длинного грудного не-

рва относится резкое ограничение физической активности, что обусловлено ограничением функции в плечевом суставе и уменьшении мышечной силы на стороне повреждения при выполнении тяги, поднятии и толкании тяжелых предметов. Ограничение функции в плечевом суставе приводит к длительной потере трудоспособности, а в результате выстояния медиального края лопатки возникает косметический дискомфорт.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения пострадавшего с синдромом крыловидной лопатки в результате травмы длинного грудного нерва по шкале Constant score.

Материал и методы. В качестве примера приводим клинический случай лечения пациента С., 27 лет, который обратился к травматологу через 2 недели после эпизода травмы. При осмотре жалобы на резкое снижение мышечной силы в правой верхней конечности, ограничение активного отведения плеча, выстояние лопатки при упоре в стену рукой, а также при попытке поднятия и удержания незначительного груза на вытянутой руке. Клиническая картина проявилась после попытки самостоятельно поднять тяжелый предмет и сопровождалась резким болевым синдромом в области правого плечевого сустава в проекции передне-наружного отдела дельтовидной мышцы. Болевой синдром купировался приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, после чего появилось снижение мышечной силы в правой верхней конечности. Через 10 дней после повреждения визуально стало отмечаться крыловидное выпячивание правой лопатки при попытке поднятия незначительных предметов, после чего пострадавший консультирован травматологом-ортопедом и нейрохирургом. Из дополнительных методов обследования применялась реовазография верхних конечностей, электромиография, гониометрия плечевых суставов. Для лечения применялись медикаментозные препараты для купирования болевого синдрома, витамины группы «В», нейротропная терапия, тейпирование лопатки в течение 3 недель. После завершения тейпирования, пострадавший занимался выполнением упражнений, направленных на укрепление мышц прикрепляющихся к медиальному краю лопатки в течение 3 месяцев, при этом исключались упражнения, способствующие усилению «крыловидности». Для оценки эффективности результата лечения и определения степени восстановления функции в плечевом суставе использовалась шкала Constant score.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре пострадавшего исходный результат оценки по шкале Constant score составил 51 балл. Болевой синдром сохранялся в течение 7 дней, после чего уменьшился и более не беспокоил. Первые признаки регрессии после повреждения были отмечены в срок 6 месяцев, а к сроку в 12 месяцев объем движений в правом плечевом суставе восстановился полностью, при этом сила активных движений незначительно ограничена. Индекс оценки исхода лечения по шкале Constant score составил 92 балла, что соответствует отличному результату.

Выводы. Полученный результат лечения по шкале Constant score позволяет сделать вывод о том, что применение в комплексе нейротропной терапии, тейпирования и курса упражнений для укрепления мышц прикрепляющихся к медиальному краю лопатки является эффективным для достижения отличного функционального и косметического результата у пострадавших с синдромом крыловидной лопатки при травме длинного грудного нерва.

Черникова Д.В., Абрамов В.Ал.

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

ПАНДЕМИЯ COVID – 19 КАК СТРЕССИРУЮЩИЙ ФАКТОР У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Стресс – состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах. Появление новой коронавирусной инфекции, последние три года влияют на жизнь молодых людей, вынуждая их приспосабливаться к новым условиям, таким как самоизоляция, дистанционная форма обучения, обеспокоенность за собственное здоровье и здоровье своих родных, состояние неопределённости и постоянного напряжения.

Цель исследования. Оценить влияние пандемии COVID-19 на уровень психологического стресса у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 189 студентов медиков в период с февраля по май 2021 года. Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с февраля по май 2021 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследованные были разделены на 4 группы: 1 группа – обследовалась в феврале, 2-я группа – в марте, 3-я группа – в апреле и 4-я группа – в мае. Для оценки уровня психологического стресса использовалась Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. Согласно полученным в ходе исследования данным, в первой группе обследуемых у 4,8% человек отмечался высокий уровень стресса, у 14,6% - средний уровень, у 80,6% интервьюируемых был выявлен низкий уровень психологического стресса. Во второй группе интервьюируемых у 10,2% опрошенных определялся высокий уровень стресса, у 19,2% - средний уровень и у 70,6% - низкий уровень. Среди респондентов, включенных в третью группу высокий уровень стресса был выявлен у 11,7% человек, средний уровень определялся у 20,5% опрошенных и у 67,8% интервьюируемых определялся низкий уровень стресса. В четвертой группе опрошенных лиц, высокий уровень психологического стресса был выявлен у 16,6%, средний уровень определялся у 22,3%, низкий уровень стресса отмечался у 61,1% респондентов.

Выводы. Анализируя результаты исследования, можно прийти к выводу, что наравне с ухудшением пандемической обстановки вызванной новой коронавирусной инфекцией, растет и уровень психологического стресса у лиц молодого возраста. На этом фоне возрастает риск развития психосоматических расстройств, эмоционального выгорания, возможно снижение адаптационных ресурсов, что увеличивает вероятность появления расстройств адаптации.

Черняева Ю.В.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ГЕРМИНОГЕННОЙ ОПУХОЛИ У БЕРЕМЕННОЙ

При выявлении редких пограничных опухолей у беременных существует риск диагностических ошибок, несущих угрозу здоровью как для матери, так и для плода, в связи с низкой настороженностью в их отношении. Цель работы – демонстрация возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике редкой герминогенной опухоли – дисгерминомы – у беременной.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение больной С., 20 лет, с последующим наблюдением пациентки в течение 1 года. УЗИ с доплерографией выполняли на аппарате PHILIPS HDI 11 XE.

Результаты и обсуждение. Пациентка поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота. Срок аменореи – 7 нед. 5 дней. Данные УЗИ: матка в антефлексию, контуры четкие, размеры 5,9*4,7*6,2 см. В полости матки визуализируется плодное яйцо, внутренний диаметр 2,0 см, с эмбрионом, КТР – 0,48 см, сердцебиение (+), ЧСС – 119 уд/мин, что соответствует сроку беременности 6 нед. 1 день. Левый яичник – 3,5*1,6 см, не увеличен, неоднороден, содержит единичные мелкие жидкостные включения и желтое тело беременности диаметром 1,6 см. Правый яичник не визуализируется. В его проекции определяется образование овальной формы, размерами 9,6*6,4*8,3 см, с бугристыми четкими контурами, солидной эхоструктуры, средней

эхогенности, с участками повышенной эхогенности, с высокой звукопроводимостью, усиленной васкуляризацией, кровоток смешанный (центральный и периферический). Внутриопухолевый артериальный кровоток: снижение индекса резистентности (RI) до 0,35 (пороговое значение для доброкачественных опухолей 0,5), максимальная пиковая систолическая скорость – до 25 см/с (пороговая 16 см/с), максимальная скорость внутриопухолевого венозного кровотока – до 17,8 см/с (пороговая до 6 см/с). В позадиматочном пространстве определяется незначительное количество жидкости. Асцита не обнаружено. Выводы: беременность I, 6 нед. 1 день, прогрессирующая. Эхопризнаки объемного образования правого яичника, подозрительного на злокачественное.

Уровень фибриногена повышен – 5,3 г/л (норма 2,12-4,33 г/л). Известно, что одной из причин повышения уровня фибриногена у беременных может выступать злокачественный процесс. Уровень онкомаркеров в сыворотке крови: СА125 – 66,79 Ед/мл (повышен), НЕ4 – 39,61 пмоль/л (норма), ROMA – 4,7% (низкий риск).

Выполнена односторонняя лапароскопическая овариэктомия. Послеоперационный период без осложнений. Гистологическое исследование: опухоль яичника имеет строение дисгерминомы. Иммуногистохимическое исследование: опухолевые клетки позитивны с виментином и PLAP. Экспрессия CD 117 опухолевыми клетками отсутствует. Пролиферативный потенциал опухолевых клеток умеренный (Ki 67 – 15%).

Беременность рекомендовано сохранить под наблюдением онколога и акушера-гинеколога. УЗИ плода проведено в скрининговые сроки. Аномалий развития плода и провизорных органов не выявлено. Беременность завершилась срочными родами, осложненными первичной слабостью родовой деятельности. Родился живой доношенный мальчик, вес 3 700 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

УЗИ в послеродовом периоде: левый яичник нормальных размеров, дополнительных образований и свободной жидкости в малом тазу не выявлено. Контроль на протяжении 12 мес. – рецидива не выявлено.

Выводы. УЗИ с доплерографическими режимами является методом диагностики первой линии при выявлении объемного образования яичника на фоне беременности, когда арсенал лучевых методов ограничен. Персонализированный подход, базирующийся на эхографии, лежит в основе выбора оптимальной лечебной тактики, приведшей к благоприятному перинатальному результату.

Чижевский И.В., Дегтяренко Е.В.

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ И ИЗМЕНЕНИЙ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ

Избыточное поступление токсичных химических элементов, обусловленное антропогенным загрязнением окружающей среды, недостаточное потребление с пищей и водой эссенциальных биоэлементов, климатогеографические и биогеохимические особенности местности приводят к развитию дисэлементозов, снижению соматического и стоматологического здоровья населения, в том числе детского. Дисэлементозы находят свое отражение в клинической картине имеющихся заболеваний и способствуют возникновению новых патологических процессов в различных органах и тканях. Территория Донецкой Народной Республики имеет серьезные экологические проблемы, что непосредственно влияет на биоэлементный состав и состояние здоровья детского организма.

Цель исследования. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных клинических и лабораторных наблюдений, посвященных взаимосвязи заболеваемости кариесом у детей и изменений биоэлементного состава организма.

Материалы и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных научных исследований, посвященных взаимосвязи заболеваемости кариесом у детей и изменений биоэлементного состава организма и данные собственных клинико-лабораторных наблюдений.

Результаты и обсуждение. Многочисленные исследования свидетельствуют, что состояние стоматологического здоровья детей различных регионов Украины и России зависит от геохимических особенностей и уровня антропогенного загрязнения.

Исследования микроэлементного состава зубов позволили сделать вывод о том, что неполноценность минерализации твердых тканей зубов и высокие показатели заболеваемости кариесом у детей Прикарпатья (Луцик Л.А., 1972) обусловлены биогеохимическими особенностями данной территории: недостаточностью фтора, железа, меди, цинка и кобальта.

При изучении распространенности кариеса у детей «чрезвычайно загрязненных промышленных» районов Днепропетровской области (Ковач И.В., 2006) была установлена прямая связь между распространенностью кариеса и содержанием в грунте марганца, железа, хрома, магния и меди и обратная связь для фтора, стронция и никеля.

При обследовании в г. Москве (Карасева Р.В., 2007) установлены достоверные различия элементного состава волос и слюны у здоровых детей с интактными зубами и детей с циркулярным кариесом. У девочек в волосах достоверно повышено содержание фосфора, кальция, магния, цинка, селена и понижено количество железа, марганца, алюминия, ртути и свинца; в слюне повышено содержание магния, натрия, цинка и меди. У мальчиков в волосах повышено содержание фосфора и понижено йода, а в слюне – повышено содержание натрия и цинка, понижено количество кальция.

Нами проведен спектральный анализ волос на содержание 33 химических элементов у детей г. Донецка (ДНР) на базе лаборатории лечебно-диагностического центра «Биотическая медицина». Выявлено, что у большинства детей, живущих в экологически неблагоприятных условиях, отмечаются дисэлементозы. На этом фоне по нашим данным, в 2015 г. среди 12-летних детей ДНР распространенность кариеса составила 56%, что соответствует среднему уровню распространенности по ВОЗ. При этом показатель интенсивности кариеса среди 12-летних детей составил 10,06, что соответствует очень высокому уровню интенсивности. Столь высокий показатель интенсивности кариеса обусловлен воздействием множества факторов, однако немаловажное значение играет то, что Донецкий регион занимает одно из ведущих мест по степени экологической опасности в Европе.

Выводы. Дисэлементозы встречаются у большинства детей г. Донецка, что отражается на уровне их общего здоровья и заболеваемости кариесом.

Чурилов А. В., Мацынин А. Н., Симрок В. В., Чурилов А. А., Цыбульник Ю. В.

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

БИОХИМИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Актуальность. Йодный дефицит (ЙД), остается важнейшей медико-социальной проблемой на современном этапе и является одним из факторов, определяющих распространенность и структуру заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), которой отводится особая роль в патогенезе гестационных и перинатальных осложнений. Вместе с тем, известна важная роль липидов в обеспечении нормального течения беременности. В процессе метаболических превращений они являются источниками макроэргических соединений и медиаторов участвующих в нервной регуляции, являются компонентами клеточных мембран, обеспечивают внутриклеточный гомеостаз, участвуют в процессах межклеточного взаимодействия, способствуя нормальному развитию плода. Так же установлено, что гипотиреотидная дисфункция ЩЖ сопровождается нарушением обмена липидов. Сведений о характере обмена липидов у беременных с ЙД в современной литературе недостаточно.

Целью настоящей работы стало изучение особенностей липидного обмена у беременных с йодным дефицитом.

Материал и методы. Обследованы 93 беременных, проживающих в йоддефицитном Донбасском регионе. Группу I составили 38 беременных с ЙД. Группу II составили 55 беременных с нормальным уровнем йодного потребления. Учитывая негативное влияние ЙД на течение беременности, решено назначить калия йодид 250 мкг в сутки беременным I группы. Беременные II группы получали калия йодид с преградиварного периода. Беременные обеих групп были сопоставимы по основным параметрам.

Оценка липидного обмена проводилась путем определения уровня общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и индекса атерогенности (ИА). Определение уровня ХС, ЛПВП и ТГ в сыворотке крови производилось фотометрически с использованием реактивов «Холестерин Liquid С», «HDL-холестеринасажающий раствор» и «Триглицериды Liquid С» («Плива-Лахема», Чехия). Уровень ЛПНП, ЛПОНП и ИА определялся расчетным методом.

Результаты и их обсуждение. В I триместре гестации уровень ХС у беременных I группы статистически значимо ($p < 0,05$) превышал на 7,2 % его уровень у беременных II группы, составив $4,5 \pm 0,1$ ммоль/л и $4,2 \pm 0,1$ ммоль/л, соответственно. Уровень ЛПВП без значимой разницы ($p > 0,05$) был на 5,6 % ниже его уровня у беременных с нормальным йодным обеспечением, составив $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,7 \pm 0,1$ ммоль/л. В этот период отмечался более высокий на 27,3 % ($p < 0,05$) уровень ТГ в сравнении с беременными без ЙД, составив $1,4 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,1 \pm 0,1$ ммоль/л. Йодный дефицит у беременных ассоциировался с более ($p < 0,05$) высоким на 8,8 % уровнем индекса ИА в сравнении с его уровнем у беременных, имеющих нормальное йодное обеспечения, составив $1,9 \pm 0,1$ ед. и $1,6 \pm 0,1$ ед., соответственно. Наряду с этим, в I триместре гестации у беременных с ЙД отмечался более ($p < 0,05$) высокий (на 15,8 %) уровень ЛПНП в сравнении с беременными без ЙД, составив $2,2 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,9 \pm 0,1$ ммоль/л, соответственно. Уровень ЛПОНП у беременных с ЙД в I триместре гестации, не имея значимых различий ($p > 0,05$), все же превышал на 20,0 % их уровень у беременных без ЙД, составив $0,6 \pm 0,1$ ммоль/л и $0,5 \pm 0,3$ ммоль/л, соответственно.

Выводы. Таким образом, в I триместре гестации у беременных с ЙД установлено наличие дислипидемии, характеризующейся гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, повышением уровня атерогенных липопротеидов (ЛПНП и ЛПОНП) и ИА на фоне снижения уровня ЛПВП. Следует продолжить изучение особенностей липидного обмена у беременных в регионе природного йодного дефицита с целью установления взаимосвязи его нарушений с характером течения гестации и поиска методов коррекции выявленных изменений.

Чуркин Д.В., Склянная Е.В., Головань Д.Д.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, ДНР

ОЦЕНКА МИКРОКЛИМАТА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ЖАРКИЙ ПЕРИОД ГОДА

Специфика профессиональной деятельности некоторых групп специалистов опасных профессий, связана с эксплуатацией колесной и гусеничной техники, при этом продолжительность пребывания на рабочем месте, а также расположение рабочего места определяются условиями выполнения задач. Такой подход исключает возможность регулирования сроков выполнения работ в условиях нагревающего микроклимата в жаркий период года, а также затрудняет чередование периодов труда и отдыха, что создает предпосылки к общему перегреву организма и развитию различных форм тепловых поражений.

Необходимо отметить, что технические характеристики используемой для выполнения задач колесной и гусеничной техники, предусматривают возможность её эксплуатации в условиях нагревающего и жаркого климата, для чего в штатном режиме, при работающем двигателе техники используется система активной вентиляции рабочих мест экипажа, а также грузовых и транспортных отсеков. Конструктивно включенные в обшивку корпуса колесной и гусеничной техники теплоизолирующие элементы также позволяют обеспечить поддержание температуры на рабочем месте в пределах допустимых показателей.

Важно подчеркнуть, что традиционный подход к эксплуатации колесной и гусеничной техники специалистами опасных профессий предусматривает её маскировку, в том числе с использованием специальных защитных сеток, навесов и других инженерных элементов, обеспечивающих затенение

техники, что также позволяет снизить нагревающее действие солнечных лучей и уменьшить температуру на рабочем месте членов экипажа.

В сложившихся условиях эксплуатации колесной и гусеничной техники специалистами опасных профессий имеет место преимущественное размещение в затененных либо частично затененных условиях с выключенным двигателем, что ограничивает приток свежего воздуха на рабочие места членов экипажа.

Нами была выполнена оценка параметров микроклимата на рабочих местах специалистов опасных профессий (механика-водителя, оператора-наводчика, командира экипажа) при расположении колесной и гусеничной техники на грунте вне инженерных сооружений в условиях полигона, при частичной светомаскировке лба, башни и кормы машины в период 4,0 – 8,0 часов с начала светового дня (не менее 2,0 часов с момента расположения техники в месте выполнения задач), на уровне груди специалиста, в жаркий период года (суточная температура воздуха $>30,00^{\circ}\text{C}$).

Определяли температуру воздуха, влажность и скорость движения воздуха согласно с принятыми методиками, рассчитывали средние величины, сравнивали с нормативными показателями с использованием параметрических методов статистики.

Показатели температуры ($+30,2+0,60^{\circ}\text{C}$) на рабочих местах членов экипажа не имели значимых различий и соответствовали $\sim 0,82 - 0,85$ показателя заборной температуры.

Показатели относительной влажности на рабочем месте составляли $22,5+2,5\%$ и соответствовали заборному показателю.

Показатели скорости движения воздуха на рабочих местах при открытых люках и выключенном двигателе составляли $0,1+0,02$ м/с, что составляло $\sim 0,30 - 0,35$ показателя заборной скорости движения воздуха.

Микроклимат на рабочем месте специалистов опасных профессий в жаркий период года был оценен на как нагревающий с недостаточной кратностью воздухообмена, что обуславливает необходимость разработки и внедрения профилактических мероприятий, направленных на уменьшение риска генерализованных тепловых поражений.

Шабанов О.В., Терпигорьева Л.П., Юровская И.А.

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

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЗУБАХ С РАЗЛИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Периапикальное воспаление в современной литературе рассматривается как причина наружной апикальной резорбции корня зуба. Степень резорбции зависит от характера и длительности периапикального воспаления и связана с активностью грануляционной ткани в области хронического воспаления. Макрофаги рассматриваются как главный источник провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF- α), которые инициируют и поддерживают воспалительный процесс. Публикации о связи содержания цитокинов в периапикальном экссудате с клиническими симптомами апикальных периодонтитов крайне редки и противоречивы.

В связи с этим, целью настоящей работы было определить содержание IL-1 β и TNF- α в периапикальном экссудате в зубах с различным состоянием апикальной констрикции.

Материалы и методы. Периапикальный экссудат был получен через корневой канал 118 зубов, используя абсорбирующие бумажные штифты. Концентрация IL-1 β и TNF- α была определена с использованием иммуноферментного анализа. Было проведено изучение содержания IL-1 β и TNF- α в 55 зубах с сохраненной, 35 зубах с частично разрушенной и 29 зубах с полностью разрушенной апикальной констрикцией.

Результаты исследования. Было установлено, что IL-1 β определялся в экссудате всех корневых каналов с периапикальными поражениями, однако концентрация его варьировала в широком диапазоне от 1,38 нг/мл до 10,27 нг/мл. Было показано, что экссудат из каналов с разрушенной апикальной кон-

стрикцией содержал значительно больше IL-1 β $6,99 \pm 0,21$ нг/мл, чем в зубах с сохраненной апикальной констрикцией $3,47 \pm 0,17$ нг/мл $t=13,03$ $p<0,05$. Установлено, что уровень TNF- α был значительно ниже по сравнению с содержанием IL-1 β и не было выявлено корреляции между этими цитокинами. Не было установлено различий в содержании интерлейкинов в зубах с полностью разрушенной и частично разрушенной апикальной констрикцией (соответствующие показатели $7,0 \pm 0,37$ нг/мл и $6,97 \pm 0,25$ нг/мл); $t=0,07$ $p>0,05$.

Выводы. Наличие наружной апикальной резорбции в зубах с апикальными периодонтитами может создавать условия для формирования микробной биопленки недоступной для хемоинструментальной обработки и поддерживать активацию макрофагов с образованием провоспалительных цитокинов.

Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С.

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

СПИНАЛЬНЫЕ МЫШЕЧНЫЕ АТРОФИИ И НЕЙРОМЫШЕЧНЫЙ СКОЛИОЗ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ МИОГЕННОГО ТРИГГЕРА В ПОТЕНЦИРУЮЩЕМ ВЛИЯНИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Актуальность. Для формирования модульной гибкости и обеспечения потенциального успеха проводимого лечения спинальных мышечных атрофий (СМА) крайне важным является комбинаторный подход, включающий этиопатогенетический аспект и всесторонний анализ задействованных уровней повреждения нейромышечной интеграции, с возможностью своевременной дифференциации ведущего паттерна не только двигательных расстройств, но и их скелетно-мышечных осложнений, оказывающих негативное влияние на течение и прогноз заболевания, с дальнейшей перспективой проактивной прецизионной терапии выявленных нарушений.

Цель. Изучение эффективности прецизионной терапии пациентов со СМА, построенной на основе динамического анализа элетронеуромиографических (ЭНМГ) данных и стратегии прогнозирования заболевания.

Материал и методы. Сплошное проспективное исследование всех госпитализированных пациентов в отделение Республиканского клинического центра нейрореабилитации г. Донецка за 15 лет наблюдения включало 95 детей (66 мальчиков и 29 девочек) с генетически подтвержденным диагнозом проксимальной СМА, проживающих в Донецкой области и других регионах Украины, а также странах ближнего зарубежья. Возраст детей на начало исследования составил $2,64 \pm 1,48$ года. С учетом данных генофенотипирования, из них 54 ребенка были со СМА 2 типа, 41 пациент со СМА 3 типа. Проведено ЭНМГ-исследование («Нейро-МВП-микро», РФ) с изучением интенсивности потенциалов фибрилляции (ПФ) и динамики показателей девиации максимальной амплитуды (ДМАП) и девиации средней частоты потенциалов (ДСЧП) до и после нагрузочных тестов. Нарастание интенсификации ДМАП и ДСЧП после нагрузочных тестов более 30 %, фиксирование ПФ расценивалось как сопутствующее миопатическое повреждение. Степень сколиоза оценивалась с помощью рентгенографии позвоночника (КРДЦ-03 «Альфа», Украина) с анализированием величин угла боковой девиации по Коббу. При боковом отклонении до 10° констатировали сколиоз 1 степени, от 10° до 25° – сколиоз 2 степени, показатели угла в диапазоне 26° – 50° расценивали как 3 степень сколиоза, угол деформации более 50° трактовался как сколиоз 4 степени. Уровень функционального состояния пациентов со СМА старше 3 лет проводился по валидированной шкале RHS (пересмотренная шкала Хаммерсмит), в возрасте от 1 – 3 года применялась шкала MHS (модифицированная шкала Хаммерсмит).

Результаты. В группе пациентов со СМА 2 типа выявлена тесная прямая корреляционная связь между значениями ДМАП и ДСЧП (маркеров миопатического повреждения) и рентгенологическими признаками степени тяжести сколиоза по Коббу: $r = 0,74$ и $r = 0,77$ соответственно. Подобная ситуация отмечена и в группе со СМА 3 типа, в которой установлена тесная прямая взаимосвязь значений ДМАП и ДСЧП и показателей деформационного угла по Коббу: $r = 0,8$ и $r = 0,75$ соответственно. Установлено, что высокие показатели ДМАП и ДСЧП характеризуют активность развития миопатического повреждения и сопряжены с большей выраженностью нейромышечного сколиоза.

Выводы. Таким образом, признаки миогенного поражения, полученные по данным ЭНМГ-исследования, являются неблагоприятными прогностическими факторами, влияющих на формирование костно-мышечных осложнений. Повышенные значения ДМАП и ДСЧП отражают высокую активность течения процесса вторичного миогенного поражения и выступают в качестве маркера риска развития и прогрессирования сколиотической деформации позвоночника у детей со СМА, что определяет стратегию лечения скелетно-мышечной осложнений.

Шано В.П., Демчук О.В., Торгавец В.А.

ИНВХ им. В.К. Гусака МЗ ДНР

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С УЧЕТОМ НЕФРОПРОТЕКЦИИ

Одной из обязательных задач анестезиологического обеспечения кардиохирургических, ангиохирургических и абдоминальных операций является нефропротекция.

Исследовали условия и причины развития почечного повреждения при 96 ангиохирургических, 65 кардиохирургических и 70 абдоминальных вмешательствах. Путем многофакторного анализа с учетом ранговой корреляции Кендалла ($K > 0,5$) из 52 возможных условий нарушения функции почек установлены риски развития острого послеоперационного почечного повреждения. Они включали: длительность операции $> 3,5$ часов - 97,9% (ДИ 91,6 – 98,4)%, объем кровопотери ATLS III – IV - 58,9% (ДИ 39,6 – 62,8)%, длительность ИК $> 1,5$ часов - 97,9% (ДИ 94,0 - 99,8)%, длительность пережатия аорты > 50 мин. - 78,3% (ДИ 66,9 – 87,9)%, реинфузия > 300 мл. - 98,6% (ДИ 95,9 - 99,9)%, гемотрансфузия > 4 доноров - 98,9% (ДИ 94,7 – 100)%, гемодилюция «Либеральная» - 60 мл/кг – 97,8% (ДИ 88,7 – 100)%, длительность ИВЛ > 4 ч - 99,3% (ДИ 97,2 - 100,0)%, обезболивание без регионарной анестезии - 91,3% (ДИ 86,0 - 95,4)%.

Таким образом, с целью обеспечения ренопротекции, путем предупреждения и ослабления ишемии – реперфузии, противовоспалительного и противоцитокинового влияния операционной травмы целесообразно использовать комбинированное обезболивание: внутривенная анестезия с ИВЛ и перидуральный блок, как обязательный компонент улучшения регионального кровотока, не только во время, но и после операции. Преимущество эпидуральной блокады обеспечивает снижение воспалительного эффекта, ослабляет механизмы ишемии – реперфузии; усиливает противоцитокиновый эффект и снижает содержание молекул адгезии ICAM 1, интерлейкинов 6, 18, TNF α ; уменьшает оксидативное повреждение и апоптоз клеток слизистой желудочно – кишечного тракта; индуцирует и устраняет мезентериальную ишемию – реперфузию, снижает активность мезентериальной пероксидазы.

Шано В.П., Демчук О.В., Торгавец В.А.

ИНВХ им. В.К. Гусака МЗ ДНР

ОСТРОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ (ОППП): ПАРАДИГМА С ПОЗИЦИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Больные с ОППП составляют не менее 30% из всех поступающих после операций в отделение интенсивной терапии, включая кардиохирургические (50%), ангиохирургические (47%), торакальные и абдоминальные (27%) операции.

При этом общепринятая тактика проведения гемодиализа (70%), в сочетании с гемофильтрацией (16,7%) или гемодиализацией (10%) не только не улучшило результатов лечения, а привело к увеличению летальности в 7 раз в сравнении с пациентами без диализа.

Поэтому актуальным является вопрос: «Почему при этом виде почечного повреждения не эффективна заместительная почечная терапия?». Ответ на этот вопрос отражает современная парадигма этого вида почечного повреждения в системе концептуальных установок, доказательств и модели решения проблемы. Парадигма включает дефиницию ОППП; главный ее этиологический фактор, как ответ на «хирургический» стресс; типовой морфологический эквивалент повреждения почек; отражает патогномоничные нефротоксины, включая высокомолекулярные продукты: гемолиз, свободный гемоглобин (16 000 – 80 000 Да), лактат (171 000 да), миоглобин (16 000 да), цитокины, ИЛ 6, 18, TNF α (17 000 – 45 000 Да), продукты консервации крови (60 000 Да) и другие; рекомендует диагностические маркеры ОППП, выявляющие повреждение канальцев за сутки и более до клинического проявления – NGLA, ИЛ18, цистатин С. Парадигма рассматривает реперфузионный синдром не как осложнение, а неотъемлемое проявление эндотелиального повреждения с формированием некробиоза клеток, прогрессирующего снижение АТФ и невозможности ее генерировать.

Таким образом, современная парадигма определила новое направление в интенсивной терапии ОППП: от заместительной терапии к профилактической детоксикации путем устранения критической концентрации и перераспределения высокомолекулярных нефротоксинов в компартменте ткань / кровь, что предупреждает канальцевые повреждения, уменьшает эндогенную интоксикацию и способствует перепрограммированию клеток иммунного реагирования, снижая воспалительный процесс.

Шано В.П., Демчук О.В., Торговец В.А.

ИНВХ им. В.К. Гусака МЗ ДНР

РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Среди механизмов формирования полиорганных нарушений в послеоперационном периоде реперфузионный синдром рассматривают не как осложнение, а проявление тяжести острой дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности, а также острого почечного повреждения. Патоморфологическая картина развивается с момента восстановления артериального кровотока при повреждении эндотелия микроциркуляции из-за эффекта венозного не возврата. Следствием этого является уменьшение органного кровотока вплоть до 40%, фракции выброса и наполнения левого желудочка не менее чем на 38%, при повышении артериального давления на 51%. Инициаторами этого синдрома являются такие факторы «операционной» агрессии, как длительность операции > 4 часов 99% (ДИ 98,8 – 100)%, искусственное кровообращение > 1,5 часов 78,7% (ДИ 66,9 – 87,9)%, реперфузия более 300 мл 98,6% (ДИ 95 – 99,8)%, гемотрансфузия более 4 доноров 98,9% (ДИ 94 – 99,7)%, внутрисосудистый гемолиз > 0,1 г/л 96,8% (ДИ 89,7 – 99)%, «либеральная» инфузия 97,8% (ДИ 83,7 – 98,4)%. При этом адгезия лимфоцитов и лейкоцитов на эндотелии способствует повреждению капиллярного кровотока, усугубляя ишемию.

Лечение и профилактику реперфузионного синдрома необходимо начинать еще во время операции после прекращения ИК, до снятия зажима с аорты используя эндогенный Аденозин 70 мг/кг; Корватин для синтеза оксида азота и стабилизации капилляров 0,5 в 100,0 физиологического раствора; Лотрен400,0 мл; Дофамин 2 – 10 мкг/кг/мин; Реамбирин 400,0 мл; Тивортин – источник аргинина 100,0. Несмотря на достаточно большой список препаратов консервативного лечения действенным методом активного лечения является дискретный плазмаферез в течении 6 часов после операции. Этот метод кроме устранения «критической» концентрации эндогенных токсинов микроциркуляции определяет и обеспечивает важный механизм детоксикации – репрограммирование клеток иммунного реагирования лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов.

Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярошак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б.

Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К. Гусака

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА МОЧЕТОЧНИКА

Цель исследования: На основании анализа клинического случая, больного с спонтанным разрывом мочеточника, определить алгоритм диагностики и тактики лечения данной патологии.

Актуальность: Спонтанный разрыв верхних мочевыделительных путей (ВМП) является редко встречающимся заболеванием в неотложной урологии. В литературе описаны единичные наблюдения случаев развития идеопатического разрыва чашечно-лоханочной системы. Употребление термина «спонтанный» разрыв мочеточника допустимо при отсутствии ранее перенесенных эндоурологических манипуляций/операций; внешней травмы; внешнего воздействия на мочеточник; деструктивного заболевания почек, а также при отсутствии в анамнезе у пациента предшествующих операции в забрюшинном пространстве со стороны поражения. Спонтанный разрыв ВМП является неотложным урологическим заболеванием и требует экстренной помощи, несмотря на это, отсутствуют единые диагностические алгоритмы и лечебная тактика данной патологии.

Материалы и методы: В период с 2020 по 2021 г. в ИНВХ им. В.К. Гусака наблюдались и оперированы 112 пациента с патологией верхних мочевыделительных путей, осложнившейся развитием почечной колики. Женщин было — 72, мужчин — 40. Возраст больных колебался от 19 до 72 лет. У 1 пациента при поступлении в стационар был выявлен спонтанный разрыв левого мочеточника на фоне полного благополучия.

Пациент Б. 58 лет был доставлен в приемное отделение ИНВХ им. В.К. Гусака с предварительным с диагнозом — МКБ: левосторонняя почечная колика. Со слов больного заболел накануне вечеров, когда появились боли в левой поясничной области, тошнота, рвота. Из анамнеза известно, что ранее перенесенных эндоурологических манипуляций/операций не было, внешнее воздействие, травм отрицает. Самостоятельно принимал анальгетики и спазмолитик без видимого эффекта. При осмотре пациент предъявлял жалобы на распирающие боли в поясничной области слева, с иррадиацией по левому фланку живота. При физикальном осмотре были выявлены положительные симптомы поколачивания и Пастернацкого слева. По данным лабораторного обследования в общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз - 10.4; без сдвига лейкоцитарной формулы. В общем анализе мочи эритроциты занимали ½ поля зрения. В биохимических анализах крови без особенности. При ультразвуковом исследовании было выявлено расширение ЧЛС слева, отек паранефральной, парауретеральной и забрюшинной клетчатки слева. Для уточнения диагноза больному была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в\в контрастированием: парауротеральный затек контрастного вещества слева(уринома). Перфорация левого мочеточника. Конкрементов ВМП не выявлено. Больной был госпитализирован, в ургентном порядке. По литературным данным ряд авторов считают, что при данной патологии необходимо выполнять чрезкожную перкутанную нефростомию и пункционное дренирование уреномы. Нами было принято решение выполнить стентирование левого мочеточника под УЗ – контролем с последующим рентгенологическим контролем. Назначена антибактериальная, спазмолитическая терапия. **Результаты:** В послеоперационном периоде отмечались уменьшение выраженности болевого синдрома, значительное улучшение общего состояния и лабораторных показателей: лейкоциты крови 7.8; Пациент выписан на 3-е сутки из стационара в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели ему выполнена контрольная компьютерная томография: экстравазация контрастного вещества и парауротерального отека не наблюдалось. Через неделю больному был удален стент.

Вывод: Диагностика спонтанного разрыва полостной системы почки представляет существенную сложность, так как может сопровождаться стертой клинической картиной или имитировать другую

патологию. Основным методом лечения, при отсутствии признаков гнойных осложнений, является стентирование мочеточника в ургентном порядке. Установка стента позволила нам достигнуть удовлетворительных результатов лечения в кратчайшие сроки.

Шановалов И.Н., Багдасаров К.М., Голубицкий К.О., Баиров И.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Институт Неотложной и Восстановительной хирургии им.В.К. Гусака

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПРИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА

Актуальность исследования. Гигантские послеоперационные вентральные грыжи представляют собой редкую хирургическую патологию. В процессе длительного грыженосительства происходит постоянная ретракция прямых мышц живота, что приводит к дальнейшему увеличению дефекта. При выборе метода герниопластики необходимо учитывать резкое повышение внутрибрюшного давления, способствующее появлению абдоминального компартмент-синдрома, что приводит к полиорганной недостаточности.

Цель исследования. Выбор оптимального метода пластики гигантских послеоперационных вентральных грыж и профилактики компартмент-синдрома.

Материалы и методы. В основу исследования положены истории болезни 115 пациентов, поступивших на лечение в хирургическое отделение ИНВХ им. В. К. Гусака в плановом порядке в 2019 – 2020 гг, оперированных по поводу вентральной послеоперационной грыжи. Для исследования отобраны 20 больных с диагностированной гигантской вентральной грыжей: 12 мужчин и 8 женщин от 37 до 63 лет. 16 из 20 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. 11 пациентам была выполнена пластика по методу Rives-Stoppa, 6 пациентам произведена операция Carbonell, 3 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 20 больных у 19 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.

Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярошак С.В., Романова К.В., Пасечник Т.

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

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Актуальность. Пандемия COVID-19 внесла изменения в функционирование системы здравоохранения во всем мире. Изменилась и деятельность хирургической службы. Ведущими специалистами в данной отрасли было проведено масштабное исследование особенностей оказания специализированной хирургической помощи населению почти за 3 года пандемии. Вызывает интерес – возможность воплощения рекомендаций по ведению хирургических пациентов в нашем регионе.

Материалы и методы. Международные позиционные документы и рекомендации, результаты исследования WSES (World Society of Emergency Surgery).

Результаты. Проанализировав имеющиеся литературные источники, выявлены основные закономерности ведения хирургических пациентов в период пандемии COVID-19, среди основных можно выделить:

1) Основное внимание в предоперационном периоде следует уделять скрининговому исследованию на новую короновиральную инфекцию всех поступающих в хирургический стационар (мазок из носоглотки с анализом ПЦР РНК вируса, КТ ОГК/рентгенография); при неподтвержденном лабораторно заражении все равно вести как потенциально инфицированного;

2) При наличии острой хирургической патологии – по возможности вести пациента консервативно (антибактериальная терапия), в случае необходимости – отдать предпочтение минимально инвазивным процедурам (к примеру, чрескожное дренирование под контролем УЗИ очага гнойного воспаления); лишь разлитой перитонит – показание к оперативному вмешательству; при выполнении последнего – придерживаться открытой методики, избегать лапароскопии, как вмешательства, сопровождающегося массивной аэролизацией (доказано, что хирургический дым – источник вирусных частиц);

3) От плановых оперативных вмешательств следует, по возможности, отказаться; в случае необходимости выполнения последних – отдавать предпочтение также открытым методам, избегать лапароскопии; в бариатрической хирургии использовать эндоскопические методики; а при обеспечении анестезиологического пособия плановых оперативных вмешательств – использовать регионарные методы обезболивания;

4) В послеоперационном периоде – применять для всех (кроме имеющих абсолютные противопоказания, к примеру, коагулопатии с дефицитом свертывающей системы) раннюю антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами в дозировках для высокого риска тромбоэмболических осложнений; также регулярно проводить анализ уровня D-димера; при необходимости – продленная эпидуральная анестезия.

Выводы. Приведенные рекомендации WSES абсолютно применимы в учреждениях третичного звена здравоохранения нашего региона.

Шаталов А.Д., Момот Н.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Ступаченко О.Н., Филахтов Д.П.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ

Цель работы: изучение особенностей клиники, диагностики и лечения осложненных форм хирургической патологии диафрагмы.

Материал и методы. В клинике хирургии им. проф. Овнатяна К.Т. ГОО ВПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 2010 по 2020 гг. находилось на

лечении 201 больной с различными формами хирургической патологии диафрагмы. Лишь 36 (28%) пациентов с поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом.

Хирургическое лечение выполнено у 34 пострадавших с повреждениями диафрагмы и 167 пациентов с различными видами осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

При крупных дефектах диафрагмы у 2 больных ликвидация грыжевых ворот осуществлена за счет разработанного нами метода «дубликации», сочетающего в себе элементы частичного «гофрирования» диафрагмы и ее «дубликатуры» (патент Украины № 10332).

У 74 пациентов с осложненной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, выполнено хирургическое вмешательство по разработанной в нашей клинике методике пластики пище-водного отверстия (патент Российской Федерации № 764665).

Не оперированы 14 пациентов, из которых один больной с ущемлением кишечной петли в дефекте купола диафрагмы поступил в клинику в терминальном состоянии с перитонитом и умер вскоре после поступления. Пять пациентов с тяжелым реперкуссивно-ирритативным синдромом стали объектом лечения у терапевтов и невропатологов. Также, не оперировано 8 больных с эрозивно-язвенным эзофагитом.

Результаты. Результаты лечения у 121 оперированных пациентов с острыми и осложненными формами хирургической патологии диафрагмы оказались вполне удовлетворительными. Умер 1 оперированный больной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в результате тромбоза ствола легочной артерии. Остальные пациенты выздоровели.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Войтюк В.Н., Жуков А.С., Гурьев Г.Г.

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

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Цель работы. Дать оценку непосредственным результатам различных видов операций у больных с гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и оперативного лечения 108 пациентов с ГЭП, которые были оперированы в клинике за последние 20 лет. Женщин было 61 (56,5%), мужчин – 47 (43,5%) в возрасте от 34 до 58 лет. Длительность анамнеза заболевания с момента возникновения жалоб составляла 4-32 месяца. 67% заболевших проживали в городах Донецкого региона, 33% - были жителями южных сельских районов. 42% пациентов имели в хозяйстве собак, а также коров и свиней. Сочетанное поражение лёгких и печени было у 7 (6,5%) чел. Одиночная паразитарная киста была у 59 (54,6%) больных, у 49 (45,4%) – по 2 и более. Жидкостное образование локализовалось в правой доле печени у 57 (53,1%) пациентов, в левой доле – у 26 (24,2%), правой и левой – у 25 (22,7%). Для уточнения диагноза использовали следующие методы исследования: клинико-лабораторные (с серологическими реакциями на эхинококк), мультиспиральную компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию. Всем 108 больным выполнены различные операции.

Анализ полученных результатов. Радикальность хирургического вмешательства при ГЭП зависит от полноты ликвидации остаточной полости печени. Лапароскопические операции проведены у 21 (19,2%) пациента, лапаротомные – у 62 (57,6%), пункционно-дренажное лечение под ультразвуковым контролем – у 25 (23,2%). Остаточную полость после эхинококкэктомии обрабатывали 1% раствором повидон-йода или 96% этиловым спиртом. Дополнительно применяли диатермокоагуляцию или обработку ультразвуковым диссектором. Растворы повидон-йода или натрия гипохлорида применяли дополнительно для разрушения хитиновых оболочек и обеззараживания остаточной полости печени. Дренирование продолжали от 3 до 7 недель. После операции больные получали альбендазол (вормил) в стандартной дозе в течение 4 недель. Если киста располагалась в глубине печени,

выполняли лапаротомное или пункционно-дренажное вмешательство. При лапаротомии выполнили эхинококкэктомию с частичной резекцией стенок кисты у 32 чел, атипичную резекцию печени – у 18, латеральную сегментэктомию – у 12. Различные осложнения после пункционно-дренажных вмешательств отмечены в 3,1% случаев, лапароскопических – в 1,9% и лапаротомных – в 2,8%. После пункционно-дренажных вмешательств рецидив наблюдали у 2 (8%) больных. Умер 1 (0,9%) пациент от тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Свести до минимума количество осложнений и рецидивов у пациентов с ГЭП возможно при использовании малоинвазивных лапароскопических операций, профилактике диссеминации инвазивного материала в брюшную полость при операции, антипаразитарной химической и термической обработке стенок остаточной полости, назначении антипаразитарного лечения после операции. Для диагностики ГЭП целесообразно применять УЗИ, иммуноферментные тесты, в сложных случаях – КТ и МРТ.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Страшко Е.Н.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Цель работы. Уточнить возможности эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении осложнений жёлчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. В I хирургическом отделении ДОКТМО лечились 736 больных с осложнённой ЖКБ, которым были выполнены ЭПСТ, за последние 8 лет. Мужчин было 192 (26,1%), женщин – 544 (73,9%) в возрасте от 22 до 78 лет. Для уточнения диагноза использовали следующие методы исследования: УЗИ, КТ или МРТ, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию. ЭПСТ проводили по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINONE PX – 201 H; PENTAX – 1000 (Япония) и С-дуги.

Анализ полученных результатов. В 460 (62,5%) случаях выявлен первичный холедохолитиаз (ХДЛ), резидуальный – в 182 (24,7%), рецидивный – в 94 (12,8%). На первом этапе показаниями к выполнению ЭПСТ были: вклиненный конкремент дистального отдела холедоха, сопровождающийся желтухой и холангитом, ХДЛ с симптомами обтурационной желтухи и/или холангита; ХДЛ и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) при холецистолитиазе у тяжёлых пациентов, конкременты холедоха небольших размеров и стеноз БДС при отсутствии камней в жёлчном пузыре. При наличии факторов риска развития панкреатита, больным до и после транспапиллярного вмешательства вводили сандостатин, антибактериальные препараты, блокаторы протонной помпы, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства. ЭПСТ выполнить не удалось у 14 больных из-за парапапиллярного дивертикула, стеноза папиллы (8), больших конкрементов в холедохе (6). Им было выполнено открытое оперативное вмешательство. На втором этапе после ЭПСТ с литоэкстракцией у пациентов с первичным ХДЛ была проведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), за исключением 3 больных, отказавшихся от дальнейшего лечения и 2 пациентов, у которых был высоким операционно-анестезиологический риск. После ЭПСТ различные осложнения отмечены у 58 (8%) чел.: острый панкреатит – у 40, из которых у 6 отмечен деструктивный процесс в поджелудочной железе с присоединением у 4 из них плевропневмонии, у 10 – ферментативного перитонита. У 3 пациентов наблюдали кровотечение из рассеченной папиллы: у 1 оно было остановлено эндоскопически, в 1 случае – с применением гемостатической терапии, а у одной пациентки, в связи с неэффективностью консервативного лечения, выполнена лапаротомия, дуоденотомия, перевязка сосуда. У 5 больных отмечен холангит. Умерли 3 (0,4%) пациента: 1 пациентка 67 лет – от тромбоэмболии легочной артерии, 2 пациента – от прогрессирующего гнойно-деструктивного панкреатита.

Выводы. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является эффективным методом для лечения больных с осложнённым ХДЛ, что позволяет не прибегать к повторным лапаротомным операциям. Двухэтапные вмешательства (ЭПСТ с последующей ЛХЭ) целесообразно применять при осложнённых формах ЖКБ, особенно у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией в пожилом и старческом возрасте.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Межаков С.В., Пархоменко А.В., Иванов М.В.

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

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Цель работы – провести анализ малоинвазивных и лапаротомных способов хирургического лечения у пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 140 больных с НКП, которые лечились в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения с 2011 по 2020 гг. Среди них было 103 (73,6%) женщины и 37 (26,4%) мужчин в возрасте от 19 до 78 лет. Диаметр кист печени составлял от 4 до 18 см. Кисты локализовались: в правой доле печени – у 99 (70,7%) чел., в левой – у 41 (29,3%) чел. Все больные были распределены на 3 группы: пункционное лечение – 64, лапароскопические операции – 46, лапаротомные операции – 30. В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1 – которые лечились по усовершенствованным способам и 2 – которым выполнены традиционные операции. Для уточнения диагноза применены следующие методы исследования (в различных сочетаниях): клинко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопии и вмешательств под её контролем использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия).

Результаты и обсуждение. У 64 больных выполнена пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты склерозирующего раствора, например, Тромбозара. Пункционный метод лечения необходимо применять при кистах печени, которые расположены в глубине паренхимы. После пункционного лечения у 6 чел. наблюдали различные осложнения. Лапароскопические операции проведены в 46 случаях, в 29 из них применены модифицированные методики. У 2 чел. было незначительное жёлчеистечение из дренажа, которое на 4-й день прекратилось. У 30 пациентов выполнены лапаротомные операции: удаление кист – 21, перикистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. После этих операций наблюдали различные осложнения у 6 (20%) чел. В 34 случаях успешно применён разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.), у 28 – «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент № 81922 от 10.07.2013 г.); у 18 – «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.), у 10 – «Способ лечения кисты печени» (патент № 123096 от 12.02.2018 г.), у 7 – «Способ пункционного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент № 123085 от 12.02.2018 г.).

Сравнительный анализ показал, что малоинвазивные и усовершенствованные способы лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения. Количество послеоперационных осложнений за последние 5 лет уменьшилось на 7,8%. Умер 1 пациент 76 лет вследствие тромбоэмболии лёгочной артерии.

Заключение. Больных с непаразитарными кистами печени целесообразно оперировать в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных усовершенствованных способов, что позволяет снизить число послеоперационных осложнений на 7,8% и увеличить количество хороших и удовлетворительных отдаленных результатов на 17,7%.

Шатохина Я.П., Шаповалова И.В.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Значительная роль в патогенезе как гастродуоденита так и хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) принадлежит иммунным нарушениям и метаболическим расстройствам, а именно дисбалансу прооксидантно-антиоксидантной систем. Чрезмерная активация свободнорадикальных реакций, интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), угнетение функционального состояния системы антиоксидантной защиты (АОЗ) в сочетании с синдромом метаболической интоксикации (СМИ) приводят к повреждению и разрушению клеточных мембран, и следовательно, к нарушению структуры эндотелиоцита слизистой оболочки желудка и эпителиоцита слизистой оболочки желчного пузыря, независимо от причины, с возможным их преждевременным апоптозом, к вовлечению желчеобразующей и желчевыделяющей системы, к нарушению микроциркуляции в гастродуоденальной зоне и печеночно-селезеночном кровотоке, снижению репаративных способностей пораженного органа. Кульминацией чего является обострение патологического процесса.

Целью работы было изучение показателей активности ПОЛ по содержанию в крови промежуточных продуктов перекиса липидов – диеновых конъюгатов (ДК) и конечного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА), а также уровня перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ) у больных ХНХ, сочетанного с гастродуоденитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 37 иностранных студентов (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 19 до 28 лет, временно пребывающих на территории г. Луганска и обучающихся в ЛГМУ.

Результаты и обсуждение. До начала лечения у больных ХНХ, сочетанным с гастродуоденитом концентрация МДА в сыворотке крови была выше нормы в 2,3 раза и составляла при этом в среднем $(8,4 \pm 0,18)$ мкмоль/л. Концентрация ДК в сыворотке крови составляла в среднем $(17,2 \pm 0,38)$ мкмоль/л, то есть превышала норму в 1,87 раза. Показатель ПГЭ составлял $(9,4 \pm 0,25)\%$, то есть был повышен в среднем в 2,59 раза относительно нормы.

При повторном исследовании после завершения лечения концентрация МДА снизилась до $(4,7 \pm 0,19)$ мкмоль/л, то есть была в 1,79 раз ниже исходного значения, однако при этом остался в 1,31 раз выше нормы $(3,6 \pm 0,2)$ мкмоль/л. Уровень ДК снизился до $(13,6 \pm 0,27)$ мкмоль/л, что было ниже исходного значения этого показателя в среднем в 1,3 раза, но все-таки содержание ДК в сыворотке крови оставался выше нормы $(9,2 \pm 0,15)$ мкмоль/л в 1,48 раза. Показатель ПГЭ потерпел снижение в 1,96 раза, однако превышал норму $(3,5 \pm 0,25\%)$ в 1,37 раза.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют, что применение только общепринятой терапии является недостаточным, что требует разработку рационального лечения больных ХНХ, сочетанным с гастродуоденитом. В связи с этим совершенно обоснованно происходит постоянный поиск альтернативных, доступных и, возможно, не менее эффективных по сравнению с имеющимися стандартами, методов лечения, направленных на коррекцию основных и дополнительных причин возникновения любых патологических процессов.

Шевякин Д.В., Соловьев Е.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

РЕЗЕКЦИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ

Цель исследования: Оценить безопасность резекции ушка левого предсердия (УЛП) во время кардиохирургических вмешательств с использованием искусственного кровообращения (ИК), а также

провести анализ эффективности данной процедуры в профилактике системной тромбоэмболии в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 60 пациентов, проходивших лечение в отделении кардиохирургии ИНВХ с 2018 по 2021 год. В исследование были включены больные после коронарного и/или клапанного вмешательства с использованием ИК. Критериями исключения являлись: гемодинамически значимые поражения брахиоцефальных сосудов, повторные кардиохирургические вмешательства, а также любые инфекционные заболевания. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек статистически сопоставимых по возрасту, полу, индексу массы и площади поверхности тела, функциональному классу, стадии хронической сердечной недостаточности, наличию фибрилляции предсердий в анамнезе, а также по баллам шкалы CHA2DS2-VASc. Первая группа (основная) была представлена больными с сопутствующей резекцией УЛП, вторая (контрольная) - с интактным УЛП. Послеоперационное ведение пациентов в обеих группах проводилось стандартно, без учёта резекции УЛП. Для оценки безопасности исследуемой процедуры был проведен сравнительный анализ внутригоспитальной летальности, частоты возникновения интра- и послеоперационного кровотечения, а также времени операции, ИК, ишемии миокарда (ИМ). Для определения радикальности резекции УЛП проводилась интраоперационная чрезпищеводная эхокардиография (ЧПЭхоКГ). Критерием успеха являлась высота остаточной культи УЛП не более 1 см. Для оценки эффективности резекции УЛП в профилактике системной тромбоэмболии в послеоперационном периоде, проводилась сравнительная оценка частоты возникновения инсульта и периферической эмболии. Статистическая обработка данных проводилась в статистическом пакете IBM SPSS Statistics.

Результаты: В обеих исследуемых группах не было выявлено ни одного случая летальности и кровотечения. При сравнении времени операции, ИК и ИМ, статистически значимой разницы между группами получено не было ($p>0,05$).

При оценке радикальности резекции УЛП была получена 100% эффективность проведенной процедуры. Двое из 30 пациентов (7%) в контрольной группе перенесли инсульт, один пациент (3%) - эмболию плечевой артерии, что в сумме составило 10% системную эмболию в группе. Среди пациентов, которым была выполнена сопутствующая резекция УЛП, тромбоэмболических осложнений выявлено не было. Тем не менее, при сравнительной оценке статистически значимых отличий между группами выявлено не было ($p=0,2$), что, вероятно, может быть связано с малым количеством выборки.

Выводы: Резекция УЛП может безопасно выполняться как сочетанная процедура при кардиохирургических вмешательствах с использованием ИК без увеличения летальности, риска кровотечения, а также времени операции, ИК и ИМ. Данная процедура статистически значимо не снижает риск системной тромбоэмболии в послеоперационном периоде, что, вероятно, может быть связано с малым количеством выборки и требует дальнейших исследований.

Шеменева А.С., Антипов Н.В., Кривошеенко Т.А., Глебова А.Э.

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

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН, ВЛИЯЮЩИХ НА ЭТИОЛОГИЮ ОВАРИОЦЕЛЕ

Аннотация. Овариоцеле – полиэтиологическое заболевание, которое характеризуется варикозным расширением яичниковых вен в репродуктивном возрасте и приводит к многим осложнениям, таким как маточные кровотечения, бесплодие, серьёзным гинекологическим и онкологическим проблемам. Овариоцеле остается актуальной темой для изучения, в связи с малоизученностью и сложностью диагностики.

Цель исследования. Установить морфологические факторы формирования овариоцеле, проанализировать топографические особенности гонадных вен женщин и их роль в возникновении патологии.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДНР на 47 нефиксированных трупах женщин, умерших в возрасте от 25 до 70 лет. Проводилась срединная лапаротомия от мечевидного отростка до лонного сочленения. В забрюшинном пространстве была исследована топография гонадных вен и проведена оценка степени выраженности признаков нарушения оттока крови от половых желёз. Все данные протоколировались, обрабатывались статистически. Диагноз овариоцеле устанавливался при обнаружении увеличенного диаметра вен ($0,5 \pm 0,005$ см) и наличия извилистого хода.

Результаты. В ходе исследования было выделено четыре группы возможных вариаций овариоцеле. В первой группе исследуемых у 10 трупов (21%) восходящий отдел ободочной кишки имел брыжейку. Фасция Тольдта в этом случае отсутствовала, как и фиксация вены к мышце. Признаков овариоцеле не обнаружено, диаметр правой яичниковой вены составлял $0,3 \pm 0,1$ см. У 26 (55%) трупов из второй группы исследуемых были обнаружены признаки варикозного расширения вен с левой стороны (диаметр левой овариальной вены составлял $0,95 \pm 0,05$ см). Слепая кишка располагалась мезоперитонеально. Фасция Тольдта, находящаяся на этом уровне отсутствовала слева, но фиксировала правую гонадную вену к большой поясничной мышце. При этом яичниковая вена проходила в одном фасциальном футляре вместе с одноимённой артерией. В третьей группе исследуемых, которая состояла из 7 (15%) трупов были выявлены признаки правостороннего овариоцеле. При этом сохранялась брыжейка слепой кишки и восходящего отдела ободочной кишки. Диаметр яичниковой вены составлял $1,0 \pm 0,01$ см. Четвертую группу исследуемых объектов составили 4 (8%) трупов женщин с признаками двухстороннего овариоцеле. Слепая кишка располагалась интраперитонеально, брыжейка восходящего и нисходящего отделов ободочной была сохранена. Диаметр *v. ovarica sinistra* составлял $0,75 \pm 0,01$ см, *v. ovarica dextra* – $0,85 \pm 0,01$ см. Отметим, что варианты впадения яичниковых вен отличались с обеих сторон. У 11 (23%) трупов правая яичниковая вена проходила в правом *paracolon* и анастомозировала с нижней брыжеечной. Важным моментом является 3 (6%) случая, когда правая яичниковая впадала в правую почечную вену (на 0,3 см ниже левой), что является аномалией. В 8 (17%) случаях - в нижнюю полую на уровне почечной, тем не менее признаков варикозного расширения вен не наблюдалось. Левая яичниковая вена в 28 (60%) случаях проходила в левом *paracolon*, впадала в почечную вену на уровне I поясничного позвонка. При этом в 20 (42%) случаях, *v. ovarica sinistra* анастомозировала с селезёночной веной, а в 8 (17%) случаях – с верхней брыжеечной.

Выводы. 1. Отсутствие фасциального футляра яичниковой вены, который в норме формируется *fascia retrocolica* (Тольдта) и сохранность брыжейки у восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки. Данная причина может быть вызвана как следствие незавершенного внутриутробного поворота кишечника (Ледда).

2. Наличие анастомоза между левой печёночной и селезёночной венами может приводить к развитию овариоцеле при портальном блоке

Шестаков А.М., Дегтярев О.Л., Красенков Ю.В., Лагеза А.Б., Михайлова Е.Ю.

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

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Цель работы: определить эффективность использования оригинального способа ТЕР герниопластики (патент РФ №2626556).

Материалы и методы. На базе МБУЗ «ЦРБ Веселовского района» МЗ РФ за период 2017-2020 гг. осуществлено плановое оперативное лечение 86 больных мужского пола по поводу паховой грыжи. Средний возраст больных составил 44,5 года. Больные были разделены на две клинические группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, размерам грыжевых ворот, длительности заболевания. В первую клиническую группу (n=34) вошли пациенты у которых выполнялась ТЕР пластика в традиционном варианте (использован баллон-диссектор Covidien Spacemaker

Plus Auto Suture Dissector System), во второй группе (n=52) ТЕР пластика по разработанной нами технологии (патент на изобретение №2626556). Отдаленные результаты оценивали по следующим критериям: развитие послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре, период реабилитации, формирование болевых триггерных зон, осуществлялась и оценка качества жизни (опросник Eura HS- QoL).

Результаты. Длительность операции в I группе составила $79 \pm 8,1$ минут, во II группе - $58 \pm 9,2$ минут. В I группе интраоперационно зафиксирована перфорация париетальной брюшины у 17,6% человек, в раннем послеоперационном периоде у 23,5% больных была отмечена серома, у 8,8% отмечено кровотечение из послеоперационной раны. Во II группе интраоперационных послеоперационных осложнений мы не отметили. У пациентов II клинической группы нами зарегистрировано быстрое восстановление (1,3 раза) в послеоперационном периоде (купирование болевого синдрома в области послеоперационных ран, ранняя мобилизация, отсутствие хронических болевых триггерных зон).

Заключение. Оригинальная технология ТЕР (патент на изобретение №2626556) позволила существенно сократить время операции, исключить интраоперационные осложнения, в послеоперационном периоде методика позволила избежать ранних послеоперационных осложнений, сократить длительность реабилитации. Данный метод должен найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Шимченко В.А., Чирах Е.С., Попенко Г.С.

Республиканский травматологический центр, ДНР

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ТАЗА

Введение. Опухоли костей таза – относительно редко встречающаяся локализация опухолей костной ткани. По данным литературы, среди всех злокачественных опухолей костей, опухоли таза встречаются в 15,7%.

Данная тема малоизучена в клинической онкоортопедии. Диагностика затруднена и на практике отстает от клиники, которая проявляется только тогда, когда лечение становится мало эффективным. Диагностические методики опухолей вызывают множество споров.

Отдельно нужно сказать об онконастороженности у врачей, осуществляющих первичный осмотр в неспециализированных учреждениях. По данным нашей клиники у 89% больных, поступивших в Республиканский травматологический центр с опухолями костей таза, изначально был выставлен ошибочный диагноз, что в последующем затруднило лечение. Больные поступали после длительного лечения по поводу остеохондроза и коксартроза с использованием физиотерапии и массажа.

Цель исследования: повысить онконастороженность у врачей и эффективность ранней диагностики опухолевых процессов у больных с новообразованиями костей таза.

Результаты и обсуждение. Применяются следующие методы обследования: клинический, рентгенологический, ангиография, сцинтиграфия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, ангиография, гистологический метод.

Клинические симптомы в самом начале заболевания слабо выражены и неспецифичны. По мере развития болезни, одним из наиболее характерных симптомов является боль. Боль постепенно усиливается, принимает постоянный характер, становится невыносимой, особенно при локализации опухоли в области крестца и крестцово-подвздошного сочленения. При распространении опухоли в дорзальном направлении, больных кроме болевого синдрома беспокоит постепенно увеличивающееся новообразование. При росте опухоли в вентральном направлении, а также при прорастании опухолью крестцово-подвздошного сочленения или тазобедренного сустава, больные отмечают выраженный болевой синдром. Боль, как правило, усиливается в вечернее и ночное время.

В первую очередь необходимо тщательно собрать анамнез, обращать особое внимание на характер болей (усиливаются при ходьбе, сидении, в состоянии покоя, в ночное время), появление болезненного новообразования, ограничение движения в тазобедренном суставе, расстройство функции тазовых органов (особенно затруднение дефекации).

В диагностике данной патологии важно использовать полипозиционную рентгенографию таза. При поражении переднего или заднего отдела вертлужной впадины или крестцово-подвздошного сочленения, необходимо выполнять косую подвздошную и косую запирательную проекции. Для тактики лечения обязательное уточнение распространенности процесса КТ и МРТ с обязательным морфологическим исследованием и количественной оценкой, а в ряде случаев с 3D моделированием на принтере. Непосредственно перед оперативным лечением выполняется ангиография для определения смещения или сдавливания магистральных сосудов, степени кровоснабжения опухоли и возможной эмболизации питающих сосудов.

Гистологический метод диагностики имеет решающее значение как в постановке диагноза, так и в верификации опухоли.

Выводы. Как правило, большинство больных с опухолями костей таза поступают в специализированные учреждения поздно, когда опухоль достигает значительных размеров. Это усложняет или даже делает радикальное лечение невозможным.

Шоколько Л.Е.

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

ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В ТВОРЧЕСТВЕ В.В. ВЕРЕСАЕВА

Вопросы врачебной этики – тема не новая в литературе. К ней обращались В.И. Даль и А.П. Чехов, В.В. Вересаев и М.А. Булгаков, Н.М. Амосов, Ю. Герман, Э.М. Ремарк, А. Хейли... Можно ли лгать больным, хотя бы и «для пользы данного момента»? Допустимы ли эксперименты над людьми во имя развития науки? Нужно ли сохранять врачебную тайну? Где проходит тончайшая грань, отделяющая врачебную ошибку от преступного равнодушия? Эти и многие другие вопросы уже много веков волнуют всех: ученых с мировым именем и скромных сельских врачей, пациентов и их родных, журналистов и, конечно, писателей, особенно тех, для кого медицина стала делом всей жизни.

В 1901 году вышла в свет биографическая повесть В.В. Вересаева «Записки врача». Главный герой – человек, глубоко сомневающийся в себе, тяжело переживающий каждую неудачу. С глубокой горечью говорит он о несовершенстве методов лечения и диагностики: «Рядом с тою парадною медициною, которая лечит и воскрешает и для которой я сюда поступил, передо мною все шире развертывалась другая медицина – немогущая, бессильная, ошибающаяся и лживая, берущаяся лечить болезни, которых не может определить, старательно определяющая болезни, которых заведомо не может вылечить».

Вересаева удручали не столько сами врачебные ошибки, сколько то холодное равнодушие, с которым врачи их констатировали. Невероятно тяжелое впечатление произвело на него первое увиденное им вскрытие: ««Перитонит был вызван поранением кишечника; такое поранение трудно заметить; несчастные случайности бывают у лучших хирургов...» Как все это просто! Как будто речь идет о неудавшемся химическом опыте, где вся суть только в самой неудаче!»

Но более всего поколебала в нем уважение и доверие к медицине фармакология. «Фармакология знакомила нас с целым рядом средств, заведомо совершенно недействительных, и тем не менее рекомендовала нам употреблять их». Да, медицинская наука непрерывно развивается, но какой ценой? «<...> новые лекарства, новые дозы, новые способы введения их, новые операции, и тут же – десятки и сотни... загубленных человеческих здравий и жизней <...> Путем этого постоянного и непрерывного риска медицина и добыла большинство из того, чем она теперь по праву гордится. Не было бы риска – не было бы и прогресса». Страшное, можно сказать, неразрешимое противоречие. С одной стороны, любой эксперимент оборачивается неисчислимыми потерями, с другой – «теперешняя наука <...> обогатилась именно своими потерями». Молодой врач стремится к одному – не вредить больному, поэтому решает использовать «только средства, уже достаточно проверенные и несомненные». Казалось бы, правило, по словам Вересаева, элементарное и обязательное. Но соблюдение его обрекает врача «на полную неумелость и полный застой». И, обретая душевный покой, он не может

не думать о том, что, может быть, пойдя на риск, вернул бы кому-то здоровье, спас чью-то жизнь. «Где выход? Где граница допустимого?» – спрашивает писатель. И сам отвечает: «Я не знаю».

Список не только профессиональных, а и морально-этических проблем в медицине, поднятых В.В. Вересаевым, можно продолжить, но главное, к чему он пришел, – это то, что медицина не должна быть наукой «о лечении одних лишь богатых и свободных людей», являясь по отношению ко всем остальным «лишь теоретической наукой о том, как можно было бы вылечить их, если бы они были богаты и свободны». Существующее положение можно изменить. Устранение условий, которые сокращают и без того короткую человеческую жизнь, – вот к чему нужно стремиться, вот что позволит человеку сохранить здоровье, вот что сделает его счастливым.

Литература

Вересаев В.В. Записки врача [Электронный ресурс] / В.В. Вересаев. URL: <https://www.litres.ru/vikentiy-veresaev/chitat-onlayn/> (дата обращения: 15.10.2021)

Шпаченко Н.Н., Оноприенко В.И., Блинов А.С., Давыдов Д.И., Великий М.В.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ПОВРЕЖДЕНИЕ СУСТАВОВ – ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата травмы конечностей, преимущественно длинных костей, являются наиболее типичными и составляют 56,2–86,0%. Особенно актуальна проблема осложнений и неблагоприятных исходов при внутрисуставных переломах длинных костей нижних конечностей. Инвалидность при таких травмах достигает 6,1–34,9%, частота неблагоприятных исходов – 7,6–34,9%. Это связывают с вынужденной длительной иммобилизацией, трудностью совмещения стабильной фиксации и ранней функции при оскольчатых переломах. Даже при применении современных медицинских технологий частота хороших функциональных результатов не превышает в среднем 71,2%.

Цель работы. Изучить особенности оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелой травмой суставов, сопровождающейся шоком, на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В данной работе проведен анализ оказания медицинской помощи 133 пострадавшим с травмой суставов, сопровождающейся шоком. Средний возраст пострадавших 37,9±0,8 года. В 52 (39,1%) случаях повреждения суставов были изолированными, в 60 (45,1%) – множественными и в 21 (15,8%) – сочетанными. Для оценки тяжести политравмы и шока использовали интегральный прогностический показатель $\pm T$. Все пострадавшие согласно этого критерия распределены на четыре клинические группы. **Результаты и обсуждение.** Для разработки более рациональных и дифференцированных методов лечения – мы провели анализ частоты, вида повреждений и тяжести состояния по 4-м группам пострадавших. У пострадавших диагностировано 154 внутрисуставных повреждения. О тяжести повреждений говорит тот факт, что в 88 случаях они были открытыми, в том числе в 7 случаях имели место размоложения сегментов конечностей и в 15 – травматические отрывы конечностей и их сегментов. Тяжесть повреждений, их многообразие, выраженный болевой синдром, сочетание с повреждениями других органов и систем требовали весьма энергичного лечения, начиная с места травмы в шахте и продолжая на этапах транспортировки в лечебное учреждение. Учитывая отсроченное начало оказания врачебной помощи пострадавшим, а также специфические условия, в которых эта помощь оказывалась, последняя осуществлялась по синдромному принципу. Главным при этом было устранение синдромов, угрожающих жизни: наружного кровотечения, гипоксии, шока, нарушения функции ЦНС, эндогенной интоксикации. Для остановки наружного кровотечения использовали жгут, жгут + асептическую давящую повязку (АДП) и АДП. Частота применения наркотических анальгетиков во всех группах пострадавших была примерно одинаковой – 77,8% - 80,6%, за исключением III-ей группы, где наркотические анальгетики применили в 100%. Наркотические анальгетики вводили только внутривенно и титровано, на фоне инфузионной терапии (ИТ), при таком способе введения мы ни разу не получали угнетения

дыхания. Важную роль у такого контингента пострадавших играет инфузионная терапия (ИТ). Катетеризация сосудов для ИТ наиболее часто проводилась в IV-й группе пострадавших, в 33,3% случаев. Транспортную иммобилизацию проводили подручными и штатными средствами, а также устройствами оригинальной конструкции.

Выводы. 1. Использование прогностического показателя $\pm T$ позволяет на догоспитальном этапе проводить сортировку пострадавших по тяжести и прогнозировать исход травмы. 2. Использование синдромного принципа при оказании медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе позволяет оптимизировать алгоритм медицинских манипуляций и введения лекарственных средств. 3. Применение на догоспитальном этапе оптимальной инфузионной терапии, полноценного обезболивания, бережной транспортной иммобилизации и щадящей транспортировки позволяет доставлять пострадавших в стационар с удовлетворительными гемодинамическими показателями.

*Шраменко Е.К., Снегина М.Н., Кузнецова И.В., Логвиненко Л.В.,
Кондрашова Д.С., Анайко Я.А.*

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И COVID-19 В ОТДЕЛЕНИИ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ

Почечная недостаточность является одним из проявлений COVID-19 или фоном (хроническая почечная недостаточность), на котором развивается эта вирусная инфекция.

Цель исследования: проанализировать особенности течения и интенсивной терапии коронавирусной инфекции у больных с почечной недостаточностью.

Материалы и методы: С 23.10.2020 г. по 15.03.2021 г. в отделении активных методов детоксикации и интенсивной терапии ДОКТМО получали лечение 14 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) и 57 больных с острым повреждением почек (ОПП) на фоне COVID-19. Возраст пациентов колебался от 27 лет до 81 года. Больным с терминальной стадией ХПН было проведено 140 сеансов гемодиализа (ГД). Консервативную терапию пациенты с ХПН получали в различных отделениях 14 корпуса ДОКТМО. Часть больных поступала в отделение интенсивной терапии (ОИТ), либо переводилась туда при ухудшении состояния. В среднем пациенты поступали на 8-е сутки от начала болезни с обзорной рентгенографией органов грудной клетки (ОГК), на которой у 92,8 % пациентов была выявлена пневмония. Сеансы ГД проводились на аппаратах Fresenius 5008S. Все пациенты с ОПП получали лечение в ОИТ ДОКТМО. Причинами ОПП у пациентов с COVID-19 явились: 1) острые циркуляторные расстройства в результате нарушения водно-электролитного баланса, сгущения крови, стойкой гипотонии; 2) токсические воздействия вследствие приема нефротоксичных лекарств на предыдущих этапах. В ДОКТМО все больные получали терапию по схеме: глюкокортикоиды, антикоагулянтную терапию, антибактериальные препараты. В плановом порядке пациенты с ХПН длительно получали эритропоэтины, препараты витамина Д, препараты регулирующие кальциево-фосфорный обмен.

Результаты и обсуждение: Особенности течения ХПН на фоне COVID-19 были гипоксия, гипотония, кровотечения, гипо- и гипергликемия, тромбообразование фистулы.

Главной особенностью ГД являлась необходимость в дополнительной кислородной поддержке через носовые канюли или лицевую маску в связи с гипоксией. Неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) потребовалась только одному пациенту. У 42,8% больных во время проведения гемодиализа развивалась гипотония. У трех пациентов наблюдали геморрагические осложнения, требующие консервативной терапии. У больных с риском кровотечений антикоагулянты вводились в минимальной дозе, в междиализный день. Характерным были жизнеопасные колебания гликемии, сопровождающиеся нарушением сознания. У 3-х пациентов развился тромбоз артерио-венозной фистулы, несмотря на введение антикоагулянтов. Летальность составила 21,4%. Особенности течения ОПП у больных

с COVID-19 были выраженные циркуляторные нарушения, дизэлектrolитемия на фоне «сгущения крови». Эти нарушения в 95% случаев поддавались консервативной терапии, направленной на: восстановление нормоволемии, коррекцию дизэлектrolитемии, улучшение почечного кровотока и стимуляцию диуреза. Показаний к заместительной почечной терапии у этих пациентов не было. НИВЛ потребовалась 85% больных с ОПП. Летальность составила 46,3%. Причинами летального исхода были респираторный дистресс- синдром и сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы. Возможно, более легкое течение COVID-19 при ХПН было связано с приемом в плановом порядке витамина D3 и иммуносупрессией, вследствие основного заболевания. Нефропротекция у больных с ОПП на фоне COVID-19 была эффективна и привела к восстановлению функции почек без заместительной почечной терапии.

*Шраменко Е.К., Снегина М.Н., Логвиненко Л.В., Тюменцева С.Г.,
Анайко Я.А., Кондрашова Д.С.*

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького», г. Донецк

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИСХОДНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Острое повреждение почек (ОПП) – частое осложнение различных критических состояний, сопровождающееся высокой летальностью. Исходная нефропатия является неблагоприятным фоном и приводит к быстрой реализации причин ОПП. Причиной ОПП являются: нарушения гемодинамики, все виды шоков, синдром длительного сдавления (СДС), воздействие нефротоксичных веществ, острое поражение сосудов почек, острая обструкция почек и мочевых путей. К факторам риска относятся: сахарный диабет, хронические болезни почек, хронические заболевания печени, сердца, сосудов, пожилой возраст.

Цель исследования: выявить особенности течения и исхода ОПП на фоне хронической нефропатии.

Материал и методы. Проанализировано 448 случаев ОПП у больных, находившихся на лечении в ОИТ ДОКТМО с 2015 по 2020 г.г. Все пациенты с ОПП были условно разделены на 2 группы: ОПП без предшествующей патологии почек и ОПП, развившееся на фоне исходной нефропатии. В 1 группу вошли 255 пациентов в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст $48 \pm 7,9$ лет). Причинами развития острой почечной недостаточности (ОПН) стали: шоки – 152 пациента, острые отравления с СДС – 76 пациентов, прием нефротоксичных лекарственных препаратов – 69 больных, острый деструктивный панкреатит – 81 больной, черепно-мозговая травма и острое нарушение мозгового кровообращения – 70 пациентов. Среднее артериальное давление (САД) в этой группе составило 110 ± 10 мм рт. ст. Во 2 группу вошли больные с ОПП на фоне уже имеющейся нефропатии различного генеза. Всего – 193 пациента в возрасте от 18 до 85 лет, в среднем $53 \pm 7,2$ лет. САД в этой группе составило 180 ± 15 мм рт. ст. К хронической нефропатии привели хронические и системные заболевания, мочекаменная болезнь. В отличие от пациентов первой группы, во второй группе причина ОПП была не ясна более чем в половине случаев. Клиническая картина маскировалась симптомами развития хронической патологии, на фоне нарушения функции почек. Хроническая патология почек проявлялась анемией, тяжелым гипертензионным синдромом, плотными периферическими отеками, нарушением сердечного ритма. Для уточнения диагноза использовалось УЗИ с доплеровским картированием почек, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Терапия пациентов в обеих группах включала: нефропротективные мероприятия, коррекцию и профилактику полиорганных нарушений, заместительную почечную терапию (показаниями для гемодиализа явились гипергидратация, анурия более 5 суток, гиперазотемия, гиперкалиемия).

Результаты исследования. 83 пациента (32,5%) первой группы переносили тяжелую форму ОПП, 32 их них получали процедуры гемодиализа (летальность составила 7,8%). Во второй группе тяже-

лую форму ОПП переносили 103 пациента (53,3%), а в заместительной почечной терапии нуждались 37 пациентов (летальность составила 3,6%). 15 больных второй группы в последующем были переведены в профильные отделения с диагнозом хроническая почечная недостаточность (ХПН) для проведения программного гемодиализа. Пациенты первой группы переводились в нефрологическое отделение или по месту жительства для дальнейшего симптоматического лечения.

Выводы. При ОПП на фоне хронической нефропатии, более чем в 50% случаев не ясна причина возникновения ОПП. Особенности клинических проявлений являются: тяжелый гипертензионный синдром, исходная анемия, плотные периферические отеки. У 80% пациентов с ОПП на фоне хронической нефропатии в стадии восстановления диуреза не наблюдается фаза полиурии. ОПП на фоне хронической нефропатии может привести к быстрому прогрессированию ХПН и потребности в программном гемодиализе.

Штутин А.А., Жилицын Е.В., Чуйко А.В.

Республиканский травматологический центр

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Переломы тел позвонков у детей в большинстве случаев являются результатом низкоэнергетической травмы. Их лечение связано с длительным пребыванием в стационаре и многомесячным последующим восстановительным периодом. Одним из существенных факторов риска данной категории повреждений является снижение плотности костной ткани у детей в периоде роста, что должно учитываться при определении тактики лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: изучить показатели минеральной плотности костной ткани у детей с компрессионными переломами тел позвонков.

Материал и методы. Проведен анализ материалов обследования 74 детей в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст – $13,5 \pm 1,4$) с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков. Мальчиков было 41 (55,4%), девочек – 33 (44,6%). Изолированные переломы имели место у 18 (24,3%) больных, множественные – 56 (75,7%). У 61 (82,4%) пациента переломы локализовались в грудном отделе позвоночника. Диагноз верифицировался на основании стандартных клинко-рентгенологических исследований и спиральной компьютерной томографии (СКТ). Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника производили по стандартной методике двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic Discovery QDR (США) в срок 10-14 суток от момента травмы. Изучали соматометрические показатели (рост, вес, индекс массы тела - ИМТ). Обезжиренную массу, жировую массу и ее удельный показатель, площадь исследуемой области, МПКТ определяли с помощью программного обеспечения денситометра. Оценку данных производили на основании таблицы референтных значений по Z-критерию согласно с международными рекомендациями. Полученные результаты обрабатывали методами биостатистики с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что антропометрические показатели, а именно масса тела и рост, значительно различались у детей в зависимости от пола и возраста. В то же время ИМТ существенно не зависел от возраста. Показатели МПКТ зависели от пола и возраста и значимо возрастали пубертатном периоде – 13-14 лет у девочек и 15-17 лет у мальчиков в сравнении с детьми в возрасте 10-12 лет. Остеопения ($-2,5 \text{ SD} < Z < -1,0 \text{ SD}$) установлена у 39 (52,7%) пациентов, в том числе у 31 (55,4%) больного с множественными и 8 (44,4%) больных с изолированными компрессионными переломами тел позвонков. Корреляционный анализ показал сильную связь между наличием остеопении и компрессионными переломами тел позвонков ($r = 0,712$, $p = 0,008$). Остеопороз ($Z < -2,5 \text{ SD}$) выявлен у 3 (4,05%) больных – все с наличием множественных переломов. Наличие в анамнезе переломов других костей скелета установлено у 21 (28,4%) пациентов, в том числе у 17 с выявленной остеопенией.

Заключение. Показатель МПКТ существенно меняется в процессе роста детей и зависит от пола, возраста и антропометрических показателей. Выявленная сильная корреляционная связь между наличием остеопении и компрессионных переломов тел позвонков позволяет рассматривать МПКТ в качестве важного предиктора переломов костей скелета и требует соответствующей коррекции как для профилактики указанных повреждений, так и в процессе восстановительного лечения.

Шульдишова А.А.

Российский университет дружбы народов (РУДН), г. Москва

ОТАПЕЛЛЯТИВНЫЕ И ОТМЕСТОИМЕННЫЕ ОНИМЫ В ЯЗЫКЕ И ХУДОЖЕСТВЕННОМ МИРЕ А.А. БЛОКА

Имена собственные в поэтическом творчестве Александра Блока – важная составляющая поэтического текста, участвующая в реализации замысла, формировании лирических образов.

Онимы поэт образовывал практически от любой части речи. В его языке разнообразно используются отапельлятивные и отместоименные онимы в разных морфологических формах. Количество словоупотреблений – более 600. Среди них значительное место занимают имена, отражающие присутствие лирической героини.

Главными апеллятивами-знаками, символизирующими образ возлюбленной, являются Ты и Вы (181 случай употребления) (/Перед Тобой синюют без границы / Моря, поля, и горы, и леса / [т. 1, с. 107]; / Ты, может быть, не хочешь угадать, / Как нежно я люблю Тебя, мой гений? / Когда хочу я быть везде, где Ты, / И целовать Твоей одежды складки. / [т. 1, с. 329]; / Хочу Вам только передать, / Что для меня Вы всех прелестней, / И Вас вся сердца благодать. / [т. 1, с. 390].). В составе уникального языка поэта отместоименные онимы использованы в сочетании с другими словами в прямом и переносном значении: 1) И, Ясная, Ты с солнцем потекла. / [т. 1, с. 100]; 2) / Не знаешь Ты, какие цели / Таишь в глубинах Роз Твоих, / [т. 1, с. 190]; 3) / Я знал Тебя, мой вечный друг, / Тебя, Хранительница-Дева. / [т. 1, с. 230]; 4) / Перед Тобою, Златокудрой, / Склоняю долу знамена. / [т. 1, с. 244]; 5) / О, как мне хочется, чтоб Ты, о, Красота, / Узнала то, чего я страстно жду! / [т. 1, с. 330-331]; 6) / Ты – Голос, Ты – Слава Царицы! / [т. 1, с. 523]; 7) / Люблю Тебя, Ангел-Хранитель во мгле. / [т. 2, с. 102].

Кроме того, Блок в разных вариантах использовал и другие обращения, «Ее Имена» (прилагательные и существительные) – Вечно-Юная, Царевна, Российская Венера, Звезда, Задумчивая Дева, Владычица, Заря, Купина, Недостижимая, Непостижная, Святая, Царевна, Вечная Надежда, Пречистая, Несравненная Дама, Любимая Звезда, Муза, Подруга, Заря Востока, Дева Света, Зарница Откровений, Златокудрая, Печальный Лик, Солнечный Путь, реализующие разные грани, нюансы и особенности лирической героини. В большинстве случаев «Женственные Имена» семантизируют лирическую героиню как неземную, небесную деву.

Блоку сложно воспроизвести, изобразить, передать необыкновенную красоту лирической героини одним именем. Он пишет: Нет Тебе имени, Неизреченная [т. 1, с. 523]. Поэт обращается и к возлюбленной: / Ты, в сумрак отойдя, / Сама не можешь счесть / Разбросанных лучей / Твоих Преображений! / [т. 1, с. 528].

В идиолекте поэта встречаются отапельлятивные онимы, символизирующие момент встречи лирических героев. Таковы, например: Оный День, ослепительный День, Лазурный День, Весна, ночное Свидание, Радость, Встречи и др.

Оригинальные способы введения отапельлятивных форм в поэтическое целое художественного мира Александра Блока свидетельствуют об их особой функциональной роли в Лирической трилогии и определяют индивидуально-авторский стиль художественного письма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блок А.А. Собрание сочинений : в 8 т. / А.А. Блок ; под общ. ред. В.Н. Орлова. – М. – Л. : Гослитиздат, 1960 – 1963.

Шутов М.М.

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

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Результат обсуждения. Объектом управления здравоохранения являются люди. Для достижения поставленных целей, сохранения и улучшения здоровья населения каждый из менеджеров должен выбрать свой эффективный стиль управления.

Основные стили управления представляют собой комбинацию ряда функций менеджера, которые должны выполняться, то есть были результативными и эффективными в ближайшей и долгосрочной перспективе. Оценив их выполнение, можно судить об эффективности труда руководителя. Для этого за основу взята теория сравнения конечных результатов.

В предлагаемой методике оценки эффективности управления использованы четыре главные функции руководителя-менеджера.

Первая функция, которую должен выполнять менеджер в любой организации – это работа на результат. Эта функция оценивается по количеству выздоровевших больных, или тех, которые возвращаются к труду.

Вторая функция, администрирование, нужна, для создания системного управления в лечебно-профилактическом учреждении. Задача современного менеджера – обеспечить менеджерское управление в краткосрочном аспекте. Оценивается по наличию жалоб.

Третья функция, инициативность, вынуждает подходить к менеджерскому делу творчески, видеть перспективы развития ЛПУ, готовность к риску. Она бывает результативной в долгосрочной перспективе. Оценивается по количеству внедрения новых методик в лечебное дело.

И наконец, менеджмент должен обеспечить эффективность медицинской помощи, то есть создать необходимую атмосферу единения лечебного дела с системой фасилити менеджмента и логистики. Оценивается по результативности затрат ЛПУ на улучшение здоровья больных.

Эти функции подобны витаминам. Все они необходимы, и ими можно успешно управлять, независимо от технологии и масштабов медицинской помощи. Как только одна или несколько функций перестают выполняться, организация становится неэффективной или нерезультативной в ближайшей или долгосрочной перспективе.

Если все функции выполняются, по крайней мере, на удовлетворительном уровне, управление можно считать успешным. И наконец, если главный врач справляется со всеми функциями хорошо и еще хотя бы с одной, то можно говорить о том, что перед нами не просто эффективный руководитель-менеджер, но не лидер-перемен.

Выводы. Сегодня, при подготовке управленческих кадров здравоохранения за рубежом, слушателей обучают логически мыслить и вооружают их инструментарием для принятия нестандартных решений в пользу ЛПУ. Такой подход к образованию руководителей всех уровней в ДНР позволил бы подготовить людей, творческих, хорошо информированных, умеющих наилучшим способом использовать ресурсы и обеспечить эффективное функционирование больниц, как фирм.

Щенин А.В., Лунев М.А., Хомякова О.А.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Курск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Актуальность темы исследования. В настоящее время имеется тенденция к увеличению доли переломов скулоорбитального комплекса (СОК) в общей структуре травматизма челюстно-лицевой области. Это связано с сохранением высокого уровня насильственных травм, увеличением частоты дорожно-транспортных происшествий. Следовательно, разработка и внедрение новых доступных ме-

тодов, позволяющих добиться стабильных результатов лечения и уменьшения сроков реабилитации пострадавших с переломами СОК, является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования – показать эффективность применения баллонной стабилизации при хирургическом лечении переломов СОК.

Задача – сравнить функциональные результаты применения тампонады верхнечелюстной пазухи масляно-йодоформной турундой с баллонной стабилизацией катетером Фолея при лечении переломов СОК.

Материалы и методы исследования. Проспективное, простое слепое, контролируемое, рандомизированное исследование было проведено на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Курского государственного медицинского университета в отделении челюстно-лицевой хирургии Бюджетного медицинского учреждения Курская областная клиническая больница с августа 2018 г. по сентябрь 2021 г. Были сформированы контрольная группа из 25 и основная группа из 20 пострадавших, сопоставимые между собой по поло-возрастному составу ($p>0,05$). В исследование включались пациенты с изолированными оскольчатыми переломами СОК и диплопией, при невозможности адекватной закрытой репозиции отломков. Исключались пациенты с панфациальной травмой и сроком с момента возникновения перелома более 14 дней. Хирургическое лечение производилось в условиях эндотрахеальной общей анестезии. У пациентов контрольной группы производили верхнечелюстную трансоральную синусотомию с открытой репозицией перелома СОК, стабилизировали положение отломков путем тампонады верхнечелюстной пазухи масляно-йодоформной турундой, конец которой выводили через соустье с нижним носовым ходом. В основной группе вместо турунды применялось раздувание манжеты катетера Фолея объемом 20 мл стерильным раствором натрия хлорида 0,9% в полости верхнечелюстной пазухи с выведением оставшейся части катетера через соустье с нижним носовым ходом. В послеоперационном периоде катетер или турунду удаляли на 4 – 5 сутки. Все пациенты получали антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия в послеоперационном периоде. На 14-е сутки после операции оценивалась частота развития рецидива диплопии. Статистическая достоверность различий полученных значений проверялась при помощи точного Р-критерия Фишера, достоверными считались различия при вероятности $p<0,05$.

Результаты. На 14-е сутки осмотр выявил рецидив диплопии у 10 (40%) пациентов контрольной группы, в основной группе диплопия была выявлена у 2 (10%) пострадавших, различия между значениями показателя статистически достоверны ($p<0,05$).

Выводы. Применение катетера Фолея для баллонной стабилизации переломов СОК по сравнению с использованием масляно-йодоформной турунды позволило достоверно уменьшить в послеоперационном периоде частоту рецидивов диплопии, являющейся главным функциональным расстройством. Исследованная методика характеризуется простотой выполнения, доступностью расходных материалов и более высокой стабильностью результата хирургического лечения. Большая эффективность метода, скорее всего, обусловлена большей жесткостью баллона катетера по сравнению с турундой.

Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А.

ГОО ВПО ДОННМУ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО»

Республиканская детская клиническая больница, г.Донецк

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ДЕТСКОГО УРОЛОГА-АНДРОЛОГА

Сохранение репродуктивного здоровья и профилактика нарушений фертильности являются важными задачами современной системы здравоохранения. Так, по нашим данным, вмешательства на органах репродуктивной системы, составляют 87% от общего числа всех урологических реконструктивно-пластических операций. Первичный прием пациентов, определение показаний и сроков оперативного лечения детского контингента обуславливают актуальность амбулаторного этапа в работе детского уролога-андролога.

Прием детского уролога, проводимый в клинике детской хирургии им. Н.Л. Куца, является единственным специализированным приемом в регионе и обслуживает 270 тысяч детского населения. В среднем в течение года специалистом по показаниям осматривается 3500-4000 детей. Среди диагностированной патологии варикоцеле составляет 5,1-6,8%, гипоспадия – 6,6-7,1%, крипторхизм – 7,7-8,6%, гидроцеле – 9,5-10,5%, фимоз – 11,0-11,3%.

Варикоцеле следует рассматривать как социальную проблему. Частота infertility при варикоцеле достигает 74%, а из всех пациентов мужского пола, обращающихся по поводу бесплодия, более чем у 40% выявляется это заболевание. Частота варикозного расширения вен разной степени выраженности встречается у каждого 5-го подростка 12-17 лет. В лечении варикоцеле мы руководствуемся клиническими рекомендациями МЗ РФ и считаем показаниями к операции: уменьшение объема яичка более чем на 20%, нарушение характеристик кровотока по данным доплерографии, болевой синдром и психологический дискомфорт. Изучение спермограммы не проводилось. По показаниям пролечено 39,7% детей с данной патологией.

Увеличение числа больных с гипоспадией и другими пороками развития полового члена отмечено во всех регионах мира. Если ранее частота встречаемости гипоспадии составляла 1:500-600 новорожденных, то в настоящее время эта цифра увеличилась вдвое и составляет 1:250-300 новорожденных. Около 80% составили пациенты с дистальными формами гипоспадии: головчатой, субгландулярной, дистальной столовой, что полностью соответствует мировой статистике. Средний срок начала оперативной коррекции 3-5 лет, так 78% больных были прооперированы в сроки до 6-ти лет.

По данным литературы, частота одностороннего крипторхизма – 1:150-200 мальчиков, двустороннего крипторхизма – 1:600 детей, анорхизма – 1:5000. Консервативная терапия крипторхизма хорионическим гонадотропином проводилась у 10% больных, клинического эффекта в виде опущения яичка мы не получили ни в одном случае. Показания к оперативному лечению выставлены у 35,8% мальчиков диспансерной группы.

Мы придерживаемся рекомендаций Европейской ассоциации урологов и прибегаем к оперативному лечению гидроцеле после 2-х летнего возраста (пролечено 32,1% детей диспансерной группы).

Физиологическим мы считаем первичный фимоз до 6-летнего возраста. При гипертрофическом фимозе, а так же в случае отсутствия рубцовой деформации, мы применяем консервативную терапию в виде глюкокортикостероидных мазей. Показаниями к оперативному лечению считаем наличие рубцово-измененной крайней плоти у ребенка старше 4-х лет, а так же отсутствие эффекта от проводимой терапии. Оперативное лечение потребовалось 33,9% из всех обратившихся больных с различными формами фимоза.

Таким образом, дифференцированный подход к амбулаторной патологии в практике детского уролога позволяет достичь положительных результатов в 96,7% случаев.

Элизбарашивили Л.Г.

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

ЭПОНИМ КАК ОСОБЫЙ ВИД ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛЯ МЕДИЦИНЫ

Эпоним как особый вид терминологического поля медицины

Nomina si nescis, perit cognitio rerum.

Carolus Linnaeus

Если ты не знаешь названий, то теряется и познание вещей.

Карл Линней

Исследованием слов, историей их происхождения занимается лингвистика, такой её раздел, как этимология (греч. *etymologia*, от *étymon* – истина и *lógos* – слово, учение). Так, минеральная вода боржоми называется по городу Боржоми, где находятся источники этой воды; сыр пармезан, получил название по итальянскому городу Парма.

Но не только географические названия могут превращаться в нарицательные слова и способны на такую метаморфозу. В разряд нарицательных нередко переводятся собственные имена, относящиеся к людям, реальным историческим личностям, – антропонимы (греч. *ánthrōpos* – человек и *ónyma* – имя).

За каждым открытием в какой-либо науке стоит человек, который внес свой вклад в ту или иную область. Слова, обозначающие название структуры, понятия, метода, образованные от имени того человека, который впервые открыл, описал или применил его, называются эпонимами (от греческого *εponυμος* – «дающий свое имя»). В лингвистике под эпонимом понимают терминологическое словосочетание, одним из компонентов которого является имя собственное.

Эпонимы составляют значимую часть терминологического фонда современной медицинской науки, охватывающую все её области, и играют важную роль при наименовании новых явлений или открытий в области медицины в связи с установившейся международной традицией называть именем учёного то или иное открытие или изобретение, сделанное им.

Благодаря наличию имени собственного в составе термина, он может являться единственно приемлемым, так как определение понятия с помощью многословной описательной конструкции не представляется рациональным.

Эпонимы используются в разных подсистемах медицинской терминологии: анатомо-гистологической, фармацевтической, клинической. Они определяют наименования систем органов, название болезней, их симптоматики, возбудителей заболеваний, методов исследования, хирургических операций, медицинских инструментов и приборов. Рассмотрим некоторые примеры: Гиппократа лицо – *Facies Hippocratica* (лат. латинский) – по имени греческого врача Гиппократа; Галлерова дугообразная латеральная дуга – *arcus lumbocostalis lateralis Halleri* (лат.); метод Филатова – *Filatovi methodus* (лат.); Бартолиновы железы – *glandulae Bartholini* (лат.); линимент бальзамический по Вишневскому – *Linimentum balsamicum Vishnevsky* (лат.).

Многие клинические больницы, медицинские центры, институты, лаборатории носят имена выдающихся учёных, внёсших свой вклад в развитие отечественной медицины, –

Н. И. Пирогов, О. М. Филатов, Г. Н. Сперанский, С. П. Боткин, – рассказав всему миру об открытиях, увековечили свои имена в медицинских терминах.

В состав языка медицины входят мифологизмы, библеизмы, термины, включающие имена ученых и врачей. Много заимствований из современных иностранных языков, хотя лингвистической основой медицины являются классические языки – латинский и греческий.

По своей структуре наиболее продуктивной моделью медицинских эпонимических терминов является модель: существительное + эпоним в родительном падеже (около 80% от всей эпонимической терминологии), так, синдром Аспергема, где эпоним выступает в роли определения по отношению к стержневому компоненту. В подобной структуре в русской терминологии, в отличие от латинской, могут использоваться притяжательные прилагательные, образованные при помощи аффиксов -ин-, -ов-, -ев-: Аранциев проток, Эдипов комплекс, Фаулеров раствор и др. Небольшую группу составляют слова-термины, образованные в результате транспозиции имён собственных: дарвинизм, евстахиит. В основном они используются в научной литературе.

Язык медицины богат и разнообразен. Термины-эпонимы как часть языка науки занимают значительное место в медицинском лексиконе, они придают ему особый стиль, способствуют более глубокому пониманию деятельности человека и его культуры.

Юренко Е.А., Платонов А.С., Федористова В.К.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПЕРФОРАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Перфорация носовой перегородки – анатомический дефект хрящевой и/или костной перегородки носа, которая нередко встречается в практике оториноларинголога. Как правило, у таких пациентов наблюдаются сопутствующие внутриносовые нарушения, в анамнезе травма носо-лицевой области. В том числе ранее перенесенные хирургические вмешательства на внутриносовых структурах и на наружном носе (риносеptoпластика), вскрытие и дренирование гематом и абсцессов носовой перегородки, неоднократная криохирургия и каутеризация кровоточащих сосудов в зоне Киссельбаха. Так-

же данная патология встречается после длительной трансназальной интубации, при злоупотреблении кокаином, и у пациентов с хроническим атрофическим ринитом. (Молоков К. В., Российская ринология, 2016)

Часто наличие такой патологии протекает бессимптомно, но в то же время ряд пациентов испытывает затруднение носового дыхания, головную боль, свистящее дыхание, рецидивирующие носовые кровотечения, образование корок в носу, сухость и заложенность носа (М. Cassano, 2017)

Цель исследования: сравнительная характеристика эндоскопических методов хирургического лечения пластик перфорации носовой перегородки.

Материалы и методы: В течение 2018-2021 гг. на лечении в клинике находились 7 пациентов (мужчины) средний возраст которых составил 42 года (от 32 до 52 лет) с посттравматической перфорацией носовой перегородки после перенесенной ранее подслизистой резекции носовой перегородки. Размер перфорации составлял до 13мм. У всех пациентов перфорации располагались в хрящевой части носовой перегородки. В основную группу наблюдения вошли пациенты, которым выполнялась эндоскопическая пластика с забором трансплантата височной фасции. В контрольной группе - эндоскопическая пластика с забором аутохряща 7-ого ребра. И в том, и в другом случае, трансплантат фиксировался путём одностороннего выделения двух лоскутов (снизу и сверху) слизистой оболочки из гемитрансфигициального разреза, который расширяли латерально до нижней носовой раковины и из дорсальной части носовой перегородки соответственно. В обе половины носа устанавливались стенты из мягкого пластика.

Результаты и обсуждение: Перфорация носовой перегородки после подслизистой резекции носовой перегородки имеет частоту около 3,2% . У всех больных наличие перфорации проявилось свистящим дыханием и затруднением носового дыхания (57,1%) за счёт образования сухих корок. После проведенного хирургического лечения по вышеописанным методикам, больным выполнялся послеоперационный уход. Установленные ранее стенты удалили на 7-ые сутки после операции. Независимо от выбранного способа хирургического лечения, сроки раннего послеоперационного наблюдения составили до 2-х недель. При плановом осмотре через 6 месяцев у двоих пациентов (28,5%) была диагностирована перфорация носовой перегородки. При этом оба пациента - из контрольной группы наблюдения. Через 1 год после проведенного хирургического лечения новых случаев повторного образования перфорации не выявлено.

Выводы: Перфорация носовой перегородки после подслизистой резекции возникает у 3,2% больных, вызывая клинические проявления, что существенно влияет на качество жизни пациентов.

По нашим наблюдениям, устранение дефекта более эффективно производить за счёт трансплантата височной фасции путём одностороннего выделения двух лоскутов слизистой оболочки.

Повторные перфорации чаще возникают в период до 6 месяцев, что вероятнее всего связано с ишемией трансплантата с последующим отторжением последнего.

Юрченко Н.Н., Кравченко А.В., Труфанов И.М.

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г.ДОНЕЦК

Актуальность исследования. Боевая травма занимает особое место в структуре тяжелых открытых повреждений кисти. Внимание к этой теме обусловлено тяжестью повреждений, близким взаиморасположением функционально-значимых структур. По данным разных исследователей частота боевой травмы кисти (БТК) в различных вооруженных конфликтах варьирует от 9 до 20%. В связи с этим, лечение огнестрельных повреждений кисти было и остается одной из важных проблем военной медицины.

Цель исследования. Провести анализ оперативного лечения пострадавших с боевой травмой кисти на основе нашего клинического опыта для ее оптимизации и улучшения исходов лечения.

Материалы и методы. В рамках исследования была отобрана 151 история болезни пострадавших со свежей боевой травмой кисти, находившихся на стационарном лечении в Республиканском травматологическом центре г. Донецк (РТЦ) за период с января 2014 по февраль 2020 года. В 94% случаев пациентами были мужчины (142 человека), в 9 случаях пострадавшими оказались женщины (6%). Средний возраст пострадавших составил $35 \pm 14,7$ лет (Мо – 23 года). В подавляющем большинстве случаев (71,6%) удельных 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. Лишь 27 пострадавших (14,9%) были доставлены в РТЦ для оказания специализированной помощи до 1 часа с момента получения травмы. В 6 случаях (3,8%) пациенты поступили от 6 до 12 часов, 6 (3,8%) – от 12 до 24 часов.

Результаты. В 95,4% случаях наблюдений ($n=166$) проведенное нами первичное оперативное лечение пациентов с боевой травмой кисти прошло без осложнений и не потребовало повторных оперативных вмешательств.

Заключение. В условиях Республиканского травматологического центра (РТЦ) г. Донецк была проведена 471 первичная операция у пациентов с боевой травмой кисти (БТК). В большинстве случаев (88,5%) пациентам было произведено 2 и более первичных оперативных элемента. В 67,1% случаев для обеспечения анестезиологического пособия прибегали к проведению высокой проводниковой анестезии – блокады плечевого сплетения. Ампутации выполнялись в случаях декомпенсации кровотока, наличия обширных дефектов костных и мягких тканей. Формирование узкой кисти – наиболее частая разновидность из проведенных ампутаций ($n=37$, 46,8%). В 68,4% случаев при БТК наблюдались дефекты кожных покровов. Для их закрытия применялись различные варианты кожных пластик, в 92,1% случаев использовалась пластика местными и утильными тканями. Выполнение металлоостеосинтеза требовалась у 74% пациентов – самое частое оперативное вмешательство. В 52,4% случаев применялся комбинированный подход к выбору перевязочного материала с использованием современных перевязочных средств. Средние сроки заживления ран у пациентов составили от $19,1 \pm 4,9$ суток (первичное заживление ран) до $24,4 \pm 6,4$ суток (вторичное заживление ран). В 95,4% случаев лечение протекало без осложнений и ограничилось первичными хирургическими вмешательствами.

Якимович С.Г.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации г. Хабаровск

ДЕФОРМАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

2020 год привнёс в жизнь вузов новую форму обучения — дистанционное. Дистанционное обучение (ДО) явилось вынужденной мерой. Ранее ДО не имело таких масштабов применения и рассматривалось зачастую в теории. Следует признать, что эта форма обучения выявила проблемы, которых теория не знала, а реальное время продемонстрировало во всей полноте.

Актуальность. Видимые достоинства ДО не компенсируют многочисленных недостатков. ДО повлияло на обучение глубже и значительнее, чем может показаться. Одним из таких недостатков является деформация информационных качеств личности.

Цель: выявить и обозначить проблему; поискать пути её решения или минимизировать отрицательные стороны.

Материалы и методы: анализ деятельности студентов на дистанционном обучении и интерпретация результатов, исходя из теории и моего личного опыта.

ДО понимается как «комплекс образовательных услуг, предоставляемых широким слоям населения в стране и за рубежом с помощью специализированной информационно-образовательной среды на любом расстоянии от образовательных учреждений» [1, Зайченко Т. П. Инвариантная

организационно-дидактическая система дистанционного обучения. Монография. СПб.: Астерион, 2004]. Признаками ДО являются:

- пространственно-временная дистанция;
- использование информационно-коммуникативных средств;
- поле применения понятия.

Таким образом, ДО предоставляет свободу во времени и пространстве обучающимся и обучающим, так называемая асинхронная форма. Такая форма обучения собирает в себе передовые технологии нашего времени, и, на первый взгляд, должна принести замечательные плоды: высокий уровень знаний, инициативность, объективность оценивания, саморазвитие и т. д. Особенностью ДО является то, что обучающийся сам организует свою работу. Деятельность педагога заключается в осуществлении принципов традиционной дидактики: лично - ориентированное обучение, мотивация, активация и стимулирование, вовлечение и управляемость учебного процесса. От педагога требуется составление качественной инструкции и контроль.

Вот здесь и возникают проблемы. Инструкцию читают не все, а те, кто читают, трактуют содержание как заблагорассудится, в итоге ответы на контрольные задания выполняются и фиксируются не по инструкции, а как пользователю удобно и привычно. В силу асинхронности, разрыв во времени выполнения задания и проверки не позволяет гибко реагировать на недочёты. Об оперативности преподавания и индивидуальном подходе речи не идёт.

ДО предполагает самостоятельный поиск информации по заданной теме. Необходимо отметить, что современные технологии позволяют получить ответ на любой вопрос в сети Интернет. Поисковая система выдаст ответы на запрос, хоть как-то сформулированный. Причем не только понимания, ни даже чтения материала не обязательно. Три простых действия: выделить, копировать, вставить и ответ готов. Как пример: в моей практике студенты не отличали Фурье и Фика, (ряды Фурье из математики, уравнение Фика из биологии). Прочитать вопрос и ответить на него задача простая не для всех. Можно составить целую библиотеку абсурдных ответов и непередаваемых смыслов. Если исходить из понятия, что знаниями становится усвоенная информация, то, как проверить, усвоен ли материал? В ДО контрольные ответы не являются персонифицированными: можно выделить группы студентов, клонирующих друг у друга ответы, благо, современные технологии позволяют пересылать файлы не читая, не вникая не анализируя. Налицо формальный подход к обучению.

Процесс деформации информационных свойств личности в ДО гораздо глубже, ибо если определять личность как «субъект ответственности, конкретный человек, рассматриваемый с точки зрения его социально значимых особенностей» [стр. 94, Фокин Ю.Г. Теория и процедурный справочник по обучению в высшей школе /Ю.Г. Фокин. – Ростов н/Д: Феникс, 2015, 445 с.:ил. – (Педагогическое образование)]. В ДО социальность человека сведена к нулю. Считается, что становление личности идёт через социализацию индивида. Под социализацией будем понимать усвоение качеств, необходимых для успеха в обществе, позволяющим индивиду стать полноправным и ответственным гражданином. Если личность рассматривать как результат образования, взросления и жизни в обществе, то формирование идёт в:

- 1) системе ценностей — это мораль, направленность, убеждения, мировоззрение, идеалы, интересы, влечения;
- 2) знаниях и опыте — это опыт, знания, умения, навыки, чувства, привычки;
- 3) особенностях психических процессов — это воля, характер, чувства, привычки;
- 4) биологическими свойствами — это темперамент, ведущие полушария коры головного мозга; склонности.

Подструктуры первых двух групп обусловлены социумом, последние можно считать биологическими факторами с некоторой долей возможной корректировки. Видно, что из образования в дистанционной форме «выпадают» важные личностные системы. Студент представляет собой не полностью оформившуюся личность, т.к. многие аспекты, такие как профессиональные, гендерные, коммуникативные, деловые ещё не оформились, в силу молодости. Становление качеств личности у субъекта обучения можно обеспечить, вовлекая его в активность, в которой эти качества будут формироваться, проявляться и совершенствоваться. Формировать многие личностные качества в форме ДО, в значительной мере, не возможно.

Восприятие и переработка информации требует напряжения памяти и внимания. При ДО память человека фактически не задействована, если не считать память ПК. Внимание краткосрочно и неконтролируемо. С развитием цифровых технологий роль человека отодвигается на второй план. Современному человеку незачем напрягать память, т.к. все необходимые данные хранятся в памяти ПК, в облачном хранилище, в файлах и папках. Доступный объём информации ограничен возможностями современных гаджетов. Информационные качества личности, если исходить из стандартного определения информации это — сбор, хранение, обработка и использование. Так вот: сбор информации прекрасно осуществляют поисковые системы, хранят современные носители, обрабатывают программы. Вывод: современный человек научился потреблять, а не использовать информацию. Потребление информации это — бездумное блуждание по сети, зависание в социальных сетях, всеядность, отсутствие критериев оценки качества информации, одним словом – несформированность информационной культуры. Другое определение информации: «Информация – это новость». Новые сведения, данные черпаются для накопления багажа знаний и ДО призвано способствовать этому. «Информация есть выбор», «информация есть отражение». Такие определения дают возможность взглянуть шире на процесс обучения. На мой взгляд, ДО хорошо отражает самостоятельность (читай - зрелость) студента, его отношение к учёбе. Необходимо отметить, что существует группа студентов, успешно обучающихся и очно и дистанционно, как правило, они отлично учились в школе. Несозревшие, нердивые студенты всегда были, есть и, надеюсь, будут.

Вывод: нельзя считать дистанционное обучение полноценной заменой очному. На мой взгляд, дистанционная форма хороша при получении второго, третьего, одним словом дополнительного к базовому образованию. Искажаются информационные свойства личности: студент учится формально. Социальная компонента при ДО отсутствует, что неизбежно приведет к трудностям в дальнейшей жизни и профессиональном становлении молодого специалиста.

Якобчук А.В.

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

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА В ДРЕВНОСТИ И В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Один из величайших врачей античности и основоположник медицинской этики Гиппократ сказал: «Кто успевает в науках, но отстает в нравственности, тот более вреден, нежели полезен». Уже в Древнем Египте закладываются основы медицинской этики, определяющие нравственный облик врача. В начале своей трудовой деятельности врач давал клятву. Текст «Клятвы» появился за несколько веков до Гиппократа, именем которого она названа, и устно передавался из поколения в поколение. Гиппократ впервые записал текст на ионийском диалекте древнегреческого языка, содержащий два постулата о недопущении самоубийств и абортов. С течением времени были внесены дополнения, и в соответствии с окончательной античной версией клятвы врач был обязан оказывать помощь любому человеку, не требуя вознаграждения, уважать и оказывать содействие своим учителям и коллегам, постоянно совершенствовать знания, не разглашать информацию о состоянии здоровья пациентов, избегать причинения вреда здоровью, не прибегать к эвтаназии и абортам, не вступать в интимные отношения с пациентами.

В современном мире текст был значительно изменен. В 1948 году Генеральная Ассамблея Международной медицинской ассоциации приняла Женевскую декларацию, которая является современной редакцией Клятвы Гиппократа. В «Профессиональном кодексе», который принят в Северной Америке и Европе, также, как и в «Клятве врача Российской Федерации» исчезают положения о недопустимости абортов, лечении мочекаменной болезни и корректном отношении к рабам. Мусульманский вариант клятвы начинается с восхваления Аллаха. В Израиле приносят клятву еврейского врача, которая незначительно отличается от античной версии. Отличия связаны с тем, что в традиционном тексте перечисляются древнегреческие боги, в соответствии с иудаизмом Бог един и клясться его именем нельзя. В США считается незаконной медицинская помощь террористам или лицам, подозреваемым в террористической деятельности.

С древних времен неизменным остается принцип непричинения вреда (*Noli nocere!* – Не навреди), заботы о физическом и эмоциональном состоянии больного (*Comple aegroto bona spe!* – Внушай больному надежду на лучшее!). Закон сохранения врачебной тайны (*Commisa cela!* – Сохраняй вверенную тебе тайну!) претерпел существенные изменения, современный врач может сообщать информацию о состоянии здоровья пациента ближайшим родственникам, а также правоохранительным органам и органам здравоохранения. В медицинской этике времен Гиппократов говорится о неполном и осторожном информировании пациента, вплоть до дезинформирования, в современной медицине человек вправе владеть полной информацией о состоянии своего здоровья, способах лечения, возможных последствиях отказа от лечения. Много споров вызывает вопрос аборт и эвтаназии. Однако большинство врачей склоняются к принципам, изложенным в «Клятве». Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации закрепляет право врача отказаться делать аборт. В России эвтаназия запрещена статьей 45 Федерального закона, однако в некоторых странах легализован добровольный уход из жизни пациентов в терминальном состоянии, в Бельгии разрешение на эвтаназию распространяется на неизлечимо больных детей. До сих пор актуален принцип уважительного отношения к учителям и обязательство передавать знания ученикам, а также консультироваться с коллегами в сложных и сомнительных случаях. И в наше время врач должен постоянно совершенствовать свой профессиональный уровень. Также считаются предосудительными интимные отношения между врачом и пациентом.

Таким образом, очевидно, что основные принципы медицинской этики древности, изложенные в Клятве Гиппократов, по большей части актуальны и в наши дни, некоторые положения были изменены по религиозным или социальным причинам, а определенные вопросы вызывают дискуссии.

Якобчук А.В., Мартыненко Б.А.

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

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Изучение латинского языка представляет определенные трудности. У него достаточно сложный грамматический строй. Многие первокурсники, особенно иностранные студенты, которые говорят на английском языке, вследствие обилия нового материала, специфики грамматической системы латинского языка и отрицательной межъязыковой интерференции, испытывают трудности в изучении грамматических категорий имени существительного и прилагательного. Целью нашей работы является определение круга проблем, с которыми сталкиваются студенты при изучении грамматического материала, а также поиск путей их преодоления. В процессе работы использовались учебники по языкознанию, педагогике, анализ деятельности студентов, анкетирование.

Французский философ Рене Декарт утверждал: «Все познается в сравнении». Студенты мыслят на родном языке и все явления нового языка соотносят с аналогичными в родном. Лексический материал изучаемого языка они в основном усваивают, переводя слова иностранного на родной язык, но при освоении грамматических категорий возникают трудности. Если лексические единицы, особенно относящиеся к медицинской терминологии, часто имеют точные семантические соответствия (e.g. *crista*, *ae f* – гребень, *musculus*, *i m* – мышца), то смысл грамматических категорий не всегда очевиден. В результате опроса, проведенного среди студентов первого курса, было выявлено, что наиболее сложной для понимания они считают категорию склонения (60%), поскольку склонение существительных и прилагательных в латинском языке существенно отличается от русского, а в английском, который большинство опрошенных изучали в школе, вообще не существует. Второй по сложности категорией (30%) был назван род имён существительных, хотя эта категория используется в русском языке, часто род существительных в русском и латыни не совпадает, что вызывает сложности и путаницу; гораздо меньшие трудности респонденты испытывают при работе с категориями падежа и числа (по 5%), так как аналогии существуют в родном языке. Еще одной проблемой является то, что определенный процент студентов не имеют прочного знания грамматической структуры родно-

го языка, поэтому объяснение любого нового грамматического материала начинается с повторения, обобщения и систематизации школьного материала. Далее новая информация подается в сравнении с грамматическими явлениями русского языка и подкрепляется примерами. К сожалению, невозможно опираться на знание английского языка, так как грамматические структуры латинского и английского языков существенно различаются, в результате чего возникает отрицательная языковая интерференция. Английский – язык аналитический, образующий грамматические формы с помощью вспомогательных слов, а латинский и русский принадлежат к синтетическим языкам, в которых используются флективные способы словообразования. Поэтому особую трудность изучение латинской грамматики представляет для студентов-иностранцев, для которых английский язык является родным. С этой трудностью позволяет справиться метод противопоставления и акцентирования внимания учащихся на отличиях грамматических явлений в английском и латинском языках (употребление окончаний при построении определенных падежных форм вместо предлогов для связи слов в предложении, окончания глаголов при образовании разных временных форм).

Многие проблемы можно преодолеть, используя примеры, принцип сравнения с объяснением неочевидных связей, акцентирование внимания на несоответствиях.

Якубова Д.М

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся синдромом бронхиальной обструкции, в раннем детском возрасте, несмотря на имеющийся прогресс в медикаментозной коррекции и реабилитации, продолжают оставаться актуальной проблемой педиатрии. Бронхообструктивный синдром является одной из наиболее частых форм нарушения бронхиальной проводимости у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучить клинические особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста

Материал и методы. Обследовано 42 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, с бронхообструктивным синдромом. Исследования проведены на базе Городской детской больницы №1 г. Ташкента. Было проведено клиническое обследование с использованием общепринятых физикальных методов.

Результаты исследования. Полученных данных показал, что при поступлении в стационар тяжелое состояние отмечалась у 28 (66,7%), средняя степень тяжести установлено у 14 (33,3%) детей. Дыхательной недостаточность установлено у 33 (88,1%) больных, из них у 22 (66,7%) II степени, у 8 (24,2%) III степени, а у 3 (9,1%) детей отмечалось I степени. Сухой приступообразный кашель, симптомы интоксикации, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника отмечалась у всех обследуемых нами детей. Снижение аппетита наблюдались у 25 (59,5%), беспокойство у 17 (40,5%) больных. Также у 37 (88%) больных установлено одышка, как правило, экспираторного характера и у всех больных участие вспомогательного мускулатуры в акта дыхания. Повышение температуры фебрильного и субфебрильного характера отмечались у 35 (83,3%) больных. При перкуссии легких 63,1% случаев отмечалось легочной звук с коробочным оттенком. При аускультации на фоне жесткого дыхания выслушивались масса сухих свистящих хрипов 86%. Дыхательная расстройства у детей с бронхообструктивного синдрома сопровождалась свистящими хрипами, слышимыми на расстоянии. Среди возрастных особенности было выявлено, что у грудных детей более длительно сохранялись симптомы бронхообструктивного синдрома и хрипы.

Выводы. Выявлено, что клинические особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста заболевание протекает в основном в среднетяжелой и тяжелой формах, за счёт выраженных проявлений дыхательной недостаточности, отмечается длительное сохранение симптомов бронхиальной обструкции по сравнению с больными бронхообструктивного синдрома другой возрастной категории.

Akbarhodjayeva Kh.N., Mirkhoshimov M.B.

Tashkent pediatric medical institute

INFLUENCE OF NITROGEN OXIDE SYNTHESIS MODULATORS ON OXIDATIVE MODIFICATION OF RAT SPLENOCYTE PROTEINS

Introduction. Oxidative modification of proteins, which is an early and reliable marker of oxidative stress, is a covalent change in the structure of a protein caused by direct exposure to reactive oxygen and / or nitrogen species. It is important to note that nitric oxide produced from L-arginine by rat spleen cells under the action of inducible NO synthase is involved not only in the formation of the immune response, but also can act as an antioxidant and prooxidant. That is why of particular interest is the effect of the substrate 28 for the synthesis of nitric oxide (L-arginine) and a non-selective inhibitor of NO-synthase (N-nitro-L-arginine methyl ether) on the oxidative modification of rat splenocytes.

Materials and methods. The study was carried out on conventional male Wistar rats weighing 280-320 grams. After the introduction of the animals into deep anesthesia, exsanguination was performed and the spleens were sterilely removed, then splenocytes were isolated. Splenocytes were incubated in vitro in complete nutrient medium containing 5 mM LNAME (n = 8) and 5 mM L-arginine (n = 8) for 24 hours. The control group (n = 8) consisted of splenocytes incubated under the same conditions in complete nutrient medium. Oxidative modification of proteins (OMP) was assessed by the method of R. L. Levine modified by E. E. Dubinina. The OMB was assessed by calculating the area under the spectrum curve. Results and its discussion. In the control group, the area under the curve of oxidative modification of proteins of rat splenocytes was 33.4 [25.7; 39.4], in the L-arginine group - 18.4 [12.9; 81.1] ($p \geq 0.05$), in the LNAME group - 80.9 [72.1; 129.8] ($p \leq 0.05$).

Results. It follows from the above data that the additional introduction of arginine helps to reduce the carbonyl derivatives of proteins. This fact is possibly associated not only with the indirect antioxidant effect of the substrate, but also with a decrease in the release of superoxide anion radical in the vascular endothelium. In addition, it is known that NO is able to bind with Fe²⁺, resulting in the formation of dinitrosyl complexes of non-heme iron. That is why, under the conditions of modeling a deficit in the synthesis of nitric oxide, Fe²⁺, possibly, binds to the metal-binding surface of the protein, which contributes to the modification of proteins. The increase in the amount of carbonyl derivatives of proteins may be related to the ability of LNAME to inhibit catalase activity.

Conclusion. The substrate for the synthesis of nitric oxide L-arginine has an indirect antioxidant effect, in turn, L-NAME contributes to the inhibition of the cytoprotective properties of nitric oxide and, as a consequence, to the formation of carbonyl derivatives of proteins.

Eromiants I.S., Zhdanova E.V.

M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY, Donetsk

THE PECULIARITIES OF THE ENGLISH CORONAVIRAL NEOLOGISMS

Traditionally in linguistics a neologism is defined «as a newly-created word used in expressions, in both writing and speaking». The methods of studying neologisms currently presented in modern linguistics are implemented within the framework of various approaches to the study of new lexical units. Among them are structural and semantic, cognitive; psycholinguistic, pragmatic linguistic, cognitive-discursive, linguistic cultural, functional-pragmatic approaches. This research was carried out in direction of the structural-semantic approach to the neologism study.

The object of the study was the English neologisms about the coronavirus infection pandemic in recent years. Significant changes that affected various spheres of life, activity, social relations and communication during this troubling period, naturally, were reflected in the language, namely, they affected its lexical level, which manifested itself in the rapid renewal of the lexical system. In connection with the COVID-19

epidemic, a large number of neologisms have appeared in the languages all over the world. Some words and phrases are absolutely new for native speakers, others existed earlier, but received a new understanding, the third, previously highly specialized concepts, expanded the scope of use to everyday life.

The subject of our interest was the semantic features of English-language neologisms about the coronavirus pandemic, taken from the media, social networks and online dictionaries.

The composition of the group of neologisms selected for analysis is determined by the semantic commonality of the nominations. The group has internal division. It can be divided into four microgroups, united by the semes «a person exposed to the coronavirus», «the name of the infection», «the consequences of quarantine», «prevention, treatment, monitoring of patients with covid.» The group of neologisms united by the archiseme «a person affected by the coronavirus» includes fifteen nominations, which in turn are combined into three microgroups with the following differential semes:

1) people's behavior: facenaked; corona-uber; covidol; coronaroamers; covidiot; quarantrolls; maskhole; morona;

2) human condition: coronic; quarantrolls; morona; coronator; coviddy;

3) social status of a person: coronallennial; quaranteens; key workers/keyworkers; Wuhan clan.

Stylistically neutral nominations indicate people working in important spheres who are forced to ignore quarantine- key workers; coronallennial is used for the generation of children born during self-isolation;; coronaviral is used for children born between 2001 and 2007 who become teenagers in 2020. A significant number of nominations are with colloquial stylistic overtones. The nomination with the most general meaning is coronic - 'a person infected with a coronavirus'. Most colloquial neologisms have a negative colouring: facenaked (literally - naked) means «a person who refuses to wear a mask in public»; corona-uber describes «people who don't take the coronavirus seriously, take to the streets and spread the infection like the Uber app»; coronaroamers are «selfish people who disregard the rules of self-isolation»; covidiot means «a person whose behavior is careless and stupid»; quarantrolls (from quarantine + trolls) are «people who get bored on social networks with stories about how hard it is for them to self-isolate»; maskhole (from mask + asshole) is «a person who wears a mask in such a way that it is completely ineffective»; morona (from moron + corona) is «a person who behaves stupidly during a pandemic», coviddy means «a person demonstrating an unusual behavior».

Summing up, we note that the neologisms devoted to the coronavirus pandemic reflect the current state of the social situation generated by the epidemic. These lexical units belong to mass media neologisms. Some neologisms belong to the official medical discourse, but most of them belong to the everyday vocabulary which conveys the attitude of the mass population to the pandemic. Some elements of such vocabulary can be attributed to folk terminology.

Podedennyi A.L.

SE «Lugansk Republic Clinical Hospital» LPR

THE FEATURES OF THE CONTENT OF SOME IMMUNE INDICATORS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURIES HAVE

In the formation of disorders and complications in the immediate and remote postoperative period of brain injury of moderate severity – concussion, the important belongs to the inflammation mediators – cytokines.

The aim of the investigation was to determine the contest of pro- and anti-inflammatory cytokines, which patients with brain injury of moderate severity have, such as concussion, complicated with hematoma of different localization in the early postoperative period, three days and two weeks after the operation.

There were 31 patients observed. They had traumatic brain injury – concus-sion, complicated with hematoma of different localization and cize with the determi-nation of interleukin (IL)-1 β , γ -interferon (IFN) and IL-4 in their blood serum by immunoassay method. The control group consisted of 20 practically healthy people.

The day after the surgery all the people who were observed had the content of IL-1 β on average 5 times higher than the norm, and gained its maximum in tree days term after the operation, then it slowly reduced

but, at the moment of the discharge from the hospital, it didn't reached the control values. The concentration of IL-4 was higher than that under the control and the highest on the third day after the operation and it also reduced, but didn't restore. The content of γ -IFN wasn't different from the reference norm, it rose norm on the third day after the operation and then kept a higher level.

So, the patients with traumatic brain injury – concussion with hematoma of different localization and size on the first day after the operation had increased content of IL-1 β , as «starting», and, obviously, the most sensitive, with further increasing of content of IL-4 and γ -IFN. The information about the dynamics of cytokines and immunoglobulines will make it possible to have their efficient correction and to prevent complications. We consider the Imunofan as the drug for corrective therapy.

Tadjiev B.M., Khasanova G.A., Khasanov S.M.

Ministry of health of the republic of Uzbekistan Republican specialized scientific practical medical center of epidemiology, microbiology, infectious and parasitic diseases.

CLINICAL COVID 19 IN CHILDREN

Relevance. Due to the spread of sovids 19 infections, not only among adults, but also among children. It is important to study the sex-age characteristics, the characteristics of the course, the incidence of complications and severe forms of infection in children. Children are less susceptible to the threats posed by the coronavirus, but they can still get infected.

Purpose of the study. In-depth study of the transmission routes of covid 19 infection in children. Study of the prevalence and assessment of the characteristics of the course of coronavirus infection caused by SARS-Cov-2 in children undergoing hospital treatment.

Tadjieva M.A., Mirkhoshimov M.B., Zakirkhodjaeva D.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute

ASSESSMENT OF MICROBIOCENOSIS OF THE UROGENITAL TRACT OF WOMEN WITH PRIMARY INFERTILITY

Introduction. The normal microflora of the vagina is a natural barrier to the development of pathogenic bacteria. An imbalance in the vaginal microflora leads to a decrease in lactobacilli and an increase in opportunistic flora, which is the cause of the inflammatory process. Urogenital mycoplasmas, are representatives of the commensal (normal) microflora of women, are excreted in 12-60% of healthy women.

Aim. Evaluation of microbiocenosis of the urogenital tract of women of reproductive age with primary infertility

Materials and methods. 790 women of reproductive age with infertility at the age from 20 to 42 years were examined. All patients underwent bacterioscopic (with Gram smear staining and 1% methylene blue aqueous solution), bacteriological examination. To isolate the culture (bacteriological method) of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis from the vaginal contents, we used sets with selective media (Mycoplasma Duo, Bio-Rad). To identify Chl. Trachomatis - we used a serological method (ELISA) for the diagnosis of antigen (AH) and Ig antibodies of classes M, A, G.

Results. Primary infertility was 51%, and secondary - 49%. In terms of structure, tubal-peritoneal infertility prevails, which amounted to 38%, and is evidence of previous inflammatory diseases of the internal genital organs. Endocrine (33%) and male infertility (31%) met with approximately the same frequency. A combination of several factors is observed in 25% of cases of infertile marriage. The main complaints of the patients were: chronic pelvic pain in 69% of women, in 31% - discharge from the genital tract. The examination revealed - salpingo-oopharitis in 76%, hydrosalpinx in 1.0%, cervicitis in 27%, ectopia and other pathological processes of the cervix in 30%, urethritis and cystitis in 7%. Laboratory diagnostics of

bacterial infections of the urogenital tract revealed the Chl antigen. Trachomatis in 24%, M antibodies in 11%, Ig A in 3%, Ig G in 50%. Ureaplasma urealyticum was detected in 38.2%. Mycoplasma hominis was detected in 10.1%. A combination of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum was isolated in 7.9%. Women who had urogenital mycoplasma isolated were 488 people (55.4%). The main group consisted of 208 women in whom the infection was isolated by the culture method. The comparison group included 280 women in whom monoinfection of urogenital mycoplasma was also found, but by other methods (qualitative reaction and PCR method)

Conclusions. 1. In women with primary infertility, urogenital mycoplasma was most often isolated from the urogenital tract in a pathogenic titer - 55.9%. Moreover, Ureaplasma urealyticum was more often isolated in 38.8%, Mycoplasma hominis in 10.1%, and their association was isolated in 7%. 2. The most valuable diagnostic method of urogenital mycoplasma is bacteriological (cultural). The advantage of the method is the ability to isolate a pathogenic titer. The PCR diagnostic method has disadvantages in front of the cultural one, since it detects single cells, which is the norm.

Tsendmaa G., Uyanga N., Davaa Gombojav

Mongolian National University of Medical Sciences

POSTNATAL DEPRESSION AND ITS EFFECTS ON CHILD DEVELOPMENT

Abstract:

Worldwide about 10% of pregnant women and 13% of women who have just given birth experience a mental disorder, primarily depression. In developing countries this is even higher, i.e. 15.6% during pregnancy and 19.8% after child birth. A recent meta-analysis showed that about 20 % of mothers in developing countries experience clinical depression after childbirth.

The proportion of the global population with depression disorders in 2017 is estimated to be 3.6%. Depression disorders are more common among females than males (4.6% compared to 2.6% at the global level). In the Region of the Americas, as many as 7.7% of the female population are estimated to suffer from anxiety disorder (males, 3.6%)¹.

Due to 2016 survey among general population of Mongolia depression level were 9%. Mother death were 48.6% in 2016.

Goal of survey: To determine pregnant depression level among Mongolian Pregnant women

Methods: All pregnant women living in identified areas of Darkhan-Uul province, Mongolia were screened for an questionnaire on maternal characteristics and pregnancy outcomes. Of these, 24(30%) of eligible women were administered the validated International Pregnant Depression Scale at gestation.

Results: Thirty percent of the women were depression. Psychological distress was associated with husband unemployment ($p = 0.032$), lower household wealth ($p = 0.027$), unwanted pregnancy ($p < 0.001$).

Conclusions: Depression commonly occur during pregnancy in Mongolia women; rates are highest in women experiencing sexual/physical as well as verbal abuse, but they are also increased among women with unemployed husband and those with lower family income.

Keywords: pregnancy, depression, prevalence, questionnaire

Tsendmaa G., Uyanga N., Davaa Gombojav

Mongolian National University of Medical Sciences

LIFE STYLE FACTORS AND FEMALE INFERTILITY

Introduction

Countries in the world had categorized with high reproductive ability (more than 3.2 children) and low reproductive ability (less than 2.0 children) at world health report-2013 from WHO. In 2010, 66 countries

were high reproductive ability (United Nations and Social Affairs 2013). Mongolian women had average 4.3 children in 1990, and in 2014 it decreased to 3.1 children. So Mongolia had discarded from high reproductive ability category. Women's birth rate decreases, while infertility spreads are increasing.

The infertility epidemic in the world is 8.0-29.0% (Pandey et al., 2014). In 2003, Mongolian infertility rate was 8.7% (NHCMC, 2003) and increased to 11.6% in 2013 (I. Purevogtokhok 2013). According to Mongolian researchers, 45.8% of the causes of infertility female infertility, 25.6% are male factor and 18.8% are due to men and women, and cause unspecified infertility 9.8% (NCHD 2003). The proportion of female infertility in the infertile structure accounts was the highest proportion. Although there are studies on the risk factors for female and male infertility in Mongolia, there are no studies on the risk factors of secondary infertility in women.

Purpose

To identify female reproductive system diseases and to study risk factors of female infertility in second infertility women.

Materials and Methods

We surveyed about secondary infertile women, who has approved by inclusion criteria and determined infertility risks. We designed case-control study. We collected 155 data at «Post partum department» of «First Maternity Hospital» for control group, and 75 data at «Women stationary» of «First Maternity Hospital» for case group (ratio 2:1). Data analyzed by STATA for OR (logistic regression tests) and correlations.

Results

The most common previous disorders are gynecology surgical diseases and tubal pregnancy most occurred (OR=12.2) $p<0.006$ before infertility situation. There was statistical reliability diseases. Including: sexually transmitted diseases (OR=2.3-5.5) and clinical procedure of abortion (OR=4.6).

Conclusion

Infertility women more affected by reproductive system and surgical disorders. 49.0% of secondary infertility women were fallopian tube factor, 20.0% had ovarian abnormalities, 23.0% had pelvic adhesion and endometriosis, and 8.0% were uterine infertility. The history of abortions, sexually transmitted infections, endometriosis, abdominal surgery and use of over one year of glucocorticoids were risk factors for women's secondary infertility.

Keywords: Infertility, female infertility, risk factors of infertility, sexually transmitted disease

Содержание

Абрамов В.А., Голоденко О.Н. ОЦЕНКА УРОВНЯ ДИСТРЕССА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА.....	5
Абрамянц М.Х., Дегтярев О.Л., Красенков Ю.В., Лагеза А.Б., Михайлова Е.Ю. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ У ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФОНОМ	6
Александров И.Н., Бутук Д.В., Довгаль А.В. БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ С СЕГМЕНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЗУБНОГО РЯДА	6
Александровская В.Н., Бабенко А.И. К АНАЛИЗУ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	7
Александровская В.Н., Куликова Н.В. ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОСВЯЗИ В ФИЛОСОФИИ И НАУКЕ.....	8
Алешечкин П.А., Шевченко А.С., Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НАРУШЕНИЙ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ВРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИНТЕРВАЛА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ.....	9
Алиев А.Ю. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	10
Алиёрова Г.А., Рузиева Н.Х. ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОРИ	11
Алимходжаева Н.Т., Акбарходжаева Х.Н., Сулейманова Г.Г., Икрамова З.А., Кодиров М.А. СИНТЕЗ И ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ АСПАРАГИНОВОЙ КИСЛОТЫ С БИОГЕННЫМИ МЕТАЛЛАМИ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ В КАЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	11
Альмешкина А.А., Абрамов В.А., Ковалева К.В., Токарева О.Г. САМОРЕГУЛЯЦИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВОКУРСНИКОВ, ИМЕЮЩИХ АКАДЕМИЧЕСКУЮ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ	12
Аманова Н.А. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ.....	13
Аманова Н.А. РОЛЬ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА	14
Аманова Н.А. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ.....	15
Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Толстюк В.И., Саидназаров А.К. ОСОБЕННОСТИ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ПОЛИОВИРУСАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	16
Андрienko И.Б. РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА БОЛЬШОЙ МАССОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ МОНЕТ	17
Антипов Н.В., Василенко Л.И., Самерок С.И. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ МЕТАЭПИФИЗУ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ	17
Антипов Н.В., Сироид Д.В., Жилиев Р.А. ЕДИНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ...	18
Антонюк О.С., Украинский В.В., Власов Е.И., Романова К.В., Голубицкий К.О. Баиров И.И. ОЦЕНКА И СРАВНЕНИЕ ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, КАК ОДНОГО ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ..	19
Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярошак С.В., Голубицкий К.О. ПРЕДИКТОРЫ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА И ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	20

Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярошак С.В., Кокин А.Ю. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ, НАШ ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫВОДЫ	21
Антонюк С.М. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	22
Антропова О. С. ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	23
Антропова О. С. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ОЖГОВОГО СЕПСИСА.....	24
Ахремеев В.Б. К ВОПРОСУ ОБ ИММУННОМ СТАТУСЕ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	24
Бабенко-Сорокопуд И.В., Грачев Р. А., Ильенко И.В., Чистик Т.В., Сорокопуд Е.П. ПРИМЕР МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН	25
Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Савченко А.А., Сорокопуд Е.П., Левченко И.И. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ.....	26
Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Желтоноженко Л.В., Демишева С.Г. ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	27
Бабич И.И., Сизонов В.В., Новошинов Г.В., Мельникова С.Р., Мельников Ю.Н. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ.....	28
Багрий А. Э., Приколота О.А., Щукина Е.В., Хоменко М.В., Ковыршина Е.Е., Цирковская Е.Р. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ: ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА/РЕВМАТОЛОГА.....	28
Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Коноваленко А.В., Коноваленко Ю.Н. УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ КАК ФАКТОР ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19.....	29
Балацкий Е.Р., Коноваленко А.В., Журавлёва Ю.И., Клименко В.А. ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	30
Баринев Э.Ф., Перенесенко А.О., Крахоткина Е.Д., Терещук Б.П. АНАЛИЗ ГИПОРЕАКТИВНОГО ФЕНОТИПА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	31
Баринев Э.Ф., Фабер Т.И. РОЛЬ ФАТ-РЕЦЕПТОРОВ И GPR1 РЕЦЕПТОРОВ НА ТРОМБОЦИТАХ В РАЗВИТИИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ХИМ III СТАДИИ	32
Баскаков И.Н., Хабарова А.В., Саламех К.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВЭБ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	33
Безкаравайный Б.А., Сероштан Е.Ю. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ Г. ЛУТАНСКА	34
Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНТЕГУМЕНТНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	34
Белоцерковцева Л.Д., Бабич И.И., Присуха И.Н. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	35
Берест И.Е., Селезнёв К.Г. РЕПАРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМИ РИНИТАМИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ	36
Беседина Е.И., Жидких Т.Н., Киосева Е.В., Подоляка В.Л. ВЕБИНАР КАК ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	37

Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Калиберда С.В. СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БОЛЕЗНИ ЛАЙМА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНТОМОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЕЕ ПЕРЕНОСЧИКАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	38
Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Скрипка Л.В., Бояр О.А. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И МЕРЫ БОРЬБЫ С РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2021 ГОДУ	39
Бисов А.С., Победенная Г.П., Вагина Ю.И. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ.....	40
Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Покрышка И.И. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	41
Бобровицкая А.И., Золото Е.В., Лагунова Н.В., Воробьева В.Г. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ДЕТЕЙ.....	42
Богослав Ю.П., Фролов С.С., Даценко М.В., Черноус В.А. ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ	43
Бодаченко К.А., Семеней В.Я., Демяненко А.А., Колосова Т.А. ПРОФИЛАКТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ	44
Боева И.А., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Данилов Ю.В. АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ.....	45
Боечко Д.С., Боечко Н.Д., Буштрук А.А. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЗАДНЕЙ ГРУППЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	46
Бойченко А.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ АТТЕНУИРОВАННОЙ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	47
Бондаренко М.В., Сирогченко Т.А., Борошенко В.А. ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И РЕЦИДИВАМИ КРАПИВНИЦЫ В АНАМНЕЗЕ	48
Бондаренко Н.Н., Шевченко Т.А., Госман Д.А. ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	49
Боровой И.С. ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ОБЛАСТИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ	50
Борозенец Д.И. КОГНИТИВНЫЕ ГЛАГОЛЫ В ЗЕРКАЛЕ ПСИХОЛИНГВИСТИКИ.....	51
Борота А.В., Борота А.А., Алиев Р.Н., Федоришин А.А. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ДИСПАЗИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	51
Борота А.В., Борота А.А., Федоришин А.А., Алиев Р.Н. ЕДИНЫЙ ДОСТУП В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ДИСПАЗИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	52
Борота А.В., Кухто А.П., Базиян- Кухто Н.К., Колодяжный М.А. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИИ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	53
Боряк А.Л., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н. Титов Ю.Д., Романчук С.А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ	54
Боряк С.А., Проценко Т.В., Зубаревская О.А. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ ИНДЕКС В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	55

Бублик Я.В. ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ	56
Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ COVID-19	57
Бублик Я.В., Беседина Е.И., Подоляка В.Л., Зяблицев Д.В. УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	58
Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сохина В.С., Сигитова Е.В. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ЛИТ. ОБЗОР)	59
Бугашев К.С., Доценко Е.К. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ЕГО МЕСТО И РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ	61
Бугашев К.С., Луцкий И.С., Марусиченко Е.А. НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	61
Бугашева Н.В., Абрамова Е.А., Кужель М.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	62
Буканов Е.К., Курган Е.Г., Пацкань И.И. ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВИРТУАЛЬНЫХ АССИСТЕНТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	63
Буканов Е.К., Пацкань И.И., Ежелева М.И. ВИРТУАЛЬНЫЙ АССИСТЕНТ КАК СРЕДСТВО КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ СТУДЕНТАМИ И ДЕКАНАТОМ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	64
Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О. ПРИМЕНЕНИЕ АКУПUNKТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ COVID -2019	64
Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Литвинова Е.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В. КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ПРЕПОДАВАНИЮ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА ЭТАПЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ	65
Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В., Тутов С.Н. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ	66
Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В., Тутов С.Н. ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ	67
Былым Г.В., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Тутов С.Н., Подоляка Д.В., Литвинова Е.В. МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВОМ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	68
Бычков И.Н., Волошин Р.Н., Снитко А.В. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИЕТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА	69
Вакуленко А.В., Неделько А.А., Глазков И.Р. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ШТАММОВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	70
Вакуленко А.В., Неделько А.А., Юдин В.А., Павлюченко Е. ПЕРИПРОТЕЗНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	71
Вакуленко А.В., Поповиченко Л.Л., Поддубная Е.Н., Глазков И.Р. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	72
Вакуленко А.В., Поповиченко Л.Л., Поддубная Е.Н., Глазков И.Р. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ШТАММОВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	73
Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Губенко О.В., Оборнев А.Л., Фоминов В.М. ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ ОЛИМПИАДЫ НА КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ..	74
Вакуленко И.П., Хацко В.В., Первак М.Б., Фоминов В.М., Пархоменко А.В. ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ БИЛИОКИСТОЗНОГО СООБЩЕНИЯ	74

Ванда А.С., Малькевич Л.А. РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	75
Ванханен Н.В. АКТИВНЫЕ И ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.....	76
Ванханен Н.В., Жукова Е.Б., Волкова И.Н. КОМОРБИДНОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	77
Васильев А.А., Смирнов Н.Л., Буйнов К.И., Ельский И.К. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПАПИЛЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ	78
Вашенко А.В., Багрий А.Э., Христуленко А.Л., Побережная Н.В. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ИНТЕРНОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	79
Вегнер Д.В., Ступаченко Д.О., Сидоренко Ю.А., Филахтов Д.П. ОПТИМИЗАЦИЯ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	80
Вербицкая М.С., Вербицкий В.С. РОЛЬ ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА	81
Верешко Е.В., Чермных С.В. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ	82
Верещагин С.И., Чинякина Е.В. МРТ-СПОНДИЛОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ	83
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В., Сергиенко О.И., Варгания Р.А., Чихладзе В.У., Крот И.Ф. ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕРА РЕАБИЛИТАЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СЕПСИСА, РАЗВИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ (клиническое наблюдение).....	84
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В., Щеккина Т.Б., Криволесова Т.А. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ COVID 19	84
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Баринев В.А., Коротеев А.Л., Овсянников Ф.А., Курдынко Л.В. ТРЕХЭТАПНЫЙ ВАРИАНТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ	85
Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсва Г.М. ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	86
Власова В.Н., Волошин Р.Н., Проценко Т.В., Снитко А.В. ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	87
Вовченко И.В., Евдущенко Т.Г. МИКРОИГЛОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ В ТЕРАПИИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	88
Воеводина В.С., Волобуев В.В., Запорожченко А.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ДНР ДО 18 ЛЕТ НА БАЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКПБ-МПЦ	89
Воеводина В.С., Волобуев В.В., Сушкова Т.В. Психокоррекция тревожности и страхов у детей и подростков в амбулаторных условиях психотерапевтического отделения РКПБ-МПЦ	90
Выхованец Т.А., Машинистов В.В., Выхованец Ю.Г., Павлович Л.В., Андреев Р.Н. ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЧЕЛОВЕКА	91

Выхованец Ю.Г., Андреев Р.Н., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Остапенко В.И. БИОКЛИМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА.....	92
Выхованец Ю.Г., Габараева З.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Лахно О.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА.....	93
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н., Прокопец В.И. ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.....	93
Гайволя А.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАУЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ИНФОРМАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	94
Ганиева Д.К., Шайхова М.И., Каримова Д.И. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ.....	95
Гаруст Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ.....	96
Гашкова Л.А., Штутин И.А. ДЕБРИФИНГ В ОН-ЛАЙН РЕЖИМЕ ПРИ ПЕРВОЙ ВОЛНЕ КОРОНАВИРУСА: ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ, СПЕКТР ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПСИХОЛОГОВ	97
Гинькут В.Н., Андреев В.Н. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ЧЕРЕЗ СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	98
Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Андреев П.В. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАТОНИЗИЛЛИТАМИ.....	99
Говоруха И.Т., Железная А.А., Шаров К.В., Зоркова Е.В. ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....	100
Головань Д.Д., Складная Е.В., Чуркин Д.В. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НАГРЕВАЮЩЕГО МИКРОКЛИМАТА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ЖАРКИЙ ПЕРИОД ГОДА	101
Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Сульженко Д.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	102
Голоденко О.Н., Абрамов В.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА.....	103
Гонтарь Е.А., Мороз А.Б., Гаврилов А.Е., Колосова О.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ С КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТЬЮ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ПОРАЖЕННОСТЬЮ ЗУБОВ КАРИЕСОМ	104
Горбенко А.С. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	105
Горбенко А.С., Проценко О.А., Шаталюк М.П. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА	105
Городник Г.А., Кабанько Т.П., Тюменцева С.Г., Костенко В.С., Ермилов Г.И., Билошапка В.А. ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ»	106
Городник Г.А., Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Бондаренко Н.Н., Кишеня М.С., Власова Р.Н. ДИСФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	107
Городник Г.А., Черний В.И., Андреева И.А., Герасименко А.С., Назаренко К.В., Ващенко А.В., Качанов Б.А. ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕДАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ДЕКСМЕТОМИДИНА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	108

Грабовский О.А., Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Куква Н.Г., Бондарь А.В., Рязанцева Д.С. ДИСТАНЦИОННАЯ КОНФОРМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ТАЗА	109
Греков И.С. РАЗВИТИЕ ПОРАЖЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ COVID-19	109
Григорьева Д.Э., Григорьев Э.Н., Сулов Д.Н. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИТОЦИНА С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.....	110
Григорян Х.В. СТЕРЕОТИПНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТУРИИ И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ	111
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б. К ВОПРОСУ ОБ ИММУННОМ СТАТУСЕ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	112
Грищенко И.И., Коктышев И.В., Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Тюрина С.В., Лупитько Е.М. МАРКЕТИНГОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ	113
Губанова О.И., Демченко С.С., Демченко Е.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ С УДАЛЕНИЕМ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ	114
Губенко О.В. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА.....	115
Дамина К. М., Сабиров М.А. РОЛЬ ГЕНЕАЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ХБП В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	116
Дамина К.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХБП В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	117
Дамина М.Н., Абдуллаева О.И., Рашидов Ф.А., Дамина Х.М., Мирисмаилов М.М., Халикова Ш.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ: COVID-АССОЦИИРОВАННЫЙ ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ.....	118
Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В. РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ МЕТОДА БАЙЕСА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ВЛИЯНИЯ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС (НА ПРИМЕРЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)	119
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	120
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	120
Дегонская Е.В., Сохань Д.А. СОМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	121
Дегонская Е.В., Евтушенко С.К. Опыт использования валкион-терапии в реабилитации детей с прогрессирующими нейро-мышечными заболеваниями	122
Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Махно С. С. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	123
Демишева С.Г., Яковлева Э.Б., Бабенко-Сорокопуд И.В. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНОВ ЛГ И ФСГ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ	124
Демкович О.О., Беседина Е.И., Давыдова А.В., Думчева Т.Ю., Ковалева Р.В. О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ГОСПИТАЛЬНЫМИ ШТММАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	125

Демкович О.О., Думчева Т.Ю., Ковалева Р.В., Петрова И.В. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И СОСТОЯНИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ И ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	126
Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Боева И.А. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ ФОРМЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	127
Денисенко А.Ф., Ляшенко Е.Г., Тищенко А.В., И.А. Боева, Ермаченко Т.П. ПРОПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА	127
Денисов А.В., Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Багдасаров К.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МНОГООЗЛОВОМ ЭУТИРЕОИДНОМ ЗОБЕ	128
Денисов В.К., Варибрус С.А., Онищенко Е.В., Захаров В.В., Захарова О.В., Голубова Т.С., Давыдова Т.О. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	129
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Голубова Т.С., Варибрус С.А. ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ XX КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ТРАНСПЛАНТОЛОГОВ.....	130
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Голубова Т.С., Варибрус С.А., Давы- дова Т.О., Попова Я.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОНЕЦКОГО ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА В КРИЗИСНЫХ УСЛОВИЯХ	131
Денисов В.К., Онищенко Е.В., Захарова О.В., Захаров В.В., Варибрус С.А., Давыдова Т.О., Попова Я.Н. НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ОПЫТЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ТРАНСПЛАНТОЛО- ГИИ	132
Денисова Е.М., Игнатенко Т.С., Сергиенко Н.В., Евтушенко И.С. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ.....	133
Деньгина Е.Б., Чайковская И.В. ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ СЕРЬЁЗНОМ АЛЬВЕОЛИТЕ.....	134
Деньгина Е.Б., Чайковская И.В., Шелякова И.В. ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	135
Джоджуа А.Г., Джоджуа Р.А., Ткачева Е.Л., Прокопенко Е.Б., Сайко Д.Ю., Регуш Л.Г. К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ АМНЕЗИИ. КЛИ- НИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	135
Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Джоджуа Р.А., Прокопенко Е.Б., Ткачева Е.Л., К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	136
Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Никитенко Д.В. Ткачева Е.Л. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ	137
Джоджуа А.Г., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Никитенко Д.В., Ткачева Е.Л., Сайко Д.Ю. ТЕХНОЛОГИЯ CASE-STUDY В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ НЕВРОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕ- ТИКИ.....	138
Джоджуа Т.В., Джоджуа А.Г., Павлюкова Л.В. ГЕСТАЦИОННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИ- КА И ПРОФИЛАКТИКА	139
Джоджуа Т.В., Кабанько Т.П., Рынкова Я.В. «Near Miss»: проблемы и решения.....	140
Джоджуа Т.В., Костенко В.С., Миндзяк Р.М. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ РЕЛАКСАНТОВ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	141
Джоджуа Т.В., Холодняк Т.И., Спиридонова Я.В., Мироненко Д.М. ПРЕДУПРЕЖДЕН, ЗНАЧИТ ВООРУЖЕН – ОСНОВНОЙ ТЕЗИС В РАБОТЕ СОТРУДНИКОВ ДРЦОМД В ПЕРИОД ПАНДЕ- МИИ	142
Довгялло Ю. В., Вельма К. М., Горбачева Е. А., Крюков Э. Л. ВОЗРАСТНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ВЕЛИЧИНЫ ФРАКТАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПОВЕРХНОСТНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУЖНОГО ДИАМЕТРА ЗАДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ	143

Довгялло Ю.В. МУЛЬТИФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	144
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. SARS-CoV-2 (DELTA, B.1.617.1): КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	145
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. КОИНФЕКЦИИ ПРИ COVID-19	145
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ COVID-19	146
Домашенко О.Н., Гридасов В.А. АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19	147
Домашенко О.Н., Захарова И.И., Матиско М.А. COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ	148
Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Гридасов В.А., Хоменко Д.Ю. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19, В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ	149
Домашенко О.Н., Филиппова Т.И., Захарова И.И. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОНБАССЕ	150
Домашенко О.Н., Хоменко Д.Ю., Гридасов В.А., Куропятник В.В. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ COVID-19	150
Донченко Л.И., Оноприенко В.И., Вакуленко А.В., Вдовиченко М.Д., Павловец Л.С. ЦИТОКИНЫ IL-1 β , IL-6 и IL-8 И ИХ РОЛЬ В ИММУННОМ ОТВЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ	151
Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	152
Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В. О РОЛИ «СЕКСУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КАК АКТУАЛЬНЕЙШЕГО НАПРАВЛЕНИЯ К СОХРАНЕНИЮ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО И НРАВСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ	153
Доценко Т.М., Бутева Л.В., Бугашева Н.В. О РОЛИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА, КАК ВАЖНЕЙШЕГО ЭЛЕМЕНТА ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	154
Доценко Т.М., Замниус Е.В., Бутева Л.В., Бугашева Н.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРСКОГО ЗВЕНА НА БАЗЕ ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М.ГОРЬКОГО В УСЛОВИЯХ ДНР	155
Дубовая А.В., Дудчак А.П., Сосна В.В. ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	155
Дубовая А.В., Лимаренко М.П., Тонких Н.А., Соколов В.Н., Марченко Е.Н., Усенко Н.А. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №3 ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	156
Дубовая А.В., Науменко Ю.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	157
Дубовая А.В., Науменко Ю.В. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	158
Дубовая А.В., Усенко Н.А., Бордюгова Е.В., Конов В.Г.* ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	159
Дюба Д.Ш., Евтушенко С.К. РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	160

Евтеев Р.В., Жилицын Е.В., Воробьев К.А., Демьяненко Р.Ю., Джерелей О.Б., Ломанов В.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ТКАНЕВОГО БАНКА НА БАЗЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ ДНР В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	161
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Гагара Д.А., Прохорова Л.М. БОЛЕЗНЬ ЛАФОРА У РЕБЕНКА	162
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М. НЕЙРООПТИКОМИЕЛИТ (БОЛЕЗНЬ ДЕВИКА) У РЕБЕНКА	163
Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Джеломанова С.А. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА	164
Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Джеломанова С.А., Былым Г.В. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА В РОДАХ	165
Егорова М.А., Чурилов А.В., Талалаенко Ю.А., Миревич Е.Д., Былым Г.В. РЕСПИРАТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ НАХОДИЛИСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ	166
Ежелева М.И., Брюханова С.Т., Павлович Л.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА	167
Ежова Е.А. ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРЫС ПРИ СТЕРОИДНОМ ДИАБЕТЕ	168
Елизарова О.В. ВЛИЯНИЕ УПАКОВКИ БУТИЛИРОВАННОЙ ВОДЫ НА ЕЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ	169
Ельский И.К., Васильев А.А., Смирнов Н.Л. НЕЙРОСЕТЕВОЙ АНАЛИЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	170
Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С., Ветров С.Ф. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ИЗДЕЛИЙ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ	171
Ермаченко А.Б., Пономарева И.Б., Котов В.С. ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКОТОКСИНОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ	172
Еромянц И.С., Партас О.В., Косенкова-Дудник Е.А., Селиванова Е.С. ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО К ВАКЦИНАЦИИ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	173
Ерохина Т.А. К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ РЕЧЕВОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА	174
Жадан Е.С., Колесникова А.Г., Максимова М.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	175
Жижко А.П., Зятёва А.П., Гладких А.В. ИММУНОТРОМБОЗ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 – ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ	176
Жижко А.П., Зятёва А.П., Гладких А.В. РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19, ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЙ	177
Жилицын Е.В., Кравченко А.И., Евтеев Р.В., Ломанов В.А. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОИМПЛАНТОВ «ТУТОПЛАСТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РТЦ	178
Жилицын Е.В., Лобко А.Я., Кравченко А.И., Евтеев Р.В., Демьяненко Р.Ю., Джерелей О.Б., Ломанов В.А., Завертайло А.С. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РТЦ	178
Жилицын Е.В., Штутин А.А., Чуйко А.В. ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ	179

Жиляев Р. А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	180
Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ МЕТАЭПИФИЗУ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ	181
Жиляев Р.А., Антипов Н.В., Сироид Д.В. Заец Е.В., Петров А.Г., Павлушенко С.Д. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 ПНЕВМОНИЕЙ	183
Захаревич В.М., Колоскова Н.Н., Попцов В.Н., Шевченко А.О., Халилулин Т.А., Закирьянов А.Р., Гольц А.М., Иванов Д.С., Сухачев А.А., Кирьяков К.С., Поздняков О.А., Готье С.В. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА. ОПЫТ МИРОВОГО ЛИДЕРА. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ	184
Захарова Л.А., Бобровицкая А.И., Безкаравайный Б.А. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ	184
Землянский И.Л., Демиденко В.В. Зерний О.П., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н., Кривенко С.Н., Романчук С.А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЗАМЕДЛЕННО СРАСТАЮЩИХСЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ	187
Змарада С.А., Леонтьева И. В. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА	188
Золото Е.В., Айкашев С.А., Федосеев А.Б., Богданова И.Г. СУБПОПУЛЯЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ВОЗМОЖНОСТИ НСТ-ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ	189
Золото Е.В., Железная А.А., Яковлева Э.Б. ОЦЕНКА БИОТОПА ВЛАГАЛИЩА ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	191
Золото Е.В., Иванова И.П., Воробьева В.Г., Могилевская К.Э. НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У ЛЮДЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	192
Золото Е.В., Айкашев С. А., Федосеев А. Б., Богданова И.Г. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПУТЁМ СОЗДАНИЯ «ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ И ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА» НА БАЗЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО	193
Золото Е.В., Томачинская Л.П. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	194
Золото Е.В., Томачинская Л.П. РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	195
Золото Е.В., Черноус В.А., Чистик Т.В., Пигорева А.В., Яроцкая В.В. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	196
Золотова Н.Н. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕЛУЧЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ	197
Зубов А.Д., Зубов А.А., Караман А.В. КАЛЬЦИФИКАТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	198
Зубрилова Е.Г., Анастасов А.Г., Москаленко С.В., Моисеев А.М., Сушков Н.Т. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА	199
Зуева Г.В., Налетов А.В., Журбий О.Е., Настобурко В.В. ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	200

Зуева Г.В., Налетов А.В., Шапченко Т.И. СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	201
Зуйков С.А., Полунин Г.Е., Турсунова Ю.Д. ВЛИЯНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БЕЛКОВЫХ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	202
Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	203
Игнатенко Г.А., Басий Р.В., Ряполова Т.Л., Первак М.Б., Костюкова Н.Ю. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАР-ТОВ ВЫШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО И ФАРМАЦИЯ.....	204
Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Первак М.Б., Басий Р.В., Костюкова Н.Ю. ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID – 19. АНАЛИЗ «СТРЕСС-ТЕСТА».	205
Игнатенко Г.А., Золото Е.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А., Фролов С.С., Черноус В.В. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	205
Игнатенко Г.А., Калуга А.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ COVID-19: ЧТО НОВОГО В 2021 г?	206
Игнатенко Г.А., Майлян Э.А., Бондаренко Н.Н. СОСТОЯНИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ КРОВИ И НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.....	207
Игнатенко Т.С., Майлян Э.А., Капанадзе Г.Д., Лесниченко Д.А., Костецкая Н.И. СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ И МАРКЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АУТОИМ-МУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	208
Игнатенко Г.А., Можейко Е.Ю. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	209
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Миминошвили В.Р., Присяжнюк М.В., Кошелева Е.Н., Прилуцкая О.А., Поважная Е.С., Чеботарева Е.Н. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА И ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	210
Игнатенко Г.А., Проценко Д.С. ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ АПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ТРЕНИРОВАННЫХ И НЕТРЕНИРОВАННЫХ СТУДЕНТОВ	211
Игнатенко Г.А., Седаков И.Е., Колычева О.В., Сkochилас Т.Л., Мотрий А.В. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОМАРКЕРОВ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	212
Игнатенко Г.А., Ступаченко Д.О. СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С НИСХОДЯЩИМ ГНОЙ-НЫМ МЕДИАСТИНИТОМ.....	213
Игнатенко Г.А., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Шевелёк А.Н., Куликова С.О. ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПА-ТИИ	214
Игнатенко Г.А., Таркова А.Р., Берген Т.А., Воробьева В.О., Нуднов Н.В., Дубовая А.В., Кармазановский Г.Г., Первак М.Б., В.Ю. Усов ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОСТ-КОВИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ МР-ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	215
Игнатъева В.В., Лаврова А.И., Бойцова В.Е. РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ ХИМИЯ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	216
Исирганова С.Н., Шукурова Л.Х., Хусанходжаева Ф.Т. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЦЕФОТАКСИМ (САНИТА) И КЛАФОРАН (АВЕНТИС) В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....	217

Калиниченко Ю.А., Сиротченко А.А., Луганский Д.Е., Сиротченко Т.А. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ.....	218
Калинкин В.М. О СПОСОБАХ ЛЕКСИКОГРАФИРОВАНИЯ СОБСТВЕННЫХ ИМЕН В СОСТАВЕ ТЕРМИНОВ ПСИХИАТРИИ.....	219
Калиновская Я.Д., Антипов Н.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗРЕЛОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА.....	220
Канана А.Я., Ярошак С.В., Власов Е.И., Бессонова А.Д. ХИРУРГИЧЕСКОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД	221
Канана А.Я., Ярошак С.В., Власов Е.И., Бессонова А.Д. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛЮЛИТОТОМИИ	221
Канана Н.Н., Баешко Г.И. ИНТЕРАКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	222
Капранов С. В., Кудимова Л. С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	223
Кардаш А.М., Кардаш В.П., Коровка С.Я., Кишня М.С., Власова Р.Н. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА rs2010963 ГЕНА VEGFA НА ПОКАЗАТЕЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ	224
Кардаш А.М., Коровка С.Я., Кардаш В.П., Власова Р.Н. УРОВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	225
Каримова Ш.Ф., Исмаилова Г.О. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОГО ЙОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПИТАНИИ КРЫС НА ГИСТОСТРУКТУРУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	226
Касьяненко Н.Е. ПЕРВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЛОВАРИ: ИЗ ИСТОРИИ РУССКОЙ ТЕРМИНОГРАФИИ	227
Катомин Д.А. ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	228
Киосева Е.В., Пацкань И.И., Бешуля О.А., Киосев Н.В. ФОРМИРОВАНИЕ УСТОЙЧИВОЙ МОТИВАЦИИ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ У ТРУДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	229
Кириллова Е.Н., Павлюкова С.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ПЕРИОДА	229
Клёмин В. А., Жданов В. Е. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.....	230
Ковалева К.В., Абрамов В.А., Мельниченко В.В. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ.....	231
Коваленко С.Р., Альмешкина А.А. ОСОБЕННОСТИ ДИСПОЗИЦИОННОГО ОПТИМИЗМА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА (COVID-19)	232
Ковтун И.Е., Дмитриев А.В., Карчава Е.Г., Черепий В.В. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	233
Коктышев И.В., Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН.....	234
Коктышев И.В., Лихобаба О.А., Зяблицев Е.Д., Данилова Ю.Ю. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	235

Коктышев И.В., Охотникова М.В., Бутева Л.В., Смутьская Н.Г., Рымарь Я.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ	235
Коктышев И.В., Семикоз Е.А., Парахина О.Н. ПЕРСПЕКТИВЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДНР	236
Колесников А.Н., Линчевский Г.Л., Головки О.К., Ищенко Т.А. СИСТЕМА МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД-НОВОРОЖДЕННЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС	237
Колесникова Е.Ю., Агафонова Е.И. ТЕРМИНЫ-НЕОЛОГИЗМЫ ПОДЪЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ (НА МАТЕРИАЛЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА)	238
Коломиец В.М., Ташпулатова Ф.К., Буйневич И.В., Сафарян М.Д. ВНЕДРЕНИЕ ГИБРИДНОГО МЕТОДА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДИСЦИПЛИНЕ ФТИЗИАТРИЯ В УСЛО- ВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	239
Коломиец В.М. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID19	240
Колосова О.В., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ НЕИНВА- ЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ	241
Комаревская Е.В., Шелякова И.П., Соболева А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ И ФИТОКОМПОЗИЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТА- РАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	242
Коноваленко А.В., Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И., Коноваленко Ю.Н. ВЛИЯНИЕ ИСТОЧНИКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ НА СКОРОСТЬ СТАБИЛИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19	243
Кононова Е.А. ФРАЗЕОЛОГИЯ В СОСТАВЕ МЕТАЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ	244
Корж Е.В. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.	245
Коробова М.И., Былым Г.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ	248
Косенкова-Дудник Е.А. КОНЦЕПТ «ЗДОРОВЬЕ» СКВОЗЬ ПРИЗМУ ЛАТИНСКИХ АФОРИЗМОВ	249
Косторов А.С., Кустов Д.Ю., Москаленко А.М., Стоялова Ю.В. ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ ДОЗ ПРОГЕСТЕРОНА НА КАРТИНУ БЕЛОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС С МОДЕЛЬЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОЧЕТАННОГО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	250
Костямин Ю.Д., Курилов В.Л., Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Коняшин А.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОВЕНОЗНОГО ТРАНСПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ИНФРАИНГ- ВИНАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	251
Котов В.С. НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ В НОРМАХ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ И РОС- СИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	252
Котова И.С. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2-ГО ТИПА В ПЕРИОД НЕБЛАГО- ПРИЯТНОЙ ЭПИД. ОБСТАНОВКИ	253
Котова И.С., Победенная Г.П. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2-ГО ТИПА В ПЕРИОД НЕБЛАГО- ПРИЯТНОЙ ЭПИД. ОБСТАНОВКИ	253
Коценко Ю.И. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	254
Коценко Ю.И., Статинова Е.А. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КО- РОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	255

Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Гольнева А.П. САМООБУЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ НЕВРОЛОГИЯ	256
Кравченко А.В., Лимановский А.И., Службин Ю.А., Колесниченко Г.Е., Джерелей О.Б., Якубенко Я.В., Добродомова Н.Б., Вертыло Н.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОНТАКТНОЙ ЦИФРОВОЙ ТЕРМОГРАФИИ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ЗОН МИОФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА.	257
Кравченко А.И. Цефалгический синдром у детей с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника	258
Кравченко А.И., Лобанов Г.В., Кирьякулова Т.Г., Труфанов И.М., Кошкин А.В., Мазниоглов А.В. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЛИПОАСПИРАТА У ПАЦИЕНТКИ С ГОНАРТРОЗОМ.....	259
Кравченко А.И., Мазниоглов А.В., Золотухин С.Е., Шпаченко Н.Н. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ ГОНАРТРОЗА НА ОСНОВЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	260
Краснощёких А.А., Гольченко В.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ.....	261
Кривенко С.Н., Медведев Д.И., Самерок С.И. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С НАЛИЧИЕМ ИМПРЕССИИ СУСТАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ	262
Кривобок А.А., Мурадов Т.М. ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	263
Кривобок А.А., Середич В.А. МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	264
Кривобок А.А., Фролова С.Ю. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	265
Кривушев Б.И. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	266
Кузнецов Н.А., Залюбовская Л.В. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМАТОМАМИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ	266
Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М., Каплун А.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	267
Кузьменко Д.Е. ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ	268
Куковинец В.Н., Ларичева Т.С., Ушич О.А. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГРАНИЦЫ ЧАСТИЧНОГО СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА.....	269
Кулемзина Т.В., Криволап Н.В., Красножон С.В., Папков В.Е., Моргун Е.И. К ВОПРОСУ О МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ПОСТКОВИДНОМУ СИНДРОМУ	270
Куликова С.О. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С И БЕЗ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	271
Курмангулов А.А. СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИСТЕМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА.....	272
Курмангулов А.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ АТТРИБУТОВ СИСТЕМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	273
Куртинина Д.В., Абрамов В.А. ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА.....	274

Курьязова Ш.М., Тошметова Б.Р., Алявия М.Н. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО –КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЕЩАЮЩИЕ ДЕТСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	275
Кустов Д.Ю., Зимбалецкий И.Я., Верещагина А.Д., Ашихман С.А. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНА НА ГРУМИНГ У САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ КРЫС С МОДЕ- ЛЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА	276
Кустов Д.Ю., Косторев А.С., Бурима Н.В., Петросова С.А. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У САМОК БЕЛЫХ КРЫС С МОДЕЛЮ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА И МАНИФЕСТАЦИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	276
Кучеренко Н.П., Бобровицкая А.И., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В., Лепихова Л.П., Голосной Э.В. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ SARS-COV-2 У РЕБЕНКА.....	277
Кучеренко Н.П., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В., Лепихова Л.П., Бобровицкая А.И., Голосной Э.В. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ COVID-19 У ДЕТЕЙ	278
Кучерявая В.И., Долинная А.В., Цыба И.В., Кононенко И.Н. ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ НА СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ДОНЕЦКА В ПЕРИОД НОВОГОДНИХ ПРАЗДНИКОВ С 20 ДЕКАБРЯ ПО 20 ЯНВАРЯ 2017-2020 ГГ.....	279
Ласачко С.А., Демина Т.Н., Яковлева Э.Б. МАММОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА.....	280
Ластков Д.О., Ежелева М.И. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ДЕТЕЙ Г. ДОНЕЦКА	281
Ластков Д.О., Ежелева М.И., Романченко М.П., Габараева З.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДНР	282
Ластков Д.О., Ежелева М.И., Романченко М.П., Габараева З.Г. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДНР	283
Латышевская Н.И., Яцышена Т.Л., Зуб А.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ВОЛГОГРАДА И Г. ВОЛЖСКОГО ВОЛГОГРАД- СКОЙ ОБЛАСТИ	284
Лейкина В.В. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	285
Лещинский П.Т., Борисенко М.Д. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ГЕМАТОМЫ.....	286
Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И., Кишеня М.С., Агеева О.В. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ	286
Лисовская Т.В., Фетисов И.С., Толкачев С.Д. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	287
Литвинова Е.В., Носкова О.В., Былым Г.В. ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПРЕАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ТЯЖЕ- ЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	288
Лихолетов А.Н. ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЯСНИЧНО КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПА- ЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С NIP-SPINE СИНДРОМОМ	289
Лихолетов А.Н., Титов Ю.Д., Шпаченко Н.Н., Андреев С.В. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА	290
Лубенская О.А., Ряполова Т.Л., Трошина Е.О., Токарева О.Г. ОСОБЕННОСТИ СИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	291

Лукина А.Э. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НАЛИЧИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	292
Лукьянченко Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАННИМИ И ПОЗДНИМИ АКНЕ, В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	293
Луценко Ю.Г. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ.....	294
Луцкий И.С., Кишеня М.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В. ХРОНИЧЕСКИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	294
Луцкий И.С., Луцкий Е.И., Лютикова Л.В. РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ СТРЕССА НА ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА	295
Люгайло С.С., Рамошкайте М.С. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ: ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРОЦЕССУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	296
Ляшенко Ю.О., Лепшина С.М., Панченко Д.Р., Лепшина Е.А., Васильева М.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ	297
Макеев Г.А., Яворская Л.В., Озерова Т.Л., Бутук Л.В. ВЫБОР КОНСТРУКЦИИ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗЕРВНЫХ СИЛ ПАРОДОНТА	298
Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Сохина В.С., Масенко В.В. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ.....	299
Максимова М.А., Жадан Е.С., Колесникова А.Г., Демкович О.О. РОЛЬ САПРОНОЗОВ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИХ МЕСТО В КЛАССИФИКАЦИИ	300
Малинин Ю.Ю., Ермилов С.Г., Ермилов Г.И., Шапаренко Э. В., Малинин Г.Ю. ИНДЕКСУ ОССИФИКАЦИИ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ.....	301
Маматова Нодири Мухторовна ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ТАБАКОМ В УЗБЕКИСТАНЕ НА ФОНЕ COVID-19	302
Мамедов В.Ш., Михайловина В.Ю., Сочилин А.В. МЕТОДИКА РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ» УЧАЩИМИСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	302
Масенко В.В., Сохина В.С., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Сигитова Е.В. ОЦЕНКА НЕЙРОТРАНСМИТТЕРНЫХ БИОМАРКЕРОВ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРСОМНОЛЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	303
Мате В.В., Совпель О.В. ЛАПАРОСОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	304
Матийцев А.Б., Литвиненко В.В. К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЖАЛОБ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ПРАВОМ НИЖНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА	305
Медведева В. В., Кучеренко Н. П., Коваленко Т. И., Заяц С. П., Киреев А. В., Ульянов А. А. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ.....	306
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Агаркова Л.Д., Андреев Р.Н., Антонова А.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЯМБЛИОЗОМ В Г. ДОНЕЦКЕ — ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ.....	307
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Толстюк В.И., Бабуркина А.И. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА АКТУАЛЬНЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДАХ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	308
Мельниченко В.В., Коваленко С.Р. ЛИЧНОСТНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ ЛИЧНОСТИ.....	309
Меньшиков Д.А., Статинова Е.А., Никитенко Д.В. ЛЕЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕТОДОМ CRISPR-Cas9.	310

Милтых И.С., Дмитриев А.В., Юрченко О.О., Зенин О.К. ОБЗОР ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УРАВНЕНИЙ С.Д. MURRAY ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ДИХОТОМИЙ ПОЧЕК ЧЕЛОВЕКА.....	311
Миронова К.А., Бакурова Е.М., Турсунова Ю.Д. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ РАКЕ	312
Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г., Михеев И.В., Паршинова А.Е. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОШИЗИСА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	312
Мишин В.В., Демьяненко Ю.Ю., Николенко О.Ю. АКТУАЛЬНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID 19. ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ВАКЦИНАЦИИ	313
Мишина Н.В. К ВОПРОСУ О СЕМАНТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ ФИТОНИМОВ В ЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ (ТРАДИЦИОННАЯ И НАРОДНАЯ ТЕРАПИЯ)	314
Момот Н.В., Шаталов А.Д., Зубов А.Д., Сидоренко Ю.А., Катомин Д.А. ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	315
Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Голубова О.А., Шалаева И.В. ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ	316
Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева А.В. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	317
Моногарова Н.Е., Забазнова Ю.В., Станиславская Э.Н., Бородий К.Н. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮТЕНУ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ЦЕЛИАКИЕЙ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	318
Моногарова Н.Е., Зейналова А.А., Семендяева А.В., Забазнова Ю.В. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ.....	319
Моногарова Н.Е., Шевченко Д.Ф., Бородий К.Н. РЕСПИРАТОРНЫЙ БРОНХИОЛИТ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	320
Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Колосова О.В., Гаврилов А.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗОНЫ СОЕДИНЕНИЯ ЖИДКОТЕКУЧИХ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ МЕТОДОМ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ.....	321
Морозова Н.И. АКТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРМЕНТОВ ЛЕЙКОЦИТОВ МОЛОЗИВА У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ ЛАКТАЦИИ.....	322
Морозова Н.И., Железная А.А., Морозова Н.А. ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ.....	323
Музалева И.О., Снегирева Л.В., Маль Г.С. ПЕРВАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	324
Мухин И.В., Зубрицкий К.С. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО КАРДИОМОНИТОРИРОВАНИЯ	325
Мухин И.В., Ляшенко Е.Г., Сочилин А.В., Васякина Л.А. МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ПЫЛЕВОЙ ХОБЛ	326
Налетов А.В., Гуз Н.П., Каспир Д.В. OVERLAP-СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	327
Налетов А.В., Масюта Д.И., Шапченко Т.И., Свистунова Н.А. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	328
Налетов А.В., Пушкарук В.В. АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ» ПЕРЕСМОТРА 2021 ГОДА.....	329

Налётов С.В., Конышева Н.В., Галаева Я. Ю., Налётова О.С., Твердохлеб Т.А., Сидоренко И.А. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ СТУДЕНТАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	330
Налётов С.В., Конышева Н.В., Галаева Я. Ю., Налётова О.С., Твердохлеб Т.А., Белевцова Э.Л. АНАЛИЗ ОЦЕНКИ СТУДЕНТАМИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»	331
Налётова Е.Н., Налётова О.С., Чепурная И.А., Налётов С.В., Титиевский С.В., Алесинский М.М., Лаптева Н.А. ОПРОСНИК «ФАКТОРЫ СТРЕССОГЕННОСТИ COVID-19»: ВАЛИДНОСТЬ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ	332
Налётова Е.Н., Налётова О.С., Чепурная И.А., Налётов С.В., Алесинский М.М. ВЛИЯНИЕ ДАПАГЛИФЛОЗИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА АКТИВНОСТЬ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ И РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	333
Налётова О.С., Налётова Е.Н., Лаптева Н.А., Чепурная И.А., Налётов С.В., Алесинский М.М. ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	334
Неделько А.А. О ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ	335
Николенко О.Ю. ПОКАЗАНИЯ ИММУНИТЕТА У ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОКИДОНИЕМ	336
Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Оберемок С.Е., Кариков М.М., Догота С.В. ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ИЗМЕНЕНИЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ	337
Никулин И.Ю. ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ	338
Никулина Е.Э., Чуков А.Б., Гольцман И.Ю., Сергиенко М.В. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ЛИЧНОСТИ	339
Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М., Тюрина С.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ	339
Новицкая Ю.Е., Грищенко И.И., Лупитько Е.М., Тюрина С.В. ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАЗНАЧАЕМЫХ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА	340
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	341
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В., Смолякова Я.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	342
Оборнева О.В. МЕДИЦИНСКИЕ РЕАЛИИ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ВЫМЫСЕЛ (НА МАТЕРИАЛЕ РОМАНА В. НАБОВО «ПОДЛИННАЯ ЖИЗНЬ СЕБАСТЬЯНА НАЙТА»)	343
Омельченко Е.М., Зуйкова О.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	344
Омельченко О.Н., Осипова Ю.Н. РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ КАК ЭЛЕМЕНТА СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ	345
Онопrienko В.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО МАГНИТА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОСКОЛКОВ ПРИ МИНО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ ...	346
Осипов А.Г. ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	346

Остренко В.В. ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА	347
Островский И.М. ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ И ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ	348
Павлов В.Б., Павлова А.Г. РОЛЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА В ПРОФИЛАКТИКЕ COVID-19	349
Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Мухина Е.В., Ежов Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	350
Панченко Д.Р., Лепшина С.М., Ляшенко Ю.О., Лепшина Е.А., Васильева М.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	351
Папков В.Е. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС).....	352
Парамонова Т.И. КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ВЛАДЕНИЮ ЛАТИНОЯЗЫЧНОЙ ТЕРМИНОЛОГИЕЙ НАЧИНАЮЩИМИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ.....	353
Пархомчук Д.С. ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА КЛИНИКИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ЛУГАНСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ	354
Пархомчук Д.С., Удовика Н.А. Симонович А.П. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	355
Пархомчук Д.С., Ульянов Т.А. УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ НЕЗАВЕРШЕННОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА.....	356
Первак М.Б., Герасименко В.В. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СПУСТЯ 3-6 МЕСЯЦЕВ.....	357
Перенесенко А.О., Ахундова С.А. РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ.....	358
Пивоваров Р.А., Седаков И.Е., Семикоз Н.Г., Бондарь А.В. МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В РОЦ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ	359
Пилюгин Г.Г. ПРОФИЛАКТИКА СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	359
Победенная Г.П., Вагина Ю.И., Ярцева С.В., Ищенко О.И., Кострюкова Л.Н., Кобыляцкая Т.Н.Победенная Г.П., Вагина Ю.И., Ярцева С.В., Ищенко О.И., Кострюкова Л.Н., Кобыляцкая Т.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И COVID-19.....	360
Победенная Г.П., Ланг Е.В., Скиба А.А., Штыка Е.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛИМИНАЦИОННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА АКВАЛОР	361
Победенный А.А., Лещинский П.Т. МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	362
Поважная Е.С. Зубенко И.В., Терещенко В. Т. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ НА ЦИКЛЕ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ».....	363
Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В., Томачинская Л.П., Баркалов С.В. СУХАЯ И ВЛАЖНАЯ ИНГАЛЯЦИЯ СОЛИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА	364

Понкратов В.И., Мещерина Н.С. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛЕФЛУНОМИДОМ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	365
Попандопуло А.Г., Солопов М.В., Турчин В.В., Буше В.В. КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....	366
Попивненко Ф.С., Иваненко А.А., Василенко М.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	367
Потапов А.А., Нижельская Е.Я. ВЛИЯНИЕ СМАРТФОНОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ.....	368
Пошехонова Ю.В. ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ.....	369
Приколота О.А., Могилевская К.Э., Приколота А.В., Хоменко М.В., Маловичко И.С. ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ COVID-19 ОТ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ.....	370
Прилуцкая О.А., Прилуцкий А.С. СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА И УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	370
Прилуцкий А.С. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19.....	371
Прилуцкий А.С., Капранов С.В., Ткаченко К.Е., Яловега Л.И. ОЗОНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	372
Прилуцкий А.С., Прилуцкая О.А. УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИ- ТОМ.....	373
Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Анохина В.А. СЛУЧАЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОЙ АТРОФОДЕРМИИ У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ.....	374
Протасова С. А., Кравченко С. В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЕТЕЙ.....	375
Протасова С. А., Пустынник Л. А. ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ТРАНСФУЗИОЛОГИИ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОСТУПНЫЕ ЛАБОРАТОР- НЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ЕЁ РЕШЕНИЯ.....	376
Прохоров Е.В., Гончарова Т.А. ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	377
Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В. ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.....	378
Проценко О.А., Корчак И.В., Жариков В.Ю. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ.....	379
Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Борjak С.А. МЕНЕДЖМЕНТ ДЕРМАТОЗОВ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ.....	380
Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Лукьянченко Е.Н. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА- ЦИИ И ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	380
Проценко О.А., Темкин В.В., Милус И.Е., Кретова Л.А., Авсянкина Т.И. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ.....	381
Проценко Т.В., Безуглый А.П., Милус И.Е. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТО- ЛОГИИ.....	382

Проценко Т.В., Гаруст Ю.В., Шаталюк М.П. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ	383
Проценко Т.В., Провизион А.Н., Провизион Л.Н. ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА.....	384
Пузик А.А. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЫ МИРА В ПРОЦЕССЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ	385
Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Коробка Ю.Н., Сидорова Н.С. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РЕГИСТРАЦИИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ГЕПАТИТОМ С/В	386
Рахимов О.У. OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT AFTER OPEN CHOLECYSTECTOMY	387
Рахимов О.У., Турсуметов А.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АППЛИКАЦИОННЫХ СПОСОБОВ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	388
Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Князева А.К. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....	389
Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шатилов А.В. СЛУЧАЙ СКЛЕРОПОДОБНОГО НЕВЕНЕРИЧЕСКОГО ЛИМФАНГИТА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	390
Радионов В.Г., Радионов Д.В. 40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ.....	391
Радионов В.Г., Радионов Д.В., Хайминов Е.М. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ	391
Радионов В.Г., Шварева Т.И., Колчина М.В. МЕСТО КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА В СИСТЕМНОМ ВАСКУЛИТЕ	392
Розумейко Л.А., Шаталова И.Г., Ткаченко И.В. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ Г. ХАБАРОВСКА	394
Романенко К.В., Белик И.Е., Романенко В.Н., Ермилова Н.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ.....	395
Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Захарова В.В., Капустина Н.В. ПЕРСПЕКТИВЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ	396
Рыбак М.Н., Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В. ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА МАССУ ТЕЛА КРЫС	397
Рыбак М.Н., Михайлова Т.И., Есаулов А.Д., Фабер А.И. ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КРЫС	398
Ряполова Т.Л. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПЕРИКОВИДНЫЙ ПЕРИОД.....	398
Ряполова Т.Л., Бойченко А.А. РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ.....	399
Садеков Д. Р., Ермаченко А. Б. К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЫЛИ В ВЫБРОСАХ ТЕПЛОЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ.....	400
Сажина О.С., Ушич О.А., Вольваков В.В., Фесенко А.С. ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ОДИНОЧНЫХ ЗУБОВ И КОРНЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	401

Сажина О.С., Яворская Л.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТИПА ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА И ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ	402
Салоникиди А.И., Сотник Ю.А., Чебалина Е.А., Бондарева А.А. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА COVID-19	403
Салямова Ф.Э. EFFECTS OF CORAXAN ON HEART RATE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.....	404
Сартан Д.И., Ельский И.К., Смирнов Н.Л., Васильев А.А. РЕАЛИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	404
Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	405
Сафарян М.Д. СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ВНЕЛЕГочНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В АРМЕНИИ	406
Свиственнова Н.А., Налетов А.В. ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ ДИЕТАХ.....	407
Седаков И.Е., Богданов Б.А., Смирнов В.Н., Аль Баргути Р.А., Рашевская А.А., Лисаченко И.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕЦИДИВОМ ЛЮМИНАЛЬНОГО В ПОДТИПА	408
Седаков И.Е., Гринцов А.Г., Совпель Совпель И.В., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГАСТРОПЛАСТИКИ ПО КОЛЛИСУ ПРИ УКОРОЧЕНИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	409
Седаков И.Е., Золотухин С.Э. Мутык М.Г., Клочков М.М., Амджад Аль Давуд РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	410
Седаков И.Е., Проценко Т.В., Волошин Р.Н., Светицкий А.П. КРИОДЕСТРУКЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	411
Седаков И.Е., Семикоз Н.Г., Чумаков А.Е., Комендант В.В., Исигов А.П., Готовкин С.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Ползиков Г.Н., Степанов А.И. ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА	411
Седаков И.Е., Совпель О.В., Румянцева И.В., Совпель И.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА	413
Седаков И.Е., Бутенко Е.В., Садрицкая Я.В., Рогалев А.В., Смирнов В.Н. СПЕКТР ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	414
Седаков И.Е., Золотухин С.Э., Полунин Г.Е., Хачатрян А.А. ОЦЕНКА ИНДЕКСА КАРНОВСКОГО ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	414
Седаков И.Е., Проценко Т.В., Волошин Р.Н., Светицкий А.П. КРИОДЕСТРУКЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	415
Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Окунь О.С., Канаева Е.А., Романов А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НОРМАЛИЗУЮЩИХ РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ, В ОТИАТРИИ	416
Селезнев К.Г., Долженко С.А., Климов З.Т., Андреев П.В., Окунь О.С., Канаева Е.А. КАК ПРОВЕСТИ УСПЕШНЫЙ ВЕБИНАР ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	417
Семикоз Н.Г., Рогалев А.В., Бондарь А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РОЦ ИМ. ПРОФЕССОРА Г.В. БОНДАРЯ	418

Сердюкова Д.А., Мацынина Н.И., Котова О.В., Архирейская О.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАРФАНА У РЕБЕНКА.....	419
Середенко Е.В., Глазкова Ю.О., Литвинова А.С., Скипина В.А. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	419
Середенко Е.В., Литвинова А.С., Глазкова Ю.О., Скипина В.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ КТ-ПЕРФУЗИИ.	420
Середенко Е.В., Гуляр А.Н., Поршнева Е.В., Скипина В.А., Литвинова А.С. Новые аспекты в рентгенодиагностике центрального рака легкого	421
Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б., Гольнева А.П., Масенко В.В. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕПТИНА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА	422
Сидоренко М.П., Евтушенко А.Б., Борисенко В.С., Евтушенко К.А., Савинков С.С., Снижинский А.А. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИНОКУЛЯРНОГО МИКРОСКОПА КАК ОСНОВЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В НЕЙРОХИРУРГИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИГИОМ.....	423
Сидоренко Ю.В., Балабаева Н.В., Иванова Л.Н., Холина Е.А., Сысойкина Т.В. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГ- КИХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ	424
Сидоренко Ю.В., Иванова Л.Н., Бриц В.П., Солоп Е.А., Холина Е.А., Пилиева Е.В. ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	425
Скиба Т.А., Победенная Г.П. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ	425
Скороход А.М. ЭПИЛЕПСИЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ У ВЗРОСЛЫХ	426
Скороход А.М. ХРОНИЧЕСКИЕ НИЗКИЕ ДОЗЫ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КАК СТЕРОИДСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ	426
Следевская Л.Н. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ И КУЛЬТУРЕ РЕЧИ	427
Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А. ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ.....	428
Снегирева Л. В. E-learning requirements for the students' information competence level	429
Соболева А.А., Кондратьев П.А., Комаревская Е.В. СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	430
Соболева А.А., Кондратьев П.А., Комаревская Е.В. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, MG, FE У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗ- РАСТЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЙ В СТРУКТУРЕ КОСТНОЙ ТКАНИ	431
Соболева А.А., Чайковская И.В., Майлян Э.А. СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	432
Сорокопуд Е.П., Абрамов В.А. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО ПАНДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	433
Сотник Ю.А., Салоникиди А.И., Чебакина Е.А. ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЩЕЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	434
Сохань Д.А., Фомичева Е.М. ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID 19	434

Соцкая Я.А., Шаповалова И.А., Якимович С.Е. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗОФЕРМЕНТНОГО СПЕКТРА ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	435
Статинова Е.А., Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Сохина В.С., Масенко В.В. РОЛЬ И МЕСТО ПЕДАГОГИКИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ	436
Статинова Е.А., Выхованец Н.Ю., Никитенко С.Н., Остапенко В.И. ОЦЕНКА ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ У ЛИЦ С РАННИМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	437
Статинова Е.А., Кузьменко Н.А., Сохина В.С., Кузьменко О.О., Шульженко А.И. ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ДИЗРЕГУЛЯЦИЮ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	438
Статинова Е.А., Момот Н.В., Фоминова Н.В. ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ МИКРОСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	439
Статинова Е.А., Шевченко В.В., Джоджуа А.Г. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	440
Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А. ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ	441
Стринова В.С., Налетов А.В., Бораева Т.Т., Роговой А.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА ЭТАПЕ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	442
Стуликова Е.Л., Калуга А.А., Тарадин Г.Г., Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Кривущев В.Б. ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?	443
Суздальцева И.С., Полянская К.А. КОКЛЮШ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ - ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ, ВЛИЯНИЕ ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, МЕРЫ БОРЬБЫ	444
Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	445
Сухина И.В., Зорина М.Б., Дегтярева А.П., Шевцова Е.В. ИРИДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ РАДУЖКИ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	446
Сыщиков Н.Д., Сыщикова О.В. ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЗУБНЫХ ПАСТ НА ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗУБНОГО НАЛЕТА	447
Сыщикова О.В., Гриценко Л.З., Мишин В.В. ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ЖЕНЩИН	448
Талалаенко И.А., Солдатенко В.В., Талалаенко Л.Р. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА В ПРАКТИКЕ НАЧИНАЮЩЕГО ОТОЛАРИНГОЛОГА	448
Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Фролов С.С. РИСКИ ГЕСТАЦИОННЫХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ	449
Талалаенко Ю.А., Егорова М.А., Фролов С.С. ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И РАННИЕ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У МАТЕРИ	450
Тананакина Т.П., Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Паринов Р.А., Вайленко Д.С. ЛОНГИТУДИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЕЧЕНЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	451
Таценко В.А., Абрамов В.А. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	452

Тацкий В.Н., Шестакова И.В., Ломанов А.А., Сметанина С.Р. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ И ОЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СО СТАЖЕМ РАБОТЫ ОДИН ГОД.....	453
Темертей С.И. ЭХО ОТ РАЗРАБОТОК И ДОБЫЧИ СЛАНЦЕВЫХ УГЛЕВОДОРОДОВ.....	454
Темертей С.И., Петрова Л.А. ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	455
Теркулов В.И. МЕДИЦИНСКИЕ НАИМЕНОВАНИЯ В ТОЛКОВОМ СЛОВАРЕ СЛОЖНОСОКРАЩЁННЫХ СЛОВ РУССКОГО ЯЗЫКА.....	456
Титиевский С.В., Воеводина В.С., Побережная Н.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М. ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И РИСК НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ.....	457
Титиевский С.В., Побережная Н.В., Бубнова Ю.И., Аурсалиди А.О., Кравчук А.В. АНТРОПОНИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	458
Титов Ю.Д., Шпаченко Н.Н., Лихолетов А.Н., Андреев С.В. К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕВЫХ РАН ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА.....	459
Тищенко А.В. БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПОСТРАДАВШИХ ГОРНОРАБОЧИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРО- ГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ.....	460
Ткаченко К.Е. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ: ОТ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ К СПЕЦИФИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ.....	461
Токарева О.Г., Ряполова Т.Л., Бойченко А.А., Трошина Е.О., Лубенская О.А. ЗАРУБЕЖНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУС- НОГО СТРЕССА И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ВНЕДРЕНИЯ В ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.....	462
Толченникова Е.Н., Прохоров Е.В. ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ....	463
Томачинская Л. П., Поважная Е. С. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	464
Тонких Н.А., Дубовая А.В., Куркурин К.К. СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.....	465
Тонких Н.А., Конопко Н.Н. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГ СПОРТСМЕНОВ НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА.....	466
Трошина Е.О., Ряполова Т.Л., Лубенская О.А., Токарева О.Г. ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	467
Трунова О.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ГОРНОРАБОЧИХ.....	468
Трунова О.А., Туленинова Л.Е. ДИНАМИКА ИНЦИДЕНТНОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ COVID-19 В МИРЕ НА ФОНЕ МАССОВОЙ ВАКЦИНОПРОФИЛАК- ТИКИ.....	469
Труфанов И.М., Оноприенко В.И., Варавин С.А., Шакалов Ю.Б., Рудской С.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ.....	470
Труфанов И.М., Кравченко А.В., Кирьякулова Т.Г., Рыбалко А.С., Рудской С.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ.....	471
Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Тутова К.С., Былым Г.В., Подоляка Д.В. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID - 19.....	472
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В. КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	473

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ	474
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Тутова К.С., Подоляка Д.В., Былым Г.В. РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА.....	474
Тюменцева С.Г., Шраменко Е.К., Кабанько Т.П., Толстова Н.В., Горяева А.Э., Горечий И.В. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ	475
Тюрин Н.С., Степанова М.Г., Грищенко И.И., Новицкая Ю.Е. ВЛИЯНИЕ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА У АКТИВНЫХ И ПАССИВНЫХ КУРИЛЬЩИКОВ	476
Удовика Н.А. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С АСТЕНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА	477
Удовика Н.А., Акименко В.В., Середа Л.М. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА ..	478
Удовика Н.А., Ерошенко О.А., Кравцева М.Д. КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ	479
Улмасова С.И., Касимов И.А., Шомансурова Ш.Ш. ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА	480
Федоренко А.Ю., Рудневский Ю.О., Гусев А.И., Анастасиенко Р.В. ОТРАВЛЕНИЕ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ: ИНТЕНСИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	481
Филахтов Д.П., Пашенко А.А., Шаповалов А.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ	482
Филимонов Д.А., Белоцерковская М.А., Трубникова Н.Н., Федорова А.А., Рыбалка Н.Ф. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛНОГЕНОМНОГО ПОИСКА АССОЦИАЦИЙ (GWAS) В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	483
Филимонов Д.А., Евтушенко С.К., Федорова А.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Ереско А.Б., Муратов А.В., Войташ А.А. ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА РАЗЛИЧНЫЕ КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО АПОПТОЗА: ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ТИПУ МЕНДЕЛЬСКОЙ РАНДОМИЗАЦИИ	484
Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Попандопуло Ал.Г. МЕНДЕЛЕВСКАЯ РАНДОМИЗАЦИЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ МЕТОД В МЕДИЦИНЕ	485
Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Ереско А.Б. УВЕЛИЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ДЕЙОДИНАЗЫ 2 ТИПА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ АССОЦИИРОВАНО С УМЕНЬШЕНИЕМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА.....	486
Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Кустов Д.Ю. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ИНТЕГРИРУЮЩИЕ ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС С ИСХОДОМ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	487
Филимонов Д.А., Трубникова Н.Н., Белоцерковская М.А., Федорова А.А., Носова И.Н. МЕНДЕЛЕВСКАЯ РАНДОМИЗАЦИЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИННЫХ ЭФФЕКТОВ В МЕДИЦИНЕ	488
Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В., Нестеров Н.А., Белецкий С.Г. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ	489
Фоменко С.А., Макулова А.И., Маштак Н.А., Тукобаев Г.П., Тарбеева О.М., Абасеева Т.Ю. ЦЕНТР НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ.....	490
Фомичева Е.М. РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С КАРДИОФАСЦИОКОЖНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ГОРОДА ДОНЕЦКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	491
Фролов С.С., Золото Е.В. СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ РАВНОПРАВНЫХ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ	491

Фролов С.С., Чурилов А.В., Чурилов А.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОКРАЩЕНИЕ НЕНУЖНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У МОЛОДЫХ.....	492
Халилова З.Т., Бурибаева Б.И. ДИЕТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОКИ У ДЕТЕЙ.....	493
Халилова З.Т., Бурибаева Б.И., Касимов И.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОКИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ.....	494
Хасанова Г.А. Рашидов Ф.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ	495
Хасаншина А.Р., Платонов А.С., Боевко Н.Д. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ	496
Холина Е.А., Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Пилиева Е.В. ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	497
Хомова Н.А., Мухтаров Д.З., Ташпулатова Ф.К. УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ.....	497
Храпко И.М. ПОВТОРНАЯ РИНОПЛАСТИКА: ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ	498
Христуленко А.Л., Гнилицкая В.Б., Тарадин Г.Г., Шпилевая Н.И. ВЕДЕНИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	499
Христуленко А.Л., Тарадин Г.Г., Ракитская И.В., Гнилицкая В.Б., Куглер Т.Е. ОПЫТ ОЧНО-ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ ФИПО ИМ. ПРОФ. А.И. ДЯДЫКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	500
Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р. ОЦЕНКА ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ВОЛОС У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ	501
Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПО РАСЧЕТНЫМ ИНДЕКСАМ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ.....	502
Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исирганова С.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ	503
Чалай Л.Ф., Налетов А.В., Белоус Ю.Г., Котова О.В., Масюта Д.И., Курьшева О.В., Москалюк О.Н. ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФОНОВОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	504
Челпан Л.Л. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛЫХ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	504
Червоная О.Я. ОСОБЕННОСТИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ РАСТЕНИЙ ВЫБРОСАМИ ТЭС	505
Черевко М.В., Оноприенко В.И., Поспелов А.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СПОСОБОМ «BONE-TENDON-BONE»	506
Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Ситников В.Н., Черкасов Д.М., Галашокян К.М. СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА: ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	507
Черкасов М.Ф., Меликова С.Г., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Галашокян К.М. ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ	508
Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Галашокян К.М., Меликова С.Г. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА	509
Чермных С.В., Караман Е.С., Говоруха И.Т. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ	510

Чернецкий В.Ю., Галиулин С.О. СИНДРОМ КРЫЛОВИДНОЙ ЛОПАТКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДЛИННОГО ГРУДНОГО НЕРВА	510
Черникова Д.В., Абрамов В.А. ПАНДЕМИЯ COVID – 19 КАК СТРЕССИРУЮЩИЙ ФАКТОР У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	511
Черняева Ю.В. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ГЕРМИНОГЕННОЙ ОПУХОЛИ У БЕРЕМЕННОЙ	512
Чижевский И.В., Дегтяренко Е.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ И ИЗМЕНЕНИЙ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ	513
Чурилов А. В., Мацынин А. Н., Симрок В. В., Чурилов А. А., Цыбульник Ю. В. БИОХИМИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ	514
Чуркин Д.В., Складная Е.В., Головань Д.Д. ОЦЕНКА МИКРОКЛИМАТА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ЖАРКИЙ ПЕРИОД ГОДА	515
Шабанов О.В., Терпигорьева Л.П., Юровская И.А. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРОВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЗУБАХ С РАЗЛИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИ- ЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА.	516
Шаймурзин М.Р., Луцкий И.С. СПИНАЛЬНЫЕ МЫШЕЧНЫЕ АТРОФИИ И НЕЙРОМЫШЕЧНЫЙ СКОЛИОЗ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ МИОГЕННОГО ТРИГГЕРА В ПОТЕНЦИРУЮЩЕМ ВЛИЯНИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	517
Шано В.П., Демчук О.В., Торгавец В.А. ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С УЧЕТОМ НЕФРОПРОТЕКЦИИ	518
Шано В.П., Демчук О.В., Торговец В.А. ОСТРОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ (ОППП): ПАРАДИГМА С ПОЗИЦИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	518
Шано В.П., Демчук О.В., Торговец В.А. РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	519
Шаповалов И.Н., Антонюк О.С., Ярошак С.В., Голубицкий К.О., Веселый В.Я., Штода Д.Е., Денисов А.В., Власов Е.И., Коломийчук А.Б. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА МОЧЕТОЧНИКА	520
Шаповалов И.Н., Багдасаров К.М., Голубицкий К.О., Баиров И.И. ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПРИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИ- КА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА	521
Шаповалов И.Н., Власов Е.И., Ярошак С.В., Романова К.В., Пасечник Т. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	522
Шаталов А.Д., Момот Н.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В., Ступаченко О.Н., Филахтов Д.П. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ	522
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Войтюк В.Н., Жуков А.С., Гурьев Г.Г. ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	523
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Страшко Е.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	524
Шаталов А.Д., Хацко В.В., Плахотников И.А., Межаков С.В., Пархоменко А.В., Иванов М.В. УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	525
Шатохина Я.П., Шаповалова И.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	526
Шевякин Д.В., Соловьев Е.Б. РЕЗЕКЦИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ	526
Шеменева А.С., Антипов Н.В., Кривошеев Т.А., Глебова А.Э. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН, ВЛИЯЮЩИХ НА ЭТИОЛОГИЮ ОВАРИОЦЕЛЕ	527

Шестаков А.М., Дегтярев О.Л., Красенков Ю.В., Лагеза А.Б., Михайлова Е.Ю. ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ	528
Шимченко В.А., Чирах Е.С., Попенко Г.С. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ТАЗА	529
Шокотько Л.Е. ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В ТВОРЧЕСТВЕ В.В. ВЕРЕСАЕВА	530
Шпаченко Н.Н., Оноприенко В.И., Блинов А.С., Давыдов Д.И., Великий М.В. ПОВРЕЖДЕНИЕ СУСТАВОВ – ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	531
Шраменко Е.К., Снегина М.Н., Кузнецова И.В., Логвиненко Л.В., Кондрашова Д.С., Анайко Я.А. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И COVID-19 В ОТДЕЛЕНИИ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ.....	532
Шраменко Е.К., Снегина М.Н., Логвиненко Л.В., Тюменцева С.Г., Анайко Я.А., Кондрашова Д.С. ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИСХОДНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.....	533
Штутин А.А., Жилицын Е.В., Чуйко А.В. ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ	534
Шульдишова А.А. ОТАПЕЛЛЯТИВНЫЕ И ОТМЕСТОИМЕННЫЕ ОНИМЫ В ЯЗЫКЕ И ХУДОЖЕСТВЕННОМ МИРЕ А.А. БЛОКА.....	535
Шутов М.М. МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	536
Щенин А.В., Лунев М.А., Хомякова О.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.....	536
Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	537
Элизбарашвили Л.Г. ЭПОНИМ КАК ОСОБЫЙ ВИД ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛЯ МЕДИЦИНЫ	538
Юренко Е.А., Платонов А.С., Федористова В.К. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПЕРФОРАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	539
Юрченко Н.Н., Кравченко А.В., Труфанов И.М. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г.ДОНЕЦК	540
Якимович С.Г. ДЕФОРМАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ.....	541
Якобчук А.В. ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА В ДРЕВНОСТИ И В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	543
Якобчук А.В., Мартыненко Б.А. ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	544
Якубова Д.М КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	545
Akbarhodjayeva Kh.N., Mirkhoshimov M.B. INFLUENCE OF NITROGEN OXIDE SYNTHESIS MODULATORS ON OXIDATIVE MODIFICATION OF RAT SPLENOCYTE PROTEINS	546
Eromiants I.S., Zhdanova E.V. THE PECULIARITIES OF THE ENGLISH CORONAVIRAL NEOLOGISMS	546
Podedenniy A.L. THE FEATURES OF THE CONTENT OF SOME IMMUNE INDICATORS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURIES HAVE	547

Tadjiev B.M., Khasanova G.A., Khasanov S.M. CLINICAL COVID 19 IN CHILDREN	548
Tadjieva M.A., Mirkhoshimov M.B., Zakirkhodjaeva D.A. ASSESSMENT OF MICROBIOCENOSIS OF THE UROGENITAL TRACT OF WOMEN WITH PRIMARY INFERTILITY	548
Tsendmaa G., Uyanga N., Davaa Gombojav POSTNATAL DEPRESSION AND ITS EFFECTS ON CHILD DEVELOPMENT	549
Tsendmaa G., Uyanga N., Davaa Gombojav LIFE STYLE FACTORS AND FEMALE INFERTILITY	549