

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО
ОКРУГА – «СЕВЕРОКАВКАЗСКИЙ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**



**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА**

М А Т Е Р И А Л Ы

70-й

**Всероссийской юбилейной научной
конференции молодых ученых и студентов
с международным участием,
посвященной 90-летию ДГМУ**



Махачкала, 31 мая 2022 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРОКАВКАЗСКИЙ»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА**

М А Т Е Р И А Л Ы

70-й

**Всероссийской юбилейной научной
конференции молодых ученых и студентов
с международным участием,
посвященной 90-летию ДГМУ**

Махачкала, 31 мая 2022 г.

УДК 61:378.1(063)

ББК 5:72

М-341

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

В.Ю. Ханалиев, и.о. ректора ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор;

Р.М. Рагимов, и.о. проректора по учебной работе, доктор медицинских наук, профессор;

Н.Р. Моллаева, и.о. проректора по научной работе, доктор медицинских наук, профессор;

Д.А. Омарова, и.о. проректора по стратегическому развитию и цифровой трансформации, кандидат медицинских наук, доцент;

М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор;

Э.Г. Абиева, и.о. проректора по общественным связям и социально-воспитательной работе, доктор философских наук, профессор;

М.Н. Меджидов, научный руководитель совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова, доктор медицинских наук, доцент;

М.Н. Юнусова, председатель совета молодых ученых и специалистов;

С.А. Хамаев, председатель студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова.

Издается под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества имени Р.П. Аскерханова, доктора медицинских наук, доцента **М.Н. Меджидова**

М-341 Материалы 70-й Всероссийской юбилейной научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 90-летию ДГМУ. – Махачкала: Издательство АЛЕФ, 2022. – 358 с.

ISBN 978-5-00212-017-8

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, других медицинских и иных вузов Российской Федерации в городах: Москва (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Российский университет дружбы народов), Волгоград, Казань, Рязань, Санкт-Петербург, Тверь, Челябинск.

В материалах конференции также опубликованы научные работы молодых ученых и студентов медицинских вузов Азербайджана (г. Баку), Белоруссии (г. Гомель, г. Гродно), Узбекистана (г. Самарканд).

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых (клинических ординаторов, аспирантов, ассистентов, младших научных сотрудников), занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для иных молодых специалистов.

ISBN 978-5-00212-017-8

© Даггосмедуниверситет, 2022

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

**FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION
OF HIGHER EDUCATION «THE DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY»
MINISTRIES OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION**

**SCIENTIFICALLY EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER
THE NORTH-CAUCASIAN FEDERAL DISTRICT – «NORTH-CAUCASIAN»**

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

**THE COUNCIL OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS
THE COUNCIL OF STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY
NAMED AFTER R. P. ASKERKHANOV**

MATERIALS

OF THE 70TH

**ALL-RUSSIAN JUBILEE SCIENTIFIC
CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS AND
STUDENTS WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION, DEDICATED TO THE 90TH
ANNIVERSARY OF THE DSMU**

Makhachkala, May 31, 2022

EDITORIAL TEAM:

V.Yu. Khanaliev, acting Rector of the FGBOU VO DSMU of the Ministry of Health of Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor;

R.M. Ragimov, acting Vice-Rector for Academic Affairs, Doctor of Medical Sciences, Professor;

N.R. Mollaeva, acting vice-rector for scientific work, doctor of medical sciences, professor;

D.A. Omarova, acting Vice-Rector for Strategic Development and Digital Transformation, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;

M.A. Khamidov, vice-rector for medical work, doctor of medical sciences, professor;

E.G. Abieva, acting Vice-Rector for Public Relations and Social Educational Work, Doctor of Philosophy, Professor;

M. N. Medzhidov, scientific director of the Council of Young Scientists and Specialists and the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;

M.N. Yunusova, chairman of the Council of Young Scientists and Specialists;

S.A. Khamaev, chairman of the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov.

It is published under the General editorship of the scientific director of the Council of Young Scientists and Specialists and the Student Scientific Society named after R.P. Askerkhanov, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor **M. N. Medzhidov**.

Materials of the 70th All-Russian Scientific Conference of Young Scientists and Students with International Participation. - Makhachkala: Publishing House ALEF, 2022. – 358 p.

ISBN 978-5-00212-017-8

The collection includes materials of a scientific conference of young scientists and students of the Dagestan State Medical University, other medical and other universities of the Russian Federation in the cities: Moscow (I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Peoples' Friendship University of Russia), Volgograd, Kazan, Ryazan, St. Pererburg, Tver, Chelyabinsk.

The conference materials also published scientific works of young scientists and students of medical universities in Azerbaijan (Baku), Belarus (Gomel, Grodno), Uzbekistan (Samarkand).

Conference materials cover a wide range of scientific areas. Published works are of great value for a wide range of active students, young scientists (clinical residents, graduate students, assistants, junior researchers) engaged in research activities, as well as for other young professionals.

ISBN 978-5-00212-017-8

ТЕРАПИЯ

СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА В КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л.Н. Мусаева – аспирант, ассистент

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Актуальность. Всемирный опыт по ведению больных с язвенной болезнью показывает, что следование определенным стандартам, клиническим протоколам лишь на время уменьшает частоту рецидивов и осложнений заболевания, показывая, что критерии ранней диагностики обострений и степень оказываемой помощи при данной нозологии ограничены и неспецифичны.

Известно, что максимальная концентрация мелатонина вырабатывается в ночное время (с 2.00 до 4.00). Соответственно, в темное время суток уровень мелатонина варьируется от 50 до 150 пг/мл, при этом снижается с рассветом до 6–15 пг/мл, днем падает еще больше – менее 5 пг/мл, а к вечеру после 22.00 и до полуночи поднимается до 8–19 пг/мл, с последующим развитием пика.

Уровень гормона в крови помимо возраста зависит от полноценности сна, температуры среды, смены фаз менструального цикла, и даже пола (у женщин концентрация превышает около 25%, чем у мужчин).

Сегодня урбанизация и промышленный прогресс привели к перестройке режима сна и отдыха человека. Применение искусственного света в ночное время, а также использование электронных носителей, экраны которых излучают синий спектр освещения, влекут за собой перестройку биоритмов человеческого организма. Начало секреторной деятельности гормона ночью при таком укладе замедляется, удерживается и его пик, вызывая его нехватку в организме.

Имеются и некоторые данные лабильности синтеза мелатонина в зависимости от времени года. Так, в период удлиненного светового дня с мая по июль, уровень мелатонина в крови у человека минимален. Также есть данные о значительном разбросе концентрации индола при дневном и ночном заборе.

Таким образом, можно предположить наличие связи изменения мелатониновой кривой с обострениями кислотозависимых заболеваний, в частности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в межсезонье.

Впервые нами было проведено оригинальное исследование сезонных особенностей содержания мелатонина в крови при ЯБДК.

Ключевые слова: мелатонин, язвенная болезнь, сезоны года.

Целью исследования явилось оптимизация ранней диагностики ЯБДК с определением мелатонина в крови в зависимости от сезонного обострения в течение года. Исследовать перспективность использования гормона мелатонина как раннего диагностического и прогностического маркера ЯБДК.

Методы и материалы. Были обследованы 60 пациентов с ЯБДК в разные сезоны года. Всем выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой гастродуоденальных участков. Исследование мелатонина в крови проводилось с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС). Контрольную группу составили 40 здоровых человек.

Результаты. Полученные данные продемонстрировали снижение секреции мелатонина при обострении ЯБДК в осенне-зимний период 1 пг/мл и менее, а в весенне-летнее время года 10 пг/мл и ниже. У контрольной группы минимальные значения гормона мелатонина отмечались в период длительного светового дня – летом, максимальные значения были отмечены в зимнее время.

Выводы. Таким образом амплитудные изменения мелатонина в крови можно использовать как лабораторный маркер десинхроноза, ассоциированный с риском развития кислотозависимых заболеваний, в частности ЯБДК. Это представляет большой интерес при изучении роли мелатонина в патогенезе гастродуоденальной патологии, участвующем в их механизмах, с формированием или обострением заболеваний ЖКТ.

Нет конфликта интересов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

К.Л. Сейдалиева – студентка 40 группы 3 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Д.А. Шихнебиев

Актуальность. Внебольничная пневмония представляет собою острое инфекционное заболевание, которое возникает во внебольничных условиях и характеризуется разнообразием клинической картины (кашель, выделение мокроты, одышка, лихорадка, боль в грудной клетке) и рентгенологическими признаками «свежих» очаговых или инфильтративных изменений в легких. Несмотря на заметные успехи в

изучении проблемы пневмоний, тем не менее, данная патология продолжает протекать с тенденцией к затяжному течению (в 30% случаев), при котором, по клинико-рентгенологическим данным, пневмонический инфильтрат разрешается медленно, в удлиненные сроки (свыше 4-6 недель), а также увеличением числа тяжелых форм, что связано как с ростом антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний, так и с увеличением числа больных с иммунодефицитными состояниями различного генеза.

Цель исследования: определить диагностическую ценность физикальных, лабораторно-рентгенологических данных и проводимой комплексной терапии внебольничных пневмоний в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. Мы анализировали 64 амбулаторные карты больных внебольничной пневмонией, лечившихся в амбулаторно-поликлинических условиях в поликлинике №5 г Махачкалы. Мужчин было 35, женщин – 29, возраст больных составлял от 20 до 68 лет. Во всех случаях воспалительные процессы локализовались в нижних долях легких – в 56,3% в нижней доле правого легкого и в 43,7% – в нижней доле левого легкого.

Для анализа исследуемых показателей у больных использовалась компьютерная программа Microsoft Excel 2010. Показатели описаны в виде долевых значений.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что наиболее частыми клиническими проявлениями внебольничной пневмонии были кашель (отмечался 100% – у всех больных), выделение мокроты слизисто-гнойного характера (82,8%), повышение температуры тела (76,5%). У 30 (46,8%) больных наблюдались боли в грудной клетке, преимущественно при глубоком дыхании и/или кашле, у 21 (32,8%) – симптомы общей интоксикации организма, у 26,8 %, 18 (28,1%) – одышка, у 2 (3,1%) – кровохарканье.

При объективном исследовании: перкуторно – у 22 (34,4%) больных отмечалось притупление (укорочение) перкуторного звука; аускультативно – у 45 (70,3%) больных выслушивались ослабленное везикулярное и жесткое дыхание, у 36 (56,3%) – влажные мелкопузырчатые хрипы, у 6 (9,4%) – крепитация, у 1 (1,6%) – шум трения плевры. Рентгенографически, в том числе и при компьютерной томографии легких, признаки внебольничной пневмонии (очагового характера или инфильтративные изменения) были выявлены у 60 (93,8%) больных.

Внебольничная пневмония довольно часто сопровождалась изменениями лабораторных показателей – у 44 (68,8%) больных наблюдался умеренно выраженный лейкоцитоз (в 59,3% случаев с нейтрофильным сдвигом), у 7 (10,9%) – снижение количества лейкоцитов (ниже $4,0 \times 10^9/\text{л}$), у 35 (54,7%) – ускоренная СОЭ, у 42 (65,6%) больных отмечалось повышение С-реактивного белка.

Для лечения внебольничной пневмонии чаще всего применялись антибиотики пенициллинового ряда – амоксиклав, амоксициллин (в 57,8% случаев), а также сумамед (в 12,5% случаев), ципрофлоксацин (9,4%) и цефалоспорины – кефзол, цефопин, цефтриаксон (в 10,9%). В случаях малой эффективности монотерапии лечение внебольничной пневмонии проводилось с применением двух препаратов. Антибактериальная терапия сочеталась с противовоспалительными (нурофен, найз, диклофенак, вольтарен, ибупрофен, индометацин и др.), гипосенсибилизирующими (пипольфен, диазолин, тавегил, супрастин и др.) препаратами, а также поливитаминами (компливит, витрум и др.).

В комплексную терапию внебольничных пневмоний также включались отхаркивающие и муколитические (ацетилцистеин, амбробене, мукалтин, лазальван и др.), бронхолитические (бронхолитин, эуфиллин, аскорил) и иммуностимулирующие (бронхомунал, витамин С, полиоксидоний и др.) препараты. В период разрешения пневмонии назначались физиотерапевтические методы лечения.

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что при диагностике внебольничных пневмоний врач должен учитывать не только рентгенологические данные, но и результаты клинического течения заболевания, физикального и лабораторного исследований. Антибактериальная терапия, проводимая в амбулаторно-поликлинических условиях больным с внебольничной пневмонией, в целом соответствует современным клиническим рекомендациям.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДАГЕСТАНЕ: ЦИФРЫ И ФАКТЫ

А.Ф. Ахмедулаева – студентка 306 группы педиатрического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - старший преподаватель П.М. Магомедова

Бронхиальная астма – гетерогенное заболевание, характеризующееся наличием хронического воспалительного неинфекционного процесса в дыхательной системе, сопровождающееся развитием бронхиальной гиперреактивности, сухими хрипами, кашлем, одышкой, чувством тяжести в груди.

Бронхиальная астма имеет широкий спектр этиологических факторов. Среди них есть как эндогенные (генетическая предрасположенность, аллергия на продукты растительного и животного происхождения, реакции на пыль, шерсть, грибы), так и экзогенные факторы (экологические, климато-географические факторы, образ жизни, табакокурение, профессиональные вредности, психоэмоциональные нагрузки и стрессы)

Бронхиальная астма в основе своего патогенеза зачастую имеет аллергическое происхождение, и имеет типичные для всех видов аллергий стадии. В последней стадии развития наблюдается обструкция бронхов, вследствие сокращения гладкомышечных структур, выделения слизи в просвет бронха, и инфильтрации самой стенки клеточными элементами, что способствует клиническим проявлениям заболевания

Актуальность исследования в том, что наблюдается всемирная «аллергизация» населения, а БА занимает лидирующие позиции по частоте возникновения среди аллергических заболеваний

Цель исследования – изучить изменение заболеваемости и болезненности бронхиальной астмой людей всех возрастных групп.

Результаты исследования.

	Болезненность				Заболеваемость			
	2020		2021		2020		2021	
	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
Дети	1594	212,7	1549	209,3	162	20,3	135	18,2
Подростки	411	311,2	434	304,0	49	37,1	34	23,8
Взрослые	7317	317,9	7299	314,8	573	24,9	483	20,8
Всего по РД	9322	302,1	9282	298,4	774	25,1	652	21,0

Бронхиальная астма в детском возрасте является достаточно распространенным аллергическим заболеванием. Ежегодно заболеваемость БА в мире увеличивается, течение болезни утяжеляется, тенденция к заболеваемости в раннем детском возрасте стремительно растет. У 7% детей БА приводит к инвалидизации, таким образом приобретая социально-экономический аспект.

Анализируя данный по заболеваемости детей в республике Дагестан с 2020 по 2021 год, количество детей заболевших БА уменьшилось в процентном количестве на 17%. Также как и болезненность снизилась на 3%. Если обратиться к данным подросткового возраста можно также заметить, что заболеваемость снизилась на 30%, а болезненность увеличилась на 5%.

Увеличение заболеваемости БА среди подростков в России связано с началом воздействия табачного дыма на дыхательную систему именно в этом возрасте. Курение как активное, так и пассивное является провоцирующим фактором для развития БА, причем пассивное наиболее опасно, так как постепенно вызывает сенсibilизацию организма и гиперреактивность бронхов.

Принимая во внимание влияние климато-географических факторов на развитие БА, следует отметить, что климат Дагестана не является благоприятным для развития заболевания. Горная местность, низкое атмосферное давление, слабые перепады температур, количество, холодных дней с высокими показателями влажности на равнинной местности относительно маленькое, высокая продолжительность светового дня - условия не способствующие БА. Экологическое состояние воздушной среды в республике значительно различается в зависимости от района.

В ходе исследования БА у взрослых выяснилось, что болезненность с 2020 по 2021 год уменьшилась всего на 0,2%, заболеваемость на 16%

Вывод.

В целом болезненность населения уменьшилась на 0,4%, а заболеваемость снизилась на 16%. Относительно постоянно нарастающего количества заболеваемости БА в мире, данные показатели можно расценивать как благоприятные.

Использованная литература

1. Экологические факторы риска и их влияние на заболеваемость бронхиальной астмой в Дагестане. Гаджиева Т.А. Кудиев М.Т. Махмудова Э.Р. Атаева З.Н. JOURNAL OF NEW MEDICAL TECHNOLOGIES, eEdition – 2018 №1
2. Бронхиальная астма у детей: современные аспекты терапии. Зайцева О.В. Муртазаева О.А. Вопросы современной педиатрии 2011.
3. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. Жмуров Д. В., Парфентева М. А., Семенова Ю. В. Colloquium-journal #14(66)2020
4. Табакокурение среди подростков с бронхиальной астмой. Дракина С.А., Перовощикова Н.К., Ровда Т.С.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНЕМИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДГМУ И ВЛИЯНИЕ ЕЕ НА УЧЕБУ

Р.Г. Бийболатова – студентка 214 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н. асс. К. А. Бийболатова.

Актуальность. Дефицит железа – это широко распространенное состояние среди населения во всем мире и, в настоящее время, остается самым значимым дефицитным состоянием, связанным с нарушением питания. Согласно данным ВОЗ, более 3,5 миллиардов жителей планеты имеют ЖДС, а 1,7 миллиарда – страдают ЖДА. За последние 20 лет распространенность ЖДС в России значительно возросла. По данным различных

эпидемиологических исследований она достигла 30-40%, а в некоторых регионах (Восточная Сибирь, северные регионы страны, Северный Кавказ) и 50-60%.

Как известно практический каждый человек в жизни, хотя бы раз сталкивался с признаками анемического синдрома (слабость, утомляемость, извращение вкуса и обоняния, толерантность к физическим нагрузкам, состояние кожи, волос, ногтей, наличие атрофических изменений слизистых оболочек: стоматита, глоссита, хейлита). Следовательно, данный вопрос будет актуальным практически всегда.

Главная роль железа в организме — доставка кислорода ко всем клеткам и органам. Недостаточное поступление железа в организм либо приводит к развитию железодефицитной анемии. Какие же можно выделить главные симптомы этого состояния? Во-первых, это одышка, учащение дыхания или затрудненный вдох. Во-вторых, перебои в ритме сердца. Сердце – орган, которому нужен особенно большой объем кислорода. Если в крови его недостаточно, сердечный ритм нарушается. Ну а самое главное возникает нарушения мышления. Еще больше, чем сердце, от поставок кислорода зависит работа мозга. При железодефицитной анемии затрудняется мышление, ухудшается память, быстрее наступает утомление при умственной работе, что в свою очередь сказывается так же и на усвоение нового материала в учебе.

Цель. Выявить распространенность анемии среди студентов ДГМУ и влияние анемии на возможность усваивать новый материал и, следовательно, успеваемость студентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 152 студента в возрасте от 18 до 23 лет, среди которых 115 студентов женского пола и 37 мужского, все они являются студентами 2 и 3 курсов ДГМУ. Всем обследуемым оценивали наличие клинических симптомов анемии с использованием опросника “Экспресс-диагностика — диагностика дефицита железа”, который состоял из 38 вопросов, анализировался уровень гемоглобина, эритроцитарных индексов (MCV, MCH, RBC, HCT, MCHC, RDV, PDW),

Опросник был составлен самостоятельно, на основании клинических проявлений анемии. По результатам которого складывалось общее количество баллов и если оно превышало 25, то соответственно было проведено лабораторное обследование (ОАК) участников для установления степени анемии. Отдельное внимание уделялось вопросам, отображающим когнитивные функции студентов, характер их питания, применение витаминных комплексов, а также контроль ОАК в обычной жизни, т.е. мы пытались выявить возможную причину анемий. Когнитивные функции отображались в виде скорости усвоения нового материала, где 1 – легко удваивается, 2 – с трудом и 3 – не усваивается совсем. Еще учитывалась как быстро наступает утомляемость при обучении, где 1 – не утомляется, 2 –

иногда, 3 – часто наступает утомление. Прием витаминов так же выражался в следующих баллах 1 – прием идет постоянно, 2 – периодически и 3 – никогда не принимают витамины.

Анкетирование проводилось в Google форме. Все полученные данные были обработаны при помощи программы Statistica 6.0. Рассчитывали средние значения исследуемых показателей ($M \pm m$), оценивали коэффициент непараметрический критерий Манна-Уитни и критерий сопряженности хи-квадрат, проводился подсчет t-критерий Стьюдента. Результат считался статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В ходе исследования были выявлены следующие результаты: средний возраст студентов $19,3 \pm 0,14$ (152 ч.), среди которых 76% девочек (115 ч.) и 24% мальчиков (37 ч.). По результатам экспресс-диагностики дефицита железа был выявлен уровень в 25 баллов, граничащий с выраженными признаками анемии. Результаты исследования показали, что у 49% исследуемых (75 ч.) уровень по опроснику не превышал 25 баллов. Эти студенты не участвовали в дальнейшем исследовании. А те, у которых результаты опроса превышал 25 баллов, а это 51% (77 ч.) прошли исследование ОАК на базе студенческой поликлиники. По результату лабораторного исследования из 77 человек выделили следующие группы в соответствии с баллами: первая группа объединяла студентов от 25 до 34 б., в нее вошли 31 человек и составили 40% из 77 студентов. Вторая группа включила в себя студентов от 35 до 44 б., а это 19 человек (25%). Третья группа от 45 до 55 б., и, следовательно, получилось 13 человек (17%). Ну и наконец четвертая группа состояла из студентов с самым высоким соотношением баллов, а именно выше 55 б., их количество составило 14 человек (18%).

Ниже будет представлена таблица, в которой отображено соотношение показателей результата опроса с уровнем гемоглобина, успеваемостью студентов, усвояемости ими нового материала, утомляемости при любой нагрузки, а также прием этими студентами витаминно-минеральных комплексов для профилактики ЖДС.

Показатели ($M \pm m$)	1 группа 31чел	2 группа 19чел	3 группа 13чел	4 группа 14чел
Баллы по группам	25-34б	35-44б	45-55б	55б и выше
Результат опросника	$28,5 \pm 0,3$	$39,1 \pm 0,07$	$48,3 \pm 0,03$	$64,6 \pm 0,67$
Уровень НВ, г/л	$124,2 \pm 0,66^{**}$	$121,5 \pm 0,14$	$115,2 \pm 0,18$	$102,9 \pm 0,51$
Успеваемость студентов	$3,78 \pm 0,23^*$	$3,53 \pm 0,57$	$3,42 \pm 0,29$	$3,31 \pm 0,09$
Усвояемость нового материала	$1,68 \pm 0,42^*$	$1,95 \pm 0,26$	$2,0 \pm 0,47$	$2,3 \pm 0,60$

Утомляемость при нагрузке	2,09±0,25*	2,63±0,57	2,63±0,56	2,84±0,21
Прием витаминов	2,28±0,1*	2,4±0,63	2,5±0,29	2,8±0,17

*Примечание: достоверность различий $p > 0,05$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ ****

Для более корректного определения статистически значимых результатов, чтобы количественно наши группы соответствовали, для подсчета t-критерий Стьюдента подсчет проводился между 1 и 3-4 группами. Из приведенных данных в таблице, можно отчетливо сказать о следующем влиянии на самочувствие студентов наличие анемии: у студентов 1 группы с баллами от 25 до 34, уровень гемоглобина статистически выше, нежели групп 3-4 с баллами от 45 и выше (где $p < 0,05$), а также успеваемость, усвоение нового материала, утомляемость при умственной нагрузки соответственно имеют значимые критерии (где $p > 0,05$) и показатели являются наиболее лучшими у студентов 1 группы. Также студенты 1 группы, чаще принимают витаминно-минеральные комплексы, в отличии от сопоставимой группы.

Выводы: 1. Среди студентов признаки анемии были выявлены в 51% случаев (из 152 человек у 77), из них было подтверждено наличие анемии проведенными лабораторными анализами у 35% (27 чел.).

2. Среди студентов с подтвержденной анемией выявлено достоверное снижение успеваемости, трудное усвоение материала и быстрая утомляемость при умственной нагрузки, так же отмечается что эти студенты редко прибегают к приёму витаминов, что говорит о том, что они зачастую не следят за своим здоровьем.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЗИВЕРТА-КАРТАГЕНЕРА С БРОНХОЭКТАЗАМИ

**С.Д. Исаева - студентка 304 группы педиатрического факультета,
А.Т. Бейбалаева - ассистент кафедры**

*Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического факультетов*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

*Научные руководители: асс. А.Т. Бейбалаева, д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов,
асс. З.М. Саидова*

Актуальность. Синдром Зиверта—Картагенера - генетически обусловленное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, основой которого является

«синдром неподвижных ресничек», или первичная (врожденная) цилиарная дискинезия. По статистике синдром Зиверта—Картагенера встречается с частотой 1:30 000—50 000, при этом обращается особое внимание на семейные случаи этого заболевания. Первое описание ПЦД опубликовано в 1902 году в Петербургском еженедельнике «Русский врач». А.К. Зиверт, терапевт из г. Киева, описал 21-летнего мужчину с обратным расположением внутренних органов, синуситом и бронхоэктазией, при этом бронхоэктазы автор считал врожденными. В 1933 году схожие наблюдения подробно описал врач из Швейцарии М. Картагенер. Он также предположил врожденный характер бронхоэктазов. С этого момента, заболевание, характеризующееся сочетанием обратного расположения внутренних органов (*situs viscerum inversus*) с бронхоэктазией и пансинуситом, получило название синдрома Зиверта-Картагенера.

Цель. Разбор редкого случая, характеризующегося клинической триадой хронического синусита, бронхоэктазии и *situs inversus*, особенности его диагностики и лечения.

Материал и методы. Анализ пациентки с синдромом Зиверта-Картагенера для уточнения анатомических, морфологических и функциональных особенностей внутренних органов по материалам истории болезни:

Результаты исследования. Больная А., 32 года, поступила 11.04.22 г. в пульмонологическое отделение ГБУ РД «ГКБ» г. Махачкала. Жалобы при поступлении на одышку, усиливающуюся при незначительной нагрузке, на кашель с мокротой слизисто-гнойного характера до 500 мл в сутки, заложенность носа со слизисто-гнойным отделяемым, общая слабость.

В анамнезе: болеет с детских лет. С-м Зиверта-Картагенера был выставлен пациентке сразу после рождения. Неоднократно лечилась по месту жительства. В связи с частыми обострениями респираторных заболеваний ежегодно лечилась в детском республиканском пульмонологическом центре, получала курсами антибиотики, отхаркивающие и физиопроцедуры с кратковременным положительным эффектом. В дальнейшем проходила курс лечения в пульмонологическом отделении РКБ. Со слов больной, на фоне лечения отмечался кратковременный положительный эффект. Постоянно наблюдается у лора и аллерголога по поводу хронического полипозного риносинусита. Последнее ухудшение — в течение месяца до поступления, вновь усилился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера в количестве до 500 мл в сутки, усилилась одышка.

Из анамнеза жизни: родилась от 2-й беременности, в срок, беременность протекала без осложнений, вес при рождении 4500 гр. Месячные с 13 лет, регулярные. Замужем 13 лет, есть один ребенок. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Нормостенического телосложения, рост 164см, масса тела 63 кг, индекс массы тела по Кеттле — $23,5 \text{ кг/м}^2$. Температура тела — $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены, периферические л/у не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – сухие свистящие хрипы, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация. ЧДД – 18-20 в минуту. Область сердца не изменена. Перкуторно — сердце определяется справа, границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., пульс и ЧСС 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень определяется слева, у края реберной дуги, селезенка справа, не увеличена. Стул регулярный, оформленный. Со стороны органов мочеотделения — без патологии.

При лабораторно-инструментальном исследовании: ОАК: Нб 129 г/л, эритроциты $4,11 \times 10^{12}$, лейкоциты $6,69 \times 10^9$, формула без изменений, СОЭ 20 мм/ч. ОАМ: удельный вес 1019, белок не обнаружен, лейкоциты 1-4 в п/з, плоский эпителий -единичный. Анализ мокроты: гнойная, вязкая, лейкоциты 20-25 в п/з, макрофаги +, плоский эпителий 10-15 в п/з. Бактериологическое исследование микрофлоры мокроты: обнаружен *Streptococcus pneumoniae*- 10^4 . Чувствительность определена к левофлоксацину, меропенему, цефотаксиму, цефтриаксону, азитромицину. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 в мин., ЭОС- в норм. горизонтальном положении. Rh-графия легких: декстрокардия, изменения легочного рисунка. Бронхоэктазы в нижних отделах с обеих сторон. На КТ: картина транспозиции органов грудной клетки в сочетании с бронхоэктазами в нижних отделах с обеих сторон. Сердце расположено справа. Заключение: декстрокардия, двусторонние бронхоэктазы. Рентгенография придаточных пазух носа — определяется отек слизистой носа, понижение пневматизации гайморовых пазух и лобной пазухи. Заключение: хронический гайморит, фронтит. Спирометрия: снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу, легкая обструкция при ЖЕЛ 73% от должного. УЗИ органов брюшной полости. Печень: расположена слева. Контуры ровные, четкие Размеры не увеличены: правая доля (КВР) – 125 мм, левая доля – 42 мм, хвостатая доля- 17 мм. Углы печени острые. Эхогенность не изменена. Эхоструктура однородная. Очаговых образований нет. Сосудистый рисунок сохранен. Воротная вена – 9 мм. Внутрпеченочные протоки не Селезёнка: расположена справа. Контур ровный, четкий. Размеры не увеличены: 90х30 мм. Эхогенность нормальная. Эхоструктура однородная. Очаговых образований нет. Холедох – 3 мм.

Выставлен клинический диагноз: синдром Зиверта— Картагенера (триада): полное обратное расположение внутренних органов грудной и брюшной полостей; первичная

цилиарная дискинезия, хронический гнойный бронхит с бронхоэктазами с обеих сторон, рецидивирующее течение, фаза обострения; хронический гнойный риносинусит, обострение.

Получила лечение — антибиотик по чувствительности высеянной из мокроты микрофлоры- левофлоксацин 500 мг*2 раза в день в/в капельно, амброксол по 10 мл 3 р/д, эуфиллина 2,4% 5,0 мл + 100 мл физ.р-р; новатрон 2,5 мл +1 мл физ.р-р 2р/д ингаляционно, пульмикорт 0,5 мг/мл + 1 мл физ.р-р ингаляционно 2 р/д. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача с рекомендациями.

Выводы. Описанный клинический случай представляет интерес как редко встречающаяся врожденная аномалия развития, характеризующееся клинической триадой хронического синусита, бронхоэктазии и situs inversus. Только ранняя диагностика заболевания, соответствующее лечение и реабилитация позволяют предотвратить прогрессирование патологического процесса и улучшить качество жизни больных.

**РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ЯБ) ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. АДЕКВАТНАЯ ДИАГНОСТИКА
H.PYLORI (HP)**

К.А. Исмаилова – студентка 530 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.З. Саидов

Введение. Проблема распространенности ЯБ в настоящее время актуальна как никогда, в связи с ростом факторов риска, предрасполагающих к формированию гастродуоденальных язв и обширной инвалидизацией населения, что определяет широкую медико-социальную значимость патологии. Инфицирование HP слизистой оболочки пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), часто в сочетании с дополнительными факторами (стрессовым, алиментарным, вредными привычками), вызывает развитие ЯБ и ее осложнений.

Цель: изучение развития осложнений ЯБ в республике Дагестан и определение адекватности диагностики HP в биоматериале.

Материалы и методы. Использовали истории болезни 320 пациентов (мужчин 265 (82,8%), женщин 55 (17,2 %)), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении РКБ г. Махачкала за 2016 - 2021гг. Возраст пациентов 21-78 лет. В экстренном порядке (с осложнениями ЯБ) госпитализировано 291 больных (90,93 %), в плановом (с неосложненной ЯБ и гастродуоденитом) - 29 (9,06 %). Показаниями для экстренной госпитализации являлись : 1) перфорация язвы желудка и ДПК - 181 (56,5 %); 2) желудочно

- кишечное кровотечение - 67 (20,9 %); 3) пилородуоденальный стеноз 72 (22,5%) От всех исследуемых 51,5% (165чел.) составляли рабочие (тяжелого, низкой квалификации физического труда, с наличием в анамнезе вредных привычек, погрешностей в питании), 21,1 % (74 чел.) подвергались воздействию стрессовых факторов на работе и дома. Всем пациентам была проведена ЭГДС с прицельной биопсией и контрастная рентгенография желудка и ДПК. Для диагностики НР пациенты были разделены на две группы : 1-я (основная) с осложненной ЯБ - 291 чел., 2-я (контрольная) с неосложненной ЯБ и гастродуоденитом - 29 чел. Проводились забор биоптатов слизистой антрального отдела желудка и участков метаплазии ДПК, желудочного сока и копроматериала пациентов обеих групп с определением ПЦР, иммуноцитохимическое исследование, выявление специфических антител к НР.

Результаты. ЭГДС и контрастная рентгенография подтвердили наличие язвенного дефекта и уточнили локализацию. Так в луковице ДПК язвенный дефект встречался в 66,5% (213чел.), в желудке – 28,4% (91 чел.), в желудке и ДПК – 5% (16чел.). Диагностика НР в двух группах отличилась по результатам: в биоптате контрольной группы (29 чел.) в 86,2 % случаев (25 чел.), в основной (291 чел.) - лишь в 57,7 % (168 чел.). Иммуноцитохимическое исследование визуализировало бациллярные и кокковые формы возбудителя со следующим результатом: при “+” обнаружены вегетирующие и кокковые формы НР, при “-” только кокковые формы или выраженный антигенный фон (т.е. специфическая окраска слизи, которая наблюдается при массивном разрушении НР). На основании проведенной ПЦР в образцах биоптата желудка и ДПК, желудочного сока, фекалий были получены следующие результаты: в основной (1-й) группе (291чел.) в биоптате в 57,7%, в желудочном соке – 83,5%, в копроматериале – в 68% , а в контрольной (2-й) группе (29 чел.) соответственно в 86,2%, 75,8% и 44,8% В 1-й группе наблюдается совпадение ПЦР в обоих субстратах (биоптат и желудочный сок), во 2-й группе варианты обнаружения НР только в одном из двух выше названных субстратов (в трёх случаях - 10,3 %) можно объяснить неудачным забором материала при ЭГДС. Из приведенных выше результатов также видно, что частота выявления НР в копроматериале у больных пациентов обеих групп ниже, чем в желудочном соке и биоптате. Результаты выявления ДНК НР методом ПЦР в биоптатах, образцах желудочного сока и копроматериале, полученных у одного исследуемого пациента, не имели высокой степени совпадения, на основании чего можно сделать вывод: чувствительность определения ДНК НР в фекалиях уступает чувствительности обнаружения маркера НР в желудочном соке и биоптатах. Результаты серологического исследования сыворотки крови на выявление специфических антител к НР обнаружили последние в обеих группах: у 83,8% в основной группе и 89,6% в контрольной группе. При определении антител IgG к CagA НР

выявлено, что данные антитела чаще встречаются в 1-й (основной) группе (84,2%) , чем во 2-й (контрольной) - 75,8%.

Выводы. Таким образом, в республике проблема осложнённой ЯБ в последние годы остаётся актуальной, на что указывает высокий процент лиц с факторами риска заболевания. В целях диагностики неосложненной ЯБ желудка и ДПК информативны исследование биоптатов, бактериологические, молекулярно-биологические методы, при осложненном течении ЯБ предпочтение следует отдавать серологической диагностике, так как в этих условиях вышеперечисленные методы усложняли процесс диагностики по причине присутствия в материале большого количества дегенеративных форм и массовой гибели бактерий.

Список литературы:

1. Вахрушев Я.М. Язвенная болезнь: особенности течения на современном этапе и прогноз на ближайшие годы / Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И., Ефремова В.А. // Тер.архив. 2008. No8. С. 26-29.
2. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Клинические проявления болезни и пожилой возраст // Заболевания органов пищеварения у пожилых. М. : Анархарсис, 2003. С. 25-34
3. Лазебник Л.Б. Хронические язвы у лиц пожилого возраста / Лазебник Л.Б., Соколова Г.Н., Черняев А.Я. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. No1. С. 3-7
4. Ивашкин В.Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей.- М:2002. С. 45-48.
5. Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H.pylori* - Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice // Русское издание. 2012. Вып. 2. С. 4-23.
6. Кравцов В.Ю., Никифоров А.М., Прошин С.Н., Кондрашин А.С., Кобиашвили М.Г., Михайлова И.А. Иммуноцитохимическое исследование кокковой формы *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом // Клиническая лабораторная диагностика. — 2006.- том 3. — С.52-54

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ – ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19

Р.Ш. Курбанова - студентка 308 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - ассистент З.М. Шамов

Актуальность. На сегодняшний день наиболее распространенной проблемой среди всего населения является появление различных симптомов после перенесения новой коронавирусной инфекции. Данные «постковидные» или «внелегочные» симптомы многочисленны, носят долгосрочный характер, так как они сохраняются в течение длительного времени, при этом в значительной степени могут усугублять качество жизни, снижать работоспособность и нарушать нормальный ритм жизнедеятельности. Также проводились исследования, в ходе которых было выявлено, что наиболее частыми симптомами, наблюдающимися в течение 6 месяцев после Covid-19 являются: усталость (63%), бессонница (26%), тревога и депрессия (23%), аносмия (11%), боли в суставах (9%). (Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet. 2021).

Цель исследования. Обзор и анализ полученной информации о новых клинических особенностях и развитии последствий, которые возникают после выздоровления от инфекции SARS-COV-2. Исследование постковидного синдрома было проведено среди студентов Дагестанского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Проведен опрос в виде Google-формы среди 257 респондентов, каждый из которых ответил на ряд вопросов, характеризующих основную симптоматику как во время течения болезни, так и после выздоровления. Google-форма предоставляет возможность осуществить сбор информации в электронном виде с помощью анкетирования и различной структуры опроса. Опросник был составлен на основе стандартной анкеты, предназначенной для выявления постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции), с собственными дополнениями.

Результаты исследования. Выявлено, что у большинства студентов (88,7%) **степень тяжести течения болезни** легкая (кашель малопродуктивный, общая слабость, температура < 38,0 °C); у 10,1% - среднетяжелая (температура выше 38,0 °C, пневмония, подтвержденная с помощью КТ легких); тяжелая степень (прогрессирование пневмонии) наблюдалась только среди 3-х студентов, что составляет 1,2%. Тогда как, по данным общей статистики Минздрава России, в среднем у 71% заболевших клиника легкая, 26% - тяжелая,

3% находятся в критическом состоянии. Следовательно, у студентов, как у молодого поколения, болезнь протекает в более легкой форме и без обширных осложнений.

Именно у больных с легкой степенью течения болезни наблюдаются наиболее **стойкие или длительные симптомы**. Потеря запаха наблюдалась у 48,2% , среди которых 37,3% имели среднюю продолжительность anosмии 1-2 недели, другие же 10,1% в течение полугода, оставшиеся 0,8% - 1-1,5 года. В динамике потеря вкуса или дисгевзия присутствовала у 40,9% (105 студентов из 257), длительностью 1-2 недели среди 24,76%, а на протяжении от 2 до 6 месяцев у 9,5% студентов. Постоянная или хроническая усталость имеется у 53,3%, нарушение памяти - 32,3%, боли в суставах - 23%, одышка среди 49 студентов – 19,1%, а также нарушение сердечного ритма 6,6%. Появились и такие единичные постковидные симптомы, как атопический дерматит, дискомфорт ЖКТ 0,4%. Сравнивая с общей статистикой, можно отметить, что среди данных респондентов преобладают такие длительные симптомы: anosмия, дисгевзия или агевзия, хроническая усталость. Течение постковидного синдрома может быть разнообразным. Так, например, после перенесенной коронавирусной инфекции синдром либо постепенно прогрессирует с возможным развитием полиорганных нарушений, либо исчезает, и организм восстанавливается полностью.

Выводы. Достаточно широкий спектр внелегочных изменений наблюдается у большинства исследуемых, что позволяет считать постковидный синдром социально значимой проблемой здоровья населения. К тому же синдром является одним из неблагоприятных осложнений новой коронавирусной инфекции. Чрезвычайно важно изучить его глубже клинически и патогенетически, для последующего предотвращения. А также, необходима разработка не только новых методов профилактики и реабилитации, но и новых подходов к лечению проявлений синдрома симптоматически.

ПОКАЗАТЕЛИ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С COVID-19

П.С. Магарамова, К.Х. Гаджигусеева – студентки 310 и 316 групп

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н. профессор С.Ш. Ахмедханов, асс. А.М. Акавова

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) - наиболее распространённое острое инфекционное заболевание. Актуальность данной проблемы связана с тем, что по данным здравоохранения ее считают одной из самых распространенных причин смерти, и

поэтому она представляет достаточно важную проблему медицины [1]. Еще одной не менее важной причиной делающей данное заболевание проблемой медицины, является тот факт, что ВП выявляются во всех возрастных группах. Для выбора соответствующего лечения антибиотиками инфекционных болезней, вызванных бактериями, необходимо показать зависимость выявления возбудителя и его антибактериальной чувствительности [3]. В настоящее время пациенты, перенесшие COVID-19, подвержены снижению иммунитета, что осложняет течение вирусной пневмонии путём влияния микрофлоры. Летальность ВП у лиц молодого и среднего возраста низкая, поскольку мала вероятность развития сопутствующих заболеваний, в то время как у пациентов старше 60-ти лет показатель достигает 15-30% [2].

Цель исследования. Определить спектр антибиотикорезистентности в зависимости от групп и вида микрофлоры, выделенных в мокроте больных с внебольничной пневмонией, ассоциированной с Covid-19.

Материалы и методы исследования. В представленной нами работе, проведенной на базе РКБ ГБУ РД пульмонологического отделения, в совокупности было исследовано 50 истории болезни. В исследование были включены больные в возрасте от 30 и старше, среди которых оказалось мужчин - 40% , а женщин - 60% . Пациенты разделены на три возрастные группы, в каждой из которых выявляется наиболее часто встречаемый возбудитель бактериального происхождения. Далее, на основе выявленных возбудителей, проводится анализ антибиотикочувствительности к каждой группе возбудителей, после чего выявляем наиболее часто используемые антибиотики для тех или иных групп возбудителей. Статическая обработка данных была осуществлена с использованием программы Excel.

Результаты и их обсуждение. По материалам проведенного исследования выявлено, что наиболее часто встречающимися возбудителями являются: Staph.aureus - (20%), Strept.pneumonia - (14%), Strept.anhaemolyticus - (26%), Candida spp. - (20%)., Klebsiella terrigena - (14%), а редко встречающиеся Asperdilla spp. - (2%)., Strept agalactia - (2%). Далее проводился анализ, какова частота встречаемости различных бактерии в зависимости от возраста пациентов. Все пациенты были разделены в 3 возрастные группы: 1 группу (возраст от 30 до 45 лет) составили - 15 пациентов, 2 группу составили лица в возрасте от 46 до 60 лет – 15 пациентов, а 3 группу вошли лица в возрасте от 60 лет и старше – 20 пациентов. У лиц в возрасте от 60 лет и старше частота заболеваемости выше, чем у лиц в других возрастных группах. Таким образом, обнаруженная закономерность связана с различиями в возрастном составе контролируемых групп больных. (Таб.1).

По результатам нашего исследования возбудителей пневмонии в зависимости от возраста больных ВП получены следующие результаты. Так, у представителей возрастной категории 30-45 л. наиболее частым возбудителем является Strept.anhaemoliticus (33.3%), 46-

60 л. - *Strept.pneumonia* (20%), от 60 и старше лет - *Staph.aureus* (25%), *Strept.anhaemoliticus* (25%). (Таб.1.) По полученным данным наблюдаем, что у лиц в возрасте 60 и старше лет число возбудителей больше, нежели у лиц в младших возрастных группах. Это объясняется тем, что у данных лиц слабая иммунная система, которая не в состоянии должным образом реагировать на подобные инфекции. Причины её снижения могут быть различны.

При анализе частоты возбудителя по гендерному признаку выявлено, что наиболее частым возбудителем являлись: у мужчин - *Strept.anhaemoliticus* (25%), *Klebsiella terrigena* (25%); а у женщин - *Strept.anhaemolyticus* (26,6%), *Staph. aureus* (20%), *Candida spp.*(20%).(Таб.2.).

На основе выявленных возбудителей провели статистический анализ антибиотиков на антибиотикочувствительность. По проведенной статистике чувствительными являются следующие антибиотики: из группы пенициллинов - ампициллин, амоксиклав; цефалоспоринов - цефазолин, цефатоксим, цефтриаксон; аминогликозидов - гентамицин; макролидов - азитромицин, эритромицин, кларитромицин; гликопептидов - ванкомицин; фторхинолонов - ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин; Карбопенемы - меропенем; Противогрибковые - нистатин, клотримазол, флюканазол.

При назначении антибиотиков вышеуказанным возбудителям преимущество отдавалось лишь нескольким антибиотикам: *Staf.aureus* – Азитромицин (22,2%), Цефотаксим (22,2%), *Strept.pneumonia* – Ломефлоксацин (15,5%), Меропенем (15,5%), *Strept.anhaemolyticus* – Гентамицин (22,2%) , *Klebsiella terrigena* – Азитромицин (13,3%) Цефотаксим (15,5%), *Candida spp.*- Нистатин (24,4%). (Таб.3.). Также при ретроспективном анализе историй болезни обнаружено, что некоторые больные беременны. Им назначались антибиотики – азитромицин, ампициллин, амоксициллин, меропенем, которые не имеют противопоказаний, либо необходимо тщательно корректировать дозировку препаратов

Выводы.

1. Выявлено, что имеются различия по частоте встречаемости возбудителей внебольничной пневмонии в зависимости от возраста: так в возрасте 30-45 лет наиболее частым возбудителем пневмонии является *Strept.anhaemoliticus* (33.3%), в возрасте 46-60 лет - *Strept.pneumonia* (20%), а в возрасте от 60 и старше лет - *Staph.aureus* (25%) и *Strept.anhaemoliticus* (25%).

2. Выявлено, что самым распространенным и эффективным антибиотиком при лечении внебольничной пневмонии у наших больных являлся Цефотаксим.

Литература.

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых.

2. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей).
3. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: МУК 4.2.1890–04. М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. 91 с.
4. МР 4.2.0114-16. Методические рекомендации. Лабораторная диагностика внебольничной пневмонии пневмококковой этиологии. – 2016. – 57 с.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА LYS198ASN ГЕНА
ЭНДОТЕЛИНА-1, УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

А.С. Монид – студент 5 курса, 5 гр. педиатрического факультета

1-я кафедра внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н. Э.В. Давыдчик

Актуальность. Эндотелий является активной метаболической системой, которая поддерживает сосудистый гомеостаз путем модулирования тонуса сосудов, регуляции транспорта растворенных веществ в клетки сосудистой стенки, формирования внеклеточного матрикса, защиты сосудов от возможного неблагоприятного действия, регуляции поддержания агрегатного состояния крови, воспалительных и репаративных процессов в ответ на локальное повреждение. Дисфункция эндотелия является начальным звеном сердечно-сосудистого континуума, определяющего непрерывное развитие патологии – от факторов риска до развития патологического состояния. Эндотелин-1 (ЭТ-1) является пептидом, секретируется эндотелиальными клетками и обладает мощным вазоконстрикторным эффектом. Ген эндотелина-1 (EDN1), кодирующий ЭТ-1, находится на хромосоме 6p24-23. Предполагают, что однонуклеотидный полиморфизм Lys198Asn гена EDN1, приводящий к замене аминокислот лизина (Lys) на аспарагин (Asn) в положении 198 полипептидной цепи, обуславливает белковую структуру и активность фермента.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости генотипов и аллелей полиморфного варианта Lys198Asn гена эндотелина-1, уровень эндотелина-1 у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа, а также у практически здоровых лиц Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 пациентов. Группа 1 – пациенты с ИБС и СД 2 типа (n=70). Группа 2 – относительно здоровые пациенты без ИБС и СД 2 типа (n=30). Критерии исключения: наличие заболеваний щитовидной железы с

нарушением функции, СД 1 типа, почечной и печеночной недостаточности, острого коронарного синдрома. Определение полиморфного варианта Lys198Asn гена EDN1 выполнено методом полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени с применением набора реагентов производства «Литех», РФ. Выделение геномной ДНК человека проведено набором реагентов «ДНК-экспресс-кровь». Амплификацию ДНК проводили на амплификаторе Rotor Gene-Q («Qiagen», Германия). Количественное определение уровня ЭТ-1 (пг/мл) в сыворотке крови проводилось с помощью набора для иммуноферментного анализа Human EDN1 с построением калибровочной кривой на иммуноферментном анализаторе Sunrise TECAN.

Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 10.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В общей выборке пациентов частоты генотипов полиморфного варианта Lys198Asn гена EDN1 были следующими: гомозиготный генотип LysLys – 54%, гетерозиготный генотип LysAsn – 36%, гомозиготный генотип AsnAsn – 10%. Частота аллели Lys составила 72 %, аллели Asn – 28 %.

По результатам генотипирования пациентов группы 1 по полиморфному варианту Lys198Asn гена EDN1 получены следующие результаты: генотип LysLys выявлен у 35 пациентов, AsnAsn – у 10, LysAsn – у 25 пациентов. Аллель Lys встречалась в 67,9%, аллель Asn – в 32,1%.

В группе 2 генотип LysLys полиморфного варианта Lys198Asn гена EDN1 выявлен у 19 пациентов, LysAsn – у 11 пациентов. Гомозиготный генотип AsnAsn в группе 2 не выявлен. Аллель Lys встречалась в 81,7%, аллель Asn – в 18,3%.

Уровень ЭТ-1 у пациентов группы 1 составил 20,41 пг/мл, у пациентов группы 2 – 7,24 пг/мл ($p < 0,05$). У пациентов группы 1 при наличии генотипа LysLys уровень ЭТ-1 составил 12,39 пг/мл, что было достоверно выше, чем у пациентов группы 2 с наличием генотипа LysLys (ЭТ-1 – 7,20 пг/мл). При определении уровня ЭТ-1 у пациентов группы 1 с наличием генотипа LysAsn медиана маркера дисфункции эндотелия составила 17,19 пг/мл, а у пациентов группы 2 – 9,41 пг/мл ($p < 0,05$). Уровень ЭТ-1 у пациентов группы 1 с наличием генотипа AsnAsn составил 59,32 пг/мл.

Выводы. Установлено распределение частот генотипов и аллелей полиморфного варианта Lys198Asn гена EDN1 у пациентов с ИБС и СД 2 типа, а также у практически здоровых лиц Гродненской области. При выполнении сравнительного анализа частот генотипов и аллелей полиморфного варианта Lys198Asn гена EDN1 выявлены достоверные различия по гомозиготному генотипу AsnAsn между группами пациентов. Получены достоверные различия по содержанию ЭТ-1 у пациентов с наличием ИБС и СД 2 типа, а также у практически здоровых пациентов.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ И ПРОТИВОГРИБКОВЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ COVID-19

С.Ш. Ахмедханов, К.Ш. Насурова – студентка 410 группа педиатрического факультета
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н. профессор С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. Проблемой последних нескольких лет является пандемия коронавирусной инфекции -COVID-19. Всего в мире на май 2022 г. случаев заражения оказалось 520 312 762, а летальных исходов - 6 270 221. Исходя из этого вопрос о лечении осложнений коронавирусной инфекции остается весьма актуальным. Для правильного подбора лечения терапия должна базироваться на данных о возбудителе и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Адекватная антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам позволит получить клинический эффект. [1] На популяционном уровне назначение антибиотиков большинству госпитализированных пациентов с COVID-19 может привести к резкому увеличению использования антибиотиков во время пандемии и, как следствие, к потенциальному увеличению показателей устойчивости к противомикробным препаратам [2]

Цель исследования.

Определении чувствительности антибиотиков и противогрибковых препаратов к микрофлоре пациента при осложнениях ассоциированных с COVID-19.

Материалы и методы исследования

В представленной работе исследованы результаты посевов на чувствительность - около 100 пациентов больных COVID-19, осложненной вторичной инфекцией. Данные получены из бактериологической лаборатории ГКБ №1 ГБУ РД. При оценке полученных данных выявлялся преобладающий возбудитель инфекционных осложнений, а также определялась чувствительность возбудителей к разным группам препаратов. Обработка данных осуществлялась посредством программы Excel.

Результаты и их обсуждение

При анализе по гендерному **признаку** оказалось пациентов мужского пола 54%, женского пола – 46%. Среди пациентов мужского пола с преимущественно бактериальной микрофлорой было 46%, с преимущественно грибковой микрофлорой – 54%. Среди пациентов женского пола с преимущественно бактериальной микрофлорой было 48%, с преимущественно грибковой микрофлорой – 52%.

Для анализа частоты возбудителей в зависимости от возраста пациенты были разделены на 4 группы (см. табл. 1.). Первая возрастная группа (младше 60 лет) составила 20

человек, среди них 13 (65%) с бактериальной микрофлорой и 7(35%) с грибковой микрофлорой. Вторая возрастная группа (от 61 до 70 лет) состояла из 29 человек, среди них 14 (48,3 %)с бактериальной микрофлорой и 15 (51,7 %)с грибковой микрофлорой. Третья возрастная группа (от 71 до 80 лет) составили 33 пациента, среди них 13 (39,9%) с бактериальной микрофлорой и 20(60,1 %) с грибковой микрофлорой. Четвертая возрастная группа (старше 81 лет) состоит из 18 человек, среди них 6 (33.3%) с бактериальной микрофлорой и 12 (66,6 %)с грибковой микрофлорой.

Нами выявлено, что из 100 пациентов у 53 пациентов часто встречающимся возбудителем является грибок, а у 47 пациентов – бактерии, среди них чаще встречаются *Strep.pneumonia* – 40%; *Staph.aureus* – 19%; *Staph. Epidermidis* – 13%; реже встречаются *Strep. pyogenes* – 11%; *Protei* – 9%; *Strep. viridans* – 6%; *E.coli* – 2%.

Таблица 1. Анализ встречаемости возбудителей в возрастных группах

Группа	Возраст, лет	С бактериальной микрофлорой		С грибковой микрофлорой		Всего пациентов	
		п	%	п	%	п	%
1 гр.	>60	13	65,0	7	35,0	20	100
2 гр.	61-70	14	48,3	15	51,7	29	100
3 гр.	71-80	13	39,9	20	60,1	33	100
4 гр.	<81	6	33,3	12	66,6	18	100
Всего		46	46	54	54	100	100

Далее проводился анализ по оценке чувствительности выделенных возбудителей к разным группам антибиотиков и противогрибковых препаратов. Чувствительность к антибиотикам из группы фторхинолонов: левофлоксацину – 79%, ципрофлоксацину – 91,5%; из группы пенициллинов: амоксициллину–49%;из группы цефалоспоринов: цефазолину – 8,5%; цефотаксиму – 74,5,цефтриаксону – 82,9%, цефтазидиму – 4,3%;из группы аминогликозидов: амикацин – 4,3%; из группы макролидов: азитромицину – 89,3%; из группы карбопенемов: меропенему – 87,2%; из группы нитрофуранов: фурагину– 2,1%; из группы производных фосфоновой кислоты: фосфомицину– 6,4%.(см. табл. 2.).

Чувствительность к противогрибковым препаратам в порядке убывания составила к: нистатину – 84,9%, клотримазолу – 41,5%, амфотерицину – 88,7%, флуконазолу – 18,9% (см. табл. 3.)

Таблица 2. Чувствительность к антибиотикам и противогрибковым препаратам

Антибактериальные препараты:		Чувствительность, %
Фторхинолоны:	левофлоксацин	79
	ципрофлоксацин	91,5
Пенициллины:	амоксициллин	49
Цефалоспорины:	цефазолин	8,5

	цефотаксим	74,5
	цефтриаксон	82,9
	цефтазидим	4,3
Аминогликозиды :	амикацин	4,3
Макролиды:	азитромицин	89,3
Карбопенемы:	меропенем	87,2
Нитрофураны:	фурагин	2,1
Производные фосфоновой кислоты:	фосфомицин	6,4

Таблица 3. Чувствительность к антибиотикам и противогрибковым препаратам.

Противомикробные препараты:	Чувствительность, %
Нистатин	84,9
Клотримазол	41,5
Амфотерицин	88,7
Флуконазол	18,9

На основании проведенного анализа на антибиотикочувствительность, наиболее эффективными среди антибиотиков являются ципрофлоксацин, азитромицин, меропенем, цефтриаксон, левофлоксацин, цефотаксим, а среди противогрибковых – амфотерицин и нистатин.

Выводы

1. При анализе инфекционных осложнений у больных COVID-19 по возрастным группам оказалось, что частота бактериальной инфекции с возрастом у них уменьшается, а частота грибковой инфекции – возрастает.
2. Наиболее эффективными антибиотиками у наших больных оказались ципрофлоксацин и азитромицин.
3. Наиболее эффективным противогрибковым препаратом оказался амфотерицин.

Литература.

1. Меджидов М.М., Багандова Д.Ш.. Антибиотики, антибиотикорезистентность и тактика эффективной антимикробной химиотерапии: Махачкала 2014. – с.25;
2. Идрисова Б.Ю. Антибактериальная терапия пациентов с Covid-19 Астрахань 2021

ВЛИЯНИЕ АГРОХИМИКАТОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

А.Д. Ольмесо́ва, Т.И. Саидова – студентки

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н. З.А. Надирова

Актуальность проблемы: Бронхиальная астма - хроническое аллергическое заболевание, характеризующееся измененной реактивностью бронхов, основным

клиническим признаком которого являются приступы удушья (бронхоспазма). В сельской местности РД приоритетными факторами окружающей среды являются агрохимикаты и пестициды.

Цель исследования: Изучить распространённость и клинико-этиологические особенности бронхиальной астмы в сельской местности республики Дагестана с оценкой экологических факторов риска.

Материалы и методы исследования: Отдалённые последствия раздельного, сочетанного и суммарного воздействия экологических факторов малой интенсивности (пестицидов и минеральных удобрений) на заболеваемость БА с/м РД оценивали с помощью 2-х факторного дисперсионного анализа. Ассортиментный индекс (АИ) ТН пестицидов получается умножением ТН конкретных препаратов на средний оценочный балл.

$$J = \frac{\sum xy}{n},$$

где J – АИ территориальной нагрузки пестицида (ов);

x – среднегодовой показатель ТН в кг/г;

y – средний оценочный балл пестицида;

n – ассортимент пестицидов, если АИ определяется для нескольких или всех применяемых пестицидов.

Результаты исследования: В Дербентском районе (юг равнины) отмечаются наиболее высокие показатели заболеваемости и распространённости БА у взрослых по сравнению с остальными сельскими районами республики; в Ахтынском районе (юг гор) уровень заболеваемости и распространённости БА у взрослого населения так же занимает первые ранговые места из 41 сельского района. Кизилюртовский район относится к числу благополучных по эпидемиологическим показателям БА сельских районов Дагестана. Особенности территориальной нагрузки (ТН) в кг/га медьсодержащих, хлорорганических, фосфорорганических пестицидов, азотных и фосфорных удобрений на севере и юге сельской местности РД приведены в табл.5.1.

Таблица 5.1. Территориальные нагрузки (кг/га) медьсодержащих пестицидов, ХОС, ФОС, азотных и фосфорных удобрений

Агрохимикаты кг/га	Территориальные нагрузки					
	север			юг		
	равнина	предгорье	горы	равнина	предгорье	горы
Медьсодержащие Пестициды	17,7	25,3	15,8	31,1	23,1	19,2

Фосфорорганические пестициды	7,2	10,4	4,1	8,6	8,0	5,0
Хлорорганические Пестициды	4,4	8,9	2,9	8,2	6,0	4,7
Азотные Удобрения	77,7	94,6	82,3	83,3	79,4	67,0
Фосфорные удобрения	76,9	72,7	38,5	93,9	36,3	24,5

Из приведенных видно, что ТН применения медьсодержащих пестицидов на юге равнины в 1,8 раза превышает интенсивность их применения на севере.

Заключение: Пестициды, особенно медьсодержащие, как при раздельном, так и при суммарном и сочетанном с минеральными удобрениями воздействии являются реальными факторами риска БА у взрослого населения сельской местности, однако в ряде случаев при воздействии 2-х экологических факторов химической природы отмечены случаи нейтрализующего эффекта. Интенсивность применения агрохимикатов на юге сельской местности РД, особенно на равнине юга, выше по сравнению с интенсивностью их применения на севере, что, особенно, если учесть тот факт, что экопатогенность пестицидов при высоких температурах растёт, объясняет большую заболеваемость и распространённость БА на юге республики.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Д.З. Панахова - ассистент

Кафедры факультетской терапии и госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.Н. Маммаев

Актуальность. В большинстве стран мира сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной преждевременной смертности населения. Данные доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Мировая статистика здравоохранения» свидетельствуют, что летальность от ССЗ среди населения Земли ежегодно достигает 17,9 млн человек, при этом 7,4 млн смертей происходят вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) [1].

В связи с вышеизложенным, представляет большой интерес клиническое течение и исходы стабильной ИБС среди пациентов Республики Дагестан, а также оценка эффективности лечения и комплаентности пациентов на амбулаторном этапе.

Цель исследования. Сравнительный анализ клинического течения и исходов стабильной стенокардии напряжения с оценкой комплаентности в течение 4 лет наблюдения у пациентов в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное, наблюдательное, когортное исследование 60 пациентов, госпитализированных в плановом порядке с 1.01.2015г. по 31.12.2017г. с диагнозом «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения» в ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» (ДЦК и ССХ). Для уточнения клинического течения и исходов заболевания все пациенты, с которыми был установлен телефонный контакт и которые были живы, были приглашены в ДЦК и ССХ для повторного обследования.

Результаты исследования. Среди 60 пациентов, включённых в исследование, было 43 мужчины (71,7%) и 17 женщин (28,3%). Из обследованных 55 пациентов (91,7%) остались живы на момент повторного обследования, а 5 пациентов (8,3%) умерли. Среди умерших было 4 мужчин (6,7%) и 1 женщина (1,7%). Средний возраст мужчин на момент первичной госпитализации составил $60,21 \pm 7,69$ лет (95% ДИ: 57,84-62,58 лет), при повторном обследовании – $64,64 \pm 7,8$ лет (95% ДИ: 62,11-67,17 лет), средний возраст женщин на момент первичной госпитализации – $61,41 \pm 9,27$ лет (95% ДИ: 56,64-66,18 лет), при повторном обследовании – $65,69 \pm 9,78$ лет (95% ДИ: 60,48-70,9 лет). Средний возраст умерших мужчин на момент смерти составил $63 \pm 7,26$ лет (95% ДИ: 51,45-74,55 лет), возраст умершей женщины на момент смерти – 66 лет. Среди причин смерти у 2 пациентов (40% из умерших) фигурировала внезапная сердечная смерть как причина летального исхода, 2 пациентов (40% из умерших) умерли из-за сопутствующих онкологических заболеваний, и причину смерти 1 пациента (20% из умерших) установить не удалось.

Срок наблюдения за пациентами составил 4 года. В соответствии с проведенным анализом выживаемости, средний срок дожития составил $3,9 \pm 0,07$ лет (95% ДИ: 3,77-4,03 года) – рисунок №1, или же $55,48 \pm 0,97$ месяцев (95% ДИ: 53,57-57,38 месяцев) – рисунок №2. Медиана срока дожития, соответствующая предполагаемому сроку наступления смерти не менее, чем у 50% пациентов, составила 57 месяцев.

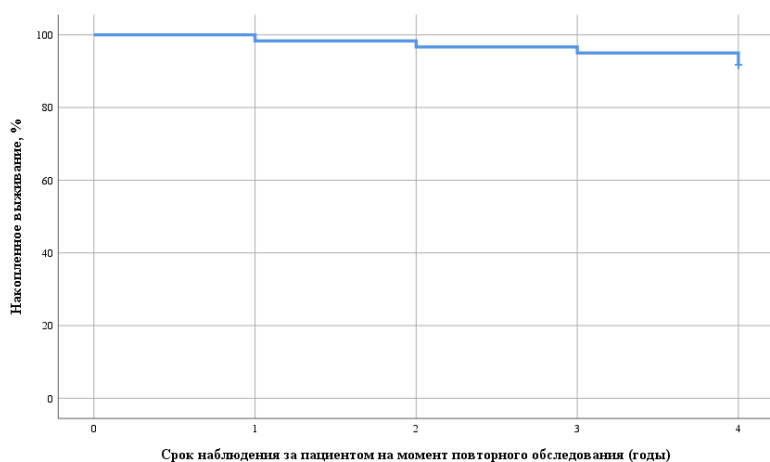


Рисунок № 1 – Кривая Каплана-Майера, характеризующая выживаемость пациентов со стабильной ИБС (годы).

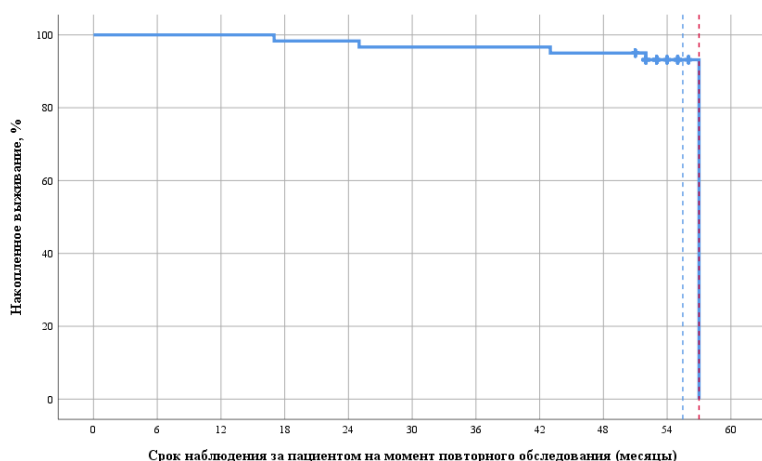


Рисунок № 2 – Кривая Каплана-Мейера, характеризующая выживаемость пациентов со стабильной ИБС (месяцы).

За период наблюдения отмечалось статистически значимое снижение функционального класса (ФК) стенокардии напряжения ($p=0,036$). Снижение ФК отмечалось у 38,5% пациентов при повторном обследовании.

Частота встречаемости дислипидемии снизилась со 100% при первичной госпитализации до 83% при повторном обследовании, но различия частоты встречаемости были статистически незначимы ($p=0,5$). При этом среди показателей липидного профиля статистически значимые различия удалось получить только по уровню общего холестерина. Уровень общего холестерина поднялся с 4,9 ммоль/л [4,6-5,5 ммоль/л] при первичной госпитализации до 5,4 ммоль/л [4,8-6,1 ммоль/л] при повторном обследовании ($p=0,045$).

Всем пациентам при первичной госпитализации была проведена коронароангиография (КАГ). По результатам КАГ реваскуляризация миокарда была показана при первичной госпитализации 43 пациентам (71,7%). При повторном обследовании реваскуляризация миокарда выполнена была за период наблюдения только 31 пациенту (55,4%). Различия статистически значимы ($p=0,022$). Среди них ТЛБАП со стентированием была выполнена 21 пациенту (37,5%), коронарное шунтирование – 12 пациентам (20%).

Так же выявлено статистически значимое прогрессирование стадии ХСН за период наблюдения ($p < 0,001$). У 54,5% пациентов наблюдалось увеличение стадии ХСН.

При анализе комплаентности пациентов на амбулаторном этапе была установлена крайне низкая приверженность пациентов рекомендованной медикаментозной терапии. Так при первичной госпитализации амбулаторный приём препарата из группы статинов был рекомендован 85% пациентов, однако фактически на момент повторного обследования какой-либо препарат из группы статинов принимали только 36% пациентов, и эти различия были статистически значимы ($p < 0,001$). При анкетировании на вопрос «Соблюдаете ли Вы рекомендации врачей?» ответ «да» дали только 35 (66%) пациентов.

Выводы. Из проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

1)повышение комплаентности пациентов назначенной медикаментозной терапии, более активное проведение просветительской работы о необходимости реваскуляризации миокарда среди пациентов будет способствовать улучшению клинического течения и исходов стабильной ИБС;

2) в Республике Дагестан необходимо большее финансирование и выделение квот на реваскуляризацию миокарда для более эффективного лечения и вторичной профилактики осложнений ИБС.

Список литературы:

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Электронный ресурс]. URL: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

**ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
М.С. Чарандаева – студентка 4 курса 35 группы лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.м.н., ассистент А. Г. Тайгибова

Актуальность. Артериальная гипертензия – это достаточно серьёзная и наиболее распространенная причина возникновения множества осложнений со стороны различных органов и систем, которые могут привести к тяжелым последствиям и даже смерти. В наше время проблема артериальной гипертензии стоит ребром – так или иначе 90% смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы возникают вследствие данной патологии. По данным ВОЗ известно, что у 30% от всего взрослого населения планеты присутствует артериальная гипертензия и с каждым годом этот показатель непрерывно растёт. В России артериальной гипертензией страдает 40% населения, из них 5-7% приходится на детей. Также по данным ВОЗ смертность от артериальной гипертензии доходит до 35% среди всех остальных причин смертности.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения возможных осложнений при различных формах артериальной гипертензии и установить, имеется ли связь с возрастными категориями.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на основании историй болезни 1-го кардиологического отделения РКБ, 2-го кардиологического отделения РКБ-2 и терапевтического отделения РЖД. В сумме было исследовано 60 историй болезни, среди которых 33 женщины (55%) и 27 мужчин (45%).

Результаты исследования. После изучения всех историй болезни было выявлено, что 57 больных страдают атеросклерозом коронарных артерий и ИБС, из них у 40 больных (72%) имеется стабильная стенокардия напряжения, 9 больных (16%) однократно перенесли Инфаркт миокарда, у 10 больных (18%) присутствует аритмия.

Осложнения со стороны почек наблюдались у 20 больных (36%), которые страдают ХБП. У 5 больных (9%) с артериальной гипертензией была выявлена гипертоническая ретинопатия со стойким нарушением зрения.

Осложнения со стороны других органов: У 2 больных была выявлена дисциркуляторно-дисметаболическая энцефалопатия, 1 больной страдает диабетической полинейропатией нижних конечностей.

Стоит отметить, что не все больные относятся к пожилой возрастной категории. Из 60 больных только 37 старше 60 лет, 10 больным от 50 до 59 лет, а оставшимся 13 больным менее 50 лет. Из 9 больных, перенесших инфаркт миокарда, 4 перенесли его в возрасте 40-45 лет. Из 40 больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения, 15 больным менее 60 лет.

Выводы. Согласно проведенному исследованию было выявлено, что число больных с ИБС превалирует над другими вариантами возможных осложнений. Наиболее часто ИБС у исследованных больных сопровождается стабильной стенокардией напряжения (72%) и аритмией сердца (18%). 16% исследуемых перенесли инфаркт.

Однако сердечно-сосудистые осложнения – это не единственная система органов, которая страдает при Артериальной гипертензии. Большое количество больных также страдает от осложнений со стороны почек (36%), органов зрения (9%), сосудов мозга (3%) и нервной системы (2%).

Также обнаружена тенденция к снижению среднего возраста возникновения различных осложнений. 8% больных перенесли инфаркт в возрасте 40-45 лет. Из всех больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения, 38% моложе 60 лет. Из 60 исследованных больных лишь 37 старше 60 лет.

ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ М.И. Абдулвагабов, А.К. Омарова - студенты 5 курса 35 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор, зав. каф. А.Г. Магомедов,

к.м.н., асс. К.Х. Омаров

Предоставляется для ознакомления случай успешного лечения в отделении общей хирургии ГБУ РД «РКБ им А.В. Вишневого» пациентки с шизофренией, которая проглотила три ложки.

Пациентка Х. , 31 лет, лечилась в отделении хирургии брюшной полости РКБ с 08.11. 2021г. по 18.11.2021г.

Пациентка доставлена скорой помощью в приемное отделение РКБ 08.11. 2021г. с болями в животе, с подозрением на острую хирургическую патологию.

Установлено, что пациентка с шизофренией, находится на учете у психиатров, до госпитализации в РКБ находилась дома под присмотром родственников.

При предварительном обследовании в приемном покое выявлено наличие в просвете желудка с переходом в двенадцатиперстную кишку (ДПК) двух ложек среднего размера (десертных).

Жалобы при поступлении: боли и вздутие живота, повышение температуры до 38,5 гр.

Из анамнеза: болеет около 10 дней, пациентка призналась, что проглотила ложки, длительное время страдает шизофренией, лечится у психиатров. Так же страдает ожирением 2 степени. Индекс массы тела (ИМТ) -37.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, отмечается ожирение 2 степ., признаки шизофрении, неадекватное поведение.

Живот не значительно вздут, мягкий, боли в эпигастрии при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет.

Со стороны других органов и систем значимых отклонений не выявлено.

Произведены исследования: в приемном отделении произведена Рентгенография — на котором выявлено наличие двух ложек в просвете желудка, предположительно переходящих в ДПК.

При фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) - инородные тела (десертные ложки) в просвете желудка,, одна ложка пластиковая, располагается свободно в желудке и две железные, частично мигрировавшие в ДПК, плотно фиксированные к тканям. эндоскопические попытки удалить инородные тела в течение длительного времени безуспешные, более того возникла угроза повреждения тканей, так как ложки мигрировали в ДПК и могли вызвать перфорацию или кровотечение из стенки при перемещении эндоскопом, по всей вероятности ложки были проглочены в разное время, так как одна железная ложка уже с частичным расплавлением под воздействием желудочного секрета (длительное пребывание в желудке, не менее 1 месяца), другая более свежая из железа, а пластиковая ложка выявлена свободно лежащей на дне желудка, на Рентгенограмме была не видна .

В анализах: крови – Hb 104 г/л , L- $13,5 \times 10^9$, СОЭ- 26 мм/ч .

Биохимический анализ крови: сахар- 6,8 моль/л, общ. белок- 60 г/л, билирубин- 16,4 мкм/л, креатинин- 101 мкм/л. Коагулограмма в норме, RW, ВИЧ, HbsAg – отр.

УЗИ- выпота в брюшной полости нет.

ЭКГ - синусовая тахикардия. Р-графия: органы грудной клетки без патологии,

Консультация психиатра — обострение шизофрении, получает спец лечение.

Выставлен клинический диагноз. Инородные тела желудка с образованием пролежня-язвы передней стенки антрального отдела желудка с пенетрацией в переднюю брюшную стенку. Сопут - Шизофрения, обострение, ожирение 2 степени.

После экстренной подготовки проведена операция 08.11.21г – под общим обезболиванием верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, удаление инородных тел желудка и ПДК (3 ложки), ушивание язвы-пролежня антрального отдела желудка, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку, дренирование брюшной полости.

Проведенное после операции лечение (в течение 1 суток в отделении реанимации и затем в общей палате): антибиотики, обволакивающие, анальгетики, общеукрепляющие, в/в вливания, парентеральное питание, препараты для лечения шизофрении и др.

Состояние улучшилось, дренажи удалены, рана зажила, швы рассасывающиеся, зонд из желудка удален, пациентка начала кушать на 3- сутки после операции, функции желудочно-кишечного тракта нормализовались.

Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: соблюдение диеты, режима питания. Алмагель по 1 ложке x 5 раз в течение 10 дней. Лечение у психиатра по поводу шизофрении.

Как правило, в подобных случаях у пациентов развиваются различные осложнения со стороны раны брюшной стенки, плохо заживают раны желудка и возникают частые несостоятельности ушитых язв желудка (на 10-е сутки после начала пенетрации).

В данном случае не смотря на грозное осложнение, возникшее от наличия инородных тел в желудке — язвы с перфорацией стенки желудка и пенетрацией в переднюю брюшную стенку, и наличие шизофрении, которая затрудняла своевременную диагностику, у пациентки гладко протекал послеоперационный период, заживление ран на желудке и брюшной стенке прошло без осложнений, и пациентка выписана домой на 10-е сутки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ПРОЛЕЖНЕЙ

А.М. Анхаева - студентка 4 курса 25-й группы лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: *асс. М.М. Исрапилов, асс. Х.З. Омарова*

Актуальность. Пролежни - это некротические изменения мягких тканей, возникающие в результате расстройства кровообращения у лежачих ослабленных больных на участках тела, подвергающихся продолжительному механическому давлению. Чаще всего это те места, в которых кожа непосредственно прилегает к костным выступам: области крестца, копчика, остистых отростков позвонков, лопаток, затылка, пяток, локтей, гребней подвздошных костей, тазобедренных суставов и т.д.

В зависимости от механизма возникновения выделяют экзогенные и эндогенные пролежни. Экзогенными называются те, которые образуются только под влиянием интенсивного сдавливающего фактора. Частота появления пролежней у больных составляет около 43 случаев на 100 тыс. больных. К факторам риска их развития относятся: ограничение подвижности (люди на инвалидных креслах), длительное нахождение в лежачем положении, старческий возраст, сахарный диабет, анемия, недержание мочи и кала, переломы костей, неправильный уход за больным. Возникновение пролежней является важной и актуальной проблемой современной медицины, потому что они трудно поддаются лечению и требуют своевременной профилактики.

Цель исследования:

Целью нашего исследования явилось внедрение современных методов лечения и профилактики длительно незаживающих ран.

Для достижения поставленной цели были сформулированы **задачи:**

- сравнительная оценка эффективности сочетания общепринятых и современных методов лечения;
- улучшение результатов лечения пациентов с длительно незаживающими ранами;
- уменьшение сроков заживления и ускорение процессов регенерации при длительно незаживающих ранах.

Материалы и методы:

Объектом нашего исследования стала группа пациентов в количестве 20 человек с пролежнями пояснично-крестцовой локализации диаметром от 5 до 15см. В нашей работе мы провели сравнительную оценку современных способов лечения длительно незаживающих ран.

В основу лечения для данных пациентов были положены стандартные методы в сочетании с разработанной нами методикой, заключающейся в применении инновационных гидроактивных повязок Hartmann в зависимости от стадии раневого процесса.

Стандартные методы включают как местное, так и общее лечение. Больным с пролежнями назначалась высококалорийная диета, богатая витаминами А и С, общеукрепляющие препараты, антибиотики, рекомендовалась максимально возможная физическая активность в виде пассивных и активных упражнений. Местно использовали ультрафиолетовые облучения, электросветовые процедуры, аэроионизацию, протеолитические ферменты, мази, барьерные пленки. Важнейшее значение для успешного лечения имеет уменьшение или исключение непрерывного давления на кожу в пораженной области, лечение основного заболевания и тщательный уход за больным.

В нашем исследовании мы использовали современные методы лечения в зависимости от стадии раны. В стадии гидратации в сочетании с некрозом мы проводили некрэктомию с последующим наложением повязки Гидроклин. Это гидроактивная раневая повязка, которая способствует очищению раны, санации ее и абсорбции отделяемого. В основе механизма действия лежит непрерывное поступление к ране раствора Рингера, которым пропитан материал, за счет чего обеспечивается поддержание нормального уровня влажности на раневой поверхности на протяжении трех дней. Таким образом, повязка обеспечивает аутолитическое очищение раны без использования методов хирургической обработки.

В стадии дегидратации мы использовали гидросорб гель на основе раствора Рингера, благодаря которому поддерживается формирование грануляций и создается благоприятная влажная среда, и глицерина, за счет которого сухие некротические ткани размягчаются и удаляются.

Помимо гидросорб геля в стадии дегидратации также использовались гидротак и пемафом. Гидротак представляет собой гидрофильную губчатую повязку, которая на внутренней поверхности покрыта гидрогелевым слоем, способным выделять влагу при сухих ранах и поддерживать процесс грануляции и эпителизации, а снаружи полиуретановым слоем, который является газопроницаемым, водоотталкивающим и не пропускающим бактерии. Благодаря такому строению повязка способна быстро абсорбировать раневой экссудат, не высушивая раневую поверхность. Пемафом, в свою очередь, является разновидностью губчатых повязок. Верхний ее слой имеет поры, благодаря которым из раны обеспечивается быстрый отток экссудата, который надежно удерживается в материале повязки, и поддерживается влажная среда.

В последующем, для усиления грануляций, мы использовали аргосульфат, бранолинд и некоторые комплексные смеси, а при глубоких ранах (более 7-8 см в диаметре) - аппарат отрицательного давления «VivanoТес».

Результаты исследования:

С помощью использованных методов лечения нам удалось сократить сроки заживления ран до 1-2 месяцев, в то время как при использовании только стандартных методов они составляли от 3 до 4-5 месяцев.

Клинический пример результата лечения с использованием современных повязок:



Выводы:

Проведенные исследования позволили нам сделать следующие выводы:

- при сравнительной оценке эффективности сочетания общепринятых и современных методов лечения, было выявлено преимущество современных методов лечения;
- применение собственной методики использования инновационных повязок улучшает результаты лечения пациентов с длительно незаживающими ранами, уменьшает сроки заживления и ускоряет процессы регенерации;
- указанная выше методика может широко применяться при лечении пациентов данной категории.

Использованная литература:

1. Петровский Б. В. «Большая медицинская энциклопедия» том 21, стр. 135-137
2. Емельянов С. И., Дибиров М. Д., Федоров А.В. «Общая хирургия» 2003г, стр. 286-292
3. Кузнецов Н. А. «Общая хирургия» 2018г, стр. 84-85

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ
ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

П.Б. Бекмирзаева – студентка 607 гр. педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент С.Р. Рабаданова, к.м.н., ассистент З.К. Гереева

Актуальность проблемы. Лечение больных сахарным диабетом (СД) приобретает все большую актуальность – этим заболеванием страдает около 7,0 % населения развитых стран, увеличиваясь каждые 10–15 лет вдвое. Россия входит в пятерку стран с наибольшей заболеваемостью СД. Результаты лечения гнойно-деструктивных осложнений диабетической стопы и по настоящее время не удовлетворяют хирургов, сохраняется большой процент высоких ампутаций, достигающий 30,0 – 50,0 %.

Цель исследования - выработать оптимальный алгоритм лечения критической ишемии нижних конечностей при комплексном лечении синдрома диабетической стопы

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 44 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, осложненной гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы на фоне СД, лечившихся в РОХИ (Республиканское отделение хирургической инфекции) в 2017 - 2018 годах. В основную группу вошли 24 пациента, в группу сравнения – 20 больных. Мужчин было 14 (11 – в группе сравнения), женщин – 10 (9 – в группе сравнения). Возраст больных колебался от 31 до 73 лет. СД тяжелой степени при поступлении диагностирован у 14 (58,0 %) больных основной и у 8 (40,0 %) пациентов группы сравнения. СД средней тяжести выявлен у 6 (25,0 %) больных основной и у 6 (30,0 %) человек группы сравнения. Легкой степени – у 4 (17,0 %) больных основной и у 6 (30,0 %) пациентов группы сравнения. Длительность заболевания в среднем в обеих группах составила 11 лет. Все больные были с СД 2 типа. Консервативное лечение в обеих группах исследования включало в себя: 1. Компенсацию уровня гликемии и обменных процессов переводом больных на лечение простым инсулином. 2. Применение антибиотиков с учетом чувствительности к микрофлоре. 3. Применение антикоагулянтов и дезагрегантов, средств улучшающих микроциркуляторный кровоток. 4. В случае наличия

белковых нарушений и/или водноэлектролитного обмена – проводили их коррекцию. 5. Коррекцию сопутствующих заболеваний. Диагностические мероприятия включали ультразвуковую доплерографию и ангиографию сосудов нижних конечностей. Оценивали протяженность сосудистого поражения и характер кровотока. При УЗДГ стенотическое поражение бедренного сегмента выявлено у 18 (29,0 %) больных основной группы и у 12 (21,0 %) пациентов группы сравнения; подколенного сегмента – у 7 (12,5 %) больных основной группы и у 6 (11,0 %) человек группы сравнения; голени – у 11 (18,0 %) пациентов основной и у 9 (16,0 %) больных группы сравнения. Эти данные были подтверждены результатами ангиографии. Больным в обеих группах для стимуляции регионарного кровообращения и устранения ишемии тканей использовали простагландины E1 (вазапростан, алпростан и др.), препараты, улучшающие реологические свойства крови и антиоксиданты. В основной группе хирургическое вмешательство состояло из 2-х этапов. На первом этапе для устранения критической ишемии всем больным выполнили баллонную ангиопластику пораженных артерий. На втором этапе (после устранения ишемии) производили ампутации. Международная научно-практическая конференция «Высокие ампутации нижних конечностей у детей и взрослых» www.woundsurgery.ru 11 пораженных пальцев по разработанной методике. При прогрессировании гнойно-некротического процесса выполняли высокую ампутацию пораженной конечности. Хирургическое лечение на пальцах стопы в группе сравнения выполняли по общепринятой методике, которая не учитывает анатомопографического расположение артерий, осуществляющих кровоснабжение дистальных отделов и пальцев стопы. Техника оперативного вмешательства в основной группе: известно, что сухожилия длинных разгибателей тесно сближаются друг с другом над линией сустава Лисфранка. В этом месте на тыльной поверхности стопы поперечным разрезом длиной 1 - 2 см рассекалась кожа с подкожной клетчаткой, фасция. Тупо расслаивали мягкие ткани, обнажали длинные разгибатели пальцев (II - IV пальца) и пересекали сухожилие пораженного пальца острым скальпелем (для профилактики распространения гнойно-некротического процесса по сухожильным влагалищам). Если возникала необходимость удаления длинного разгибателя I пальца стопы, то разрез осуществляли на 1,5 см медиальнее вышеописанного, на том же уровне. После пересечения сухожилия приступали к экзартикуляции пораженного пальца. Ампутации пальцев выполняли также по разработанной нами методике с целью профилактики нарушения кровоснабжения соседнего здорового пальца. Хирургическое вмешательство осуществляли из продольного разреза на тыльной поверхности пораженного пальца и плюснефалангового сочленения. Разрез проходил по костным выступам, строго по средней линии. Рассекались мягкие ткани до кости, а мягкотканые лоскуты отодвигались на латеральную и медиальную

стороны, далее выполняли ампутацию пальца на необходимом уровне. Пересеченные сухожилия удаляли вместе с пальцем и измененными тканями.

Результаты исследования. Использование баллонной ангиопластики в сочетании с разработанным способом ампутации пальцев позволило сохранить функционально полноценную конечность у 23 (96,0 %) больных основной группы. В группе сравнения из 20 больных функционально полноценная конечность была сохранена у 15 (75,0 %) человек. Высокие ампутации выполнены у 1 (4,0 %) больного в основной группе и у 5 (25,0 %) пациентов в группе сравнения. Летальные исходы в основной группе отсутствовали, в группе сравнения умер 1 (5,0 %) человек.

Выводы. Таким образом, использование рентгенэндоваскулярных методов в сочетании с оптимизацией хирургического лечения гнойно-некротических поражений тканей стопы позволило уменьшить число высоких ампутаций на 20,0 %.

ГИБРИДНЫЙ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП С ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ICG НАВИГАЦИЕЙ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

А.Б. Бадахова – студент 6 курса

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), Москва*

Научный руководитель – к.м.н., ст.н.с. С. В. Джантуханова

*Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского,
Москва*

Актуальность. В настоящее время эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) становится основным методом лечения раннего рака желудка. Главной проблемой, которая вызывает беспокойство, по-прежнему, остаётся увеличение частоты метастатического поражения сторожевых лимфоузлов по мере увеличения глубины опухолевой инвазии в стенку желудка, размеров и степени дифференцировки опухоли. Поэтому одним из методов выбора в подходе к стадированию и радикальному с точки зрения онкологии лечению раннего рака желудка является относительно новая методика гибридного лапаро-эндоскопического доступа с флюоресцентной ICG навигацией и исследованием сторожевых лимфоузлов.

Цель исследования. Демонстрация первого опыта хирургического вмешательства с применением гибридного лапаро-эндоскопического доступа и флюоресцентной ICG навигацией сторожевых лимфоузлов при раннем раке желудка, а также оценка

необходимости использования данного метода в лечении раннего рака желудка на основании данных литературы.

Материалы и методы. В июне 2019 года в ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А. В. Вишневского, в хирургическое эндоскопическое отделение поступила пациентка 66 лет с жалобами на периодические боли в верхних отделах живота. Пациентка обследована. По данным комплексного обследования установлен диагноз: аденокарцинома антрального отдела желудка cTisN0M0. Госпитализирована с целью выполнения оперативного лечения в объеме: эндоскопического удаления опухоли желудка методом диссекции в подслизистом слое с оценкой сторожевого лимфатического узла.

Ход вмешательства: при эндоскопической визуализации в антральном отделе желудка по передней стенке визуализировало новообразование размерами 12х18. В подслизистый слой размеченной области введен физиологический р-р с целью лифтинга с последующим периопухолевым введением красителя индоцианин зеленый (ICG) в объеме 2,0 мл. Далее выполнено удаление опухоли стандартным методом диссекции в подслизистом слое. Одновременно с эндоскопическим этапом вмешательства выполняется лапароскопический этап - при помощи ICG навигации визуализированы парагастральные лимфатические узлы, выполнена лимфодиссекция сторожевого узла из группы 4d, а также региональных лимфоузлов из 3a, 3b и 6 групп. Интраоперационно при срочном морфологическом исследовании метастазов в лимфатических узлах не выявлено, что в дальнейшем подтверждено при плановом исследовании.

Результаты. Время операции составило 130 минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. При морфологическом исследовании препарата опухоль представлена высокодифференцированной аденокарциномой без вовлечения собственной мышечной пластинки и подслизистого слоя pT1apN0 (0/10)cM0; Grade 1. Пациентка выписана на 5 сутки после операции и течении 3 лет находится под динамическим наблюдением онколога и хирурга. При контрольных обследованиях, включающих эндоскопическое исследования и КТ органов брюшной полости и грудной клетки данных за местный и отдаленный рецидив опухоли нет.

Обсуждение. Нами также были изучены научные литературные данные, которые показали, что частота ранних осложнений и более короткая продолжительность госпитализации и пребывания в больнице меньше в группе ESD, в сравнении с хирургической резекцией. Однако, 5-летняя частота рецидивов рака в группе ESD была 12,3 %, что значительно выше, чем у группы хирургической резекции — 2,1 % (P = 0,001). Также 5-летняя без рецидивная выживаемость составила 85 % в группе ESD и 97 % в группе хирургической резекции (P = 0,001). Эти данные говорят об актуальности исследования

сторожевых лимфатических узлов и своевременном выявлении клинических случаев с региональными метастазами.

Заключение. Приведенный успешный клинический случай и данные литературы демонстрируют то, что ICG-навигация сторожевых лимфатических узлов позволяет оценить лимфатический статус, тем самым, выполняя органосохраняющую операцию в случае отсутствия метастазов в сторожевом лимфатическом узле, а в случае выявления метастазов расширить объем операции с целью соблюдения онкологических принципов радикальности вмешательства.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ
ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

П.Б. Бекмирзаева – студентка 607 гр. педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент С.Р. Рабаданова, к.м.н., ассистент З.К. Гереева

Актуальность проблемы. Лечение больных сахарным диабетом (СД) приобретает все большую актуальность – этим заболеванием страдает около 7,0 % населения развитых стран, увеличиваясь каждые 10–15 лет вдвое. Россия входит в пятерку стран с наибольшей заболеваемостью СД. Результаты лечения гнойно-деструктивных осложнений диабетической стопы и по настоящее время не удовлетворяют хирургов, сохраняется большой процент высоких ампутаций, достигающий 30,0 – 50,0 %.

Цель исследования - выработать оптимальный алгоритм лечения критической ишемии нижних конечностей при комплексном лечении синдрома диабетической стопы

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 44 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, осложненной гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы на фоне СД, лечившихся в РОХИ (Республиканское отделение хирургической инфекции) в 2017 - 2018 годах. В основную группу вошли 24 пациента, в группу сравнения – 20 больных. Мужчин было 14 (11 – в группе сравнения), женщин – 10 (9 – в группе сравнения). Возраст больных колебался от 31 до 73 лет. СД тяжелой степени при поступлении диагностирован у 14 (58,0 %) больных основной и у 8 (40,0 %) пациентов группы сравнения. СД средней тяжести выявлен у 6 (25,0 %) больных основной и у 6 (30,0 %) человек группы сравнения. Легкой степени – у 4 (17,0 %) больных основной и у 6 (30,0 %) пациентов группы сравнения. Длительность заболевания в среднем в обеих группах составила 11 лет. Все больные были с СД 2 типа. Консервативное

лечение в обеих группах исследования включало в себя: 1. Компенсацию уровня гликемии и обменных процессов переводом больных на лечение простым инсулином. 2. Применение антибиотиков с учетом чувствительности к микрофлоре. 3. Применение антикоагулянтов и дезагрегантов, средств улучшающих микроциркуляторный кровоток. 4. В случае наличия белковых нарушений и/или водноэлектролитного обмена – проводили их коррекцию. 5. Коррекцию сопутствующих заболеваний. Диагностические мероприятия включали ультразвуковую доплерографию и ангиографию сосудов нижних конечностей. Оценивали протяженность сосудистого поражения и характер кровотока. При УЗДГ стенотическое поражение бедренного сегмента выявлено у 18 (29,0 %) больных основной группы и у 12 (21,0 %) пациентов группы сравнения; подколенного сегмента – у 7 (12,5 %) больных основной группы и у 6 (11,0 %) человек группы сравнения; голени – у 11 (18,0 %) пациентов основной и у 9 (16,0 %) больных группы сравнения. Эти данные были подтверждены результатами ангиографии. Больным в обеих группах для стимуляции регионарного кровообращения и устранения ишемии тканей использовали простагландины E₁ (вазапростан, алпростан и др.), препараты, улучшающие реологические свойства крови и антиоксиданты. В основной группе хирургическое вмешательство состояло из 2-х этапов. На первом этапе для устранения критической ишемии всем больным выполнили баллонную ангиопластику пораженных артерий. На втором этапе (после устранения ишемии) производили ампутации. Международная научно-практическая конференция «Высокие ампутации нижних конечностей у детей и взрослых» www.woundsurgery.ru 11 пораженных пальцев по разработанной методике. При прогрессировании гнойно-некротического процесса выполняли высокую ампутацию пораженной конечности. Хирургическое лечение на пальцах стопы в группе сравнения выполняли по общепринятой методике, которая не учитывает анатомопографического расположение артерий, осуществляющих кровоснабжение дистальных отделов и пальцев стопы. Техника оперативного вмешательства в основной группе: известно, что сухожилия длинных разгибателей тесно сближаются друг с другом над линией сустава Лисфранка. В этом месте на тыльной поверхности стопы поперечным разрезом длиной 1 - 2 см рассекалась кожа с подкожной клетчаткой, фасция. Тупо расслаивали мягкие ткани, обнажали длинные разгибатели пальцев (II - IV пальца) и пересекали сухожилие пораженного пальца острым скальпелем (для профилактики распространения гнойно-некротического процесса по сухожильным влагалищам). Если возникала необходимость удаления длинного разгибателя I пальца стопы, то разрез осуществляли на 1,5 см медиальнее вышеописанного, на том же уровне. После пересечения сухожилия приступали к экзартикуляции пораженного пальца. Ампутации пальцев выполняли также по разработанной нами методике с целью профилактики нарушения

кровоснабжения соседнего здорового пальца. Хирургическое вмешательство осуществляли из продольного разреза на тыльной поверхности пораженного пальца и плюснефалангового сочленения. Разрез проходил по костным выступам, строго по средней линии. Рассекались мягкие ткани до кости, а мягкотканые лоскуты отодвигались на латеральную и медиальную стороны, далее выполняли ампутацию пальца на необходимом уровне. Пересеченные сухожилия удаляли вместе с пальцем и измененными тканями.

Результаты исследования. Использование баллонной ангиопластики в сочетании с разработанным способом ампутации пальцев позволило сохранить функционально полноценную конечность у 23 (96,0 %) больных основной группы. В группе сравнения из 20 больных функционально полноценная конечность была сохранена у 15 (75,0 %) человек. Высокие ампутации выполнены у 1 (4,0 %) больного в основной группе и у 5 (25,0 %) пациентов в группе сравнения. Летальные исходы в основной группе отсутствовали, в группе сравнения умер 1 (5,0 %) человек.

Выводы. Таким образом, использование рентгенэндоваскулярных методов в сочетании с оптимизацией хирургического лечения гнойно-некротических поражений тканей стопы позволило уменьшить число высоких ампутаций на 20,0 %.

ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЖЕЛУДКА. ЭУС-ТИПИРОВАНИЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.А. Велизаде - студентка 5 курса факультета «лечебное дело»

Медицинский институт ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ст.н.с. С. В. Джантуханова

*Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского,
Москва, Россия*

Актуальность. В настоящее время современный подход к диагностике и тактике лечения пациентов с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта предполагает активную хирургическую тактику в лечении подслизистых новообразований. Необходимость удаления новообразований, даже при небольших размерах часто объясняется невозможностью точной дифференциальной диагностики с гастроинтестинальными стромальными опухолями, которые могут иметь высокий потенциал злокачественности независимо от размеров.

Цель. Разработать и представить различные варианты минимально инвазивных оперативных вмешательств при неэпителиальных опухолях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В Институте хирургии им А.В. Вишневского с 2005 по 2021 год проведено обследование 292 пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых 166 пациентов с неэпителиальными опухолями были прооперированы. Лапароскопические атипичные резекции желудка выполнены в 111 наблюдениях, с лапароскопической ультразвуковой и/или эндоскопической навигацией. В 11 наблюдениях выполнены эндоскопические тоннельные диссекции, в 23 – удаление опухоли с покрывающей слизистой методом диссекции в подслизистом слое, в 21 случаях - гибридные лапаро-эндоскопические операции. Во всех случаях мы проанализировали характеристики опухоли, а именно характер роста, локализацию, структуру опухолей и изучили возможность выполнения различного вида оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. С этой целью на дооперационном этапе всем пациентам выполнялось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также КТ с внутривенным контрастированием, однако основным методом в обследовании пациентов было эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндосонография). На основании полученных результатов эндосонографии мы разработали рабочую классификацию опухолей, которая позволяет выбрать наиболее оптимальный и эффективный способ хирургического вмешательства. Основой классификации является определение расположения опухоли относительно просвета полого органа и взаимоотношение со слоями стенки.

Результаты. Время операции составило от 45 до 150 минут. Интраоперационных осложнений не было. В одном случае в послеоперационном периоде у пациентки с сахарным диабетом развилась серома послеоперационной раны в месте извлечения препарата. Летальных исходов не было. Всем пациентам на 2-3 сутки после операции выполнялось рентгенологическое исследование желудка с водорастворимым контрастным веществом. Ни в одном наблюдении признаков несостоятельности шва не было выявлено. Выписка пациентов на 5-6 сутки после операции. Во всех случаях при изучении макропрепарата достигнута R0 резекция.

Заключение

Таким образом, разработанная в нашем отделении классификация неэпителиальных опухолей позволила во всех наблюдениях выполнить удаление опухолей с максимально экономной резекцией здоровой стенки полого органа с соблюдением онкологических принципов, предъявляемых к удалению неэпителиальных опухолей. Особенности роста и прогрессирования неэпителиальных опухолей обуславливают приоритетное использование органосохраняющих и экономных резекций. Предложенная рабочая классификация позволяет выбрать наиболее оптимальный доступ и хирургическое вмешательство для каждого пациента.

**ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННОЙ ЖКБ ПРИ ИЗМЕНЁННОЙ АНАТОМИИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

П. М. Гаджиханова – студентка 339 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н. ассистент кафедры общей хирургии, А. З. Абдуллаева

Актуальность. Чаще всего операции на желчных путях проводятся по поводу ЖКБ и её осложнений. Но проблема лечения осложнённых форм ЖКБ остаётся актуальной и окончательно не решённой. Уходят вмешательства по поводу ЖКБ из широкой лапаротомии, на смену приходят операции в малоинвазивном варианте. Последние на сегодняшний день представлены двумя конкурирующими доступами к билиарной системе: антеградным(чрескожным чреспечёночным) и ретроградным(эндоскопическим транспапиллярным). Ретроградный доступ зарекомендовал себя эффективным методом для пациентов разных возрастных групп и больных со множеством вторичных заболеваний. Однако в определённых клинических случаях применение его становится ограниченным ввиду анатомических особенностей области вмешательства, а также перенесённых ранее вмешательств на ЖКТ, меняющих нормальную анатомию. Такие случаи требуют применения альтернативных малоинвазивных методов, одним из которых является антеградное чрескожное чреспечёночное вмешательство, являющееся в ряде ситуаций единственно возможным решением. Однако при наличии крупных конкрементов холедоха методики лапароскопической ревизии не всегда эффективны и могут привести к ряду осложнений, а использование эндоскопической литотрипсии может быть чревато нарушением целостности и сократительной способности сфинктерного аппарата ДПК, не гарантируя при этом выполнения полноценной ХЛЭ. Тогда безопасной тактикой становится метод лазерной литотрипсии, отличающийся эффективностью наряду с отсутствием неблагоприятного влияния на мягкие ткани.

Цель. Определить эффективность антеградных вмешательств и лазерной литотрипсии в лечении механической желтухи, улучшить результаты хирургического лечения путём применения антеградных методов.

Материалы и методы. Анализированы результаты коррекции патологии билиарного тракта антеградными эндобилиарными вмешательствами под лучевой навигацией у 52 пациентов, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ в 2012-2021. У 4

пациентов, ранее оперированных по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, развилась осложнённая ЖКБ; резекция желудка по Бильрот 2 не позволяла провести эндоскопическое пособие. Первым этапом им выполнена чрескожная чреспечёночная микрохолецистостомия под УЗ-навигацией и ЧЧХС под Rg-контролем. В 8 случаях выполнено одномоментное дренирование желчного пузыря и БТ под лучевой навигацией в случаях осложнённой ЖКБ после неудачного эндоскопического транспапиллярного вмешательства и последующего развития панкреатита. У 9 пациентов с осложнённой ЖКБ, которым ранее была выполнена резекция желудка с выключением ДПК, после неэффективного эндоскопического пособия холедохолитиаз был устранён антеградным методом: проведена ЧЧХС с низведением конкрементов в ДПК после баллонной дилатации БДС. Через 9 дней после дислокации конкрементов в ДПК пациентам проведена холецистэктомия, дренажи из БТ удалены на 6 день после холецистэктомии. 8 пациентам, поступившим в клинику с тяжёлым эндотоксикозом на фоне холедохолитаза и билиарного панкреатита, в срочном порядке была проведена ЧЧХС. После разрешения холангита и панкреатита пациенты были выписаны; повторно госпитализированы через 18-20 дней: выполнена баллонная дилатация БТ, низведение конкрементов в ДПК. Холецистэктомия через 8 дней, удаление дренажей через 6 суток. В 14 случаях холедохолитиаз с холестазом и холангитом имелся у пациентов, ранее перенесших холецистэктомию. У 3 пациентов имелась стриктура холедоха и локализация конкрементов выше стриктуры. Пациентам со стриктурой и холангитом первым этапом проведена ЧЧХС, после разрешения желтухи и холангита 2 пациентам проведена лазерная вапоризация стриктуры. Остальным выполнена баллонная дилатация стриктуры с дислокацией конкрементов в ДПК. У 11 пациентов эндобилиарные вмешательства завершены наружновнутренним дренированием БТ, в 1 наблюдении проведено стентирование холедоха. У 2 пациентов, поступивших в клинику с холецистостомами из мини-доступа по поводу острого калькулёзного холецистита, холедохолитаза, холангита и билиарного панкреатита, проведена баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в ДПК доступом через пузырь и пузырный проток. 4 пациентов поступили в раннем постоперационном периоде после холецистэктомии с наружным дренированием БТ и резидуальным холедохолитиазом. Оставленные конкременты имели диаметр менее 10 мм, что позволило выполнить баллонную дилатацию БДС с дислокацией конкрементов в ДПК. В 5 случаях наблюдался стеноз билиодигестивных анастомозов с развитием холелитиаза и механической желтухи: у 4 пациентов был сформирован ХДА, у 1 пациента – ХДА и ГЭА по Бильрот 2; в 3 случаях удалось выполнить баллонную дилатацию соустья с дислокацией камней в просвет ДПК. В 2 наблюдениях конкременты имели диаметр 2.5 и

2.8 см, дислоцировать конкремент не удалось; спустя 2 суток проведена лазерная литотрипсия под лучевой навигацией и фрагменты конкремента перемещены в ДПК. Катетер удалён на 7 день при нормальных биохимических показателях крови. Все эндобилиарные вмешательства выполнялись под лучевой навигацией с помощью рентгенаппарата. Использованы расходные материалы и инструментарий фирмы «Соос», а также лазерные литотрипторы.

Результаты исследования. Выполнение ЧЧХС в один этап удалось у всех пациентов. Декомпрессия БТ позволила улучшить состояние большинства пациентов, купировать признаки воспалительной реакции, нормализовать показатели билирубина, мочевины, креатинина, амилазы и липазы крови. Специфические осложнения наблюдались в 5 случаях (у 4 пациентов наблюдалась гемобилия, устранённая в 2-х случаях изменением положения катетера и в 2-х – консервативно; у 1 пациента – дислокация катетера в поддиафрагмальное пространство, потребовавшая повторно установки катетера в БТ из другой точки перкутанной пункции. На втором этапе уточнялись количество и локализация конкрементов, проходимость БДС, степень дилатации БТ, а также оценивалась возможность дислокации конкрементов в ДПК, необходимость лазерной литотрипсии или же открытой операции по освобождению желчных протоков. Перед вторым этапом планировался алгоритм антеградных вмешательств. Оптимальным подходом явилось сочетание декомпрессии желчного пузыря путём создания микрохолецистостомы и холангиостомы антеградным способом в случаях, когда эндоскопический доступ использовался неэффективно или не имелось возможности его проведения. Лазерная литотрипсия позволила щадящим образом без повреждения мягких тканей холедоха удалить конкременты, размеры которых ограничивали возможности антеградного метода, улучшить состояние пациентов и нормализовать биохимические показатели крови в короткие сроки. Клинически значимых осложнений ни на одном этапе проведения антеградных эндобилиарных вмешательств и дефрагментации конкрементов лазерными литотрипторами не наблюдалось.

Выводы: 1. ЧЧЭБВ – высокоэффективный малоинвазивный способ купирования механической желтухи любого генеза. Антеградные способы позволяют в кратчайшие сроки эффективно и с меньшим количеством осложнений выполнить декомпрессию желчных протоков и создать условия для возможности проведения в последующем различных способов лечения. 2. Лазерная литотрипсия позволяет провести эффективную дефрагментацию различных конкрементов с созданием условий их дальнейшей экстракции без повреждения мягких тканей холедоха.

ФАКТОРЫ РИСКА КОНВЕРСИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОТКРЫТУЮ ОПЕРАЦИЮ

А.А.Загидова - студентка 429 группы лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. Х.З. Омарова

Актуальность. С момента внедрения лапароскопических операций при ЖКБ поднимается вопрос о вынужденной конверсии доступа, с целью завершения операции. В большинстве клиник процент частоты перехода при выполнении ЛХ остается невысоким (около 5-6%), но и не имеет тенденций к дальнейшему снижению.

Лапароскопическая холецистэктомия в наше время является основным методом лечения доброкачественных патологий желчного пузыря. Различного рода осложнения могут потребовать конверсии лапароскопической операции в открытую. Прогнозирование этой конверсии даст большое преимущество в лечении заболеваний желчного пузыря. Важную роль играет опыт хирурга. У некоторых из них частота перехода к открытой операции составляет 1- 4%, у других же этот уровень может быть выше 10%. Приемлемый уровень частоты перехода составляет 4-8%.

Чаще всего переход к открытой операции производится при остром холецистите и невозможности четкой идентификации анатомических образований.

Цель исследования: разработка прогностической статистической модели, с определением уровня конверсии и причин перехода в открытую операцию.

Материалы и методы. Были ретроспективно проанализированы медицинские записи 1230-ти пациентов, которым проводилась лапароскопическая холецистэктомия, в период с 2017 по 2022 год в отделении общей хирургии ОАО РЖД Медицина.

Для исследования мы отобрали 102 лапароскопически завершённых случая и сравнили со 102-мя конверсионными операциями.

Из этих пациентов 83 женщины (82%) и 19 мужчин (18%). Средний возраст составил 46 (диапазон: от 21 до 74) лет. Показаниями к операции были желчнокаменная болезнь у 79 больных (77%), острый холецистит у 13 больных (13%), полипы желчного пузыря у 10 больных (10%). Операция была конверсией в открытую операцию у 44 пациентов (43%), а у 13(13%) развились интраоперационные осложнения. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 1,2 дня (диапазон: от 1 до 6). Основными поводами для разговора об открытой операции были следующие: спайки в треугольнике Кало (n=4), острый холецистит (n=21), холедохолитиаз (n=6), спайки вследствие предшествующей

операции (n=3), диссекция трудности (n = 4), повреждение органов (n = 3), анатомические вариации (n = 2) и экспульсия камней (n = 1).

Результаты. В нашем исследовании мы обнаружили, что возраст, пол, ультразвуковые данные острого холецистита, холедохолитиаза в анамнезе, абдоминальная хирургия в анамнезе, уровень щелочной фосфатазы (ЩФ) являются значительными факторами риска. Используя кривую рабочих характеристик приемника, мы обнаружили, что риск значительно возрастает после 55 лет и при уровне ЩФ более 80 МЕ/л. Используя четыре параметра — возраст, пол, историю абдоминальной хирургии и ALP — в нашей статистической модели, мы смогли предсказать переход от лапароскопической к открытой холецистэктомии с чувствительностью 70% и специфичностью 79%.

Заключение. Острый холецистит, мужской пол и пожилой возраст являются значимыми факторами, повышающими частоту обращений к открытым операциям при проведении ЛХ.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Д.Р. Зубаилова, М.Н. Яралиева - студентки 4 курса педиатрического факультета
Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-

профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.А. Абдулаев

Актуальность. Лапароскопические методы диагностики и лечения хирургических заболеваний занимают одно из ведущих мест в клинической практике, однако на сегодняшний день нет определенного плана применения данного метода в диагностике и лечении кишечной непроходимости. По разным данным частота диагностических ошибок с применением традиционных методов обследования составляет 16-34%. Летальность после традиционных хирургических вмешательств составляет 4-20%.

Цель. Оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза, определить показания и противопоказания к данному способу, улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с кишечной непроходимостью опухолевого генеза при помощи современных эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 310 пациентов с установленным диагнозом кишечной непроходимости. Пациенты были разделены на 2 группы:

1)Основная группа (ОГ) с количеством 152 пациента-это та группа пациентов, которым в экстренном порядке была выполнена лапароскопия с диагностической и лечебной целью.

2)Группа клинического сравнения (ГКС) с количеством 158 пациентов-это те пациенты, которым диагноз установлен традиционными методами и операция была выполнена «открытым» способом.

Все больные были сопоставимы по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, времени от начала заболевания и до госпитализации и времени от госпитализации до выполнения операции, а также по тяжести состояния по SAPS II

У всех пациентов на основании данных инструментального обследования была определена форма кишечной непроходимости, был собран анамнез и проведен физикальный осмотр.

Результаты исследования. Клинический диагноз кишечной непроходимости в основной группе пациентов был установлен впервые, либо подтвержден интраоперационно при диагностической лапароскопии у 48 пациентов (31,4%).

При диагностической лапароскопии у 67,5% пациентов спаечная форма кишечной непроходимости была установлена до операции.

У 32,5 % данная форма непроходимости была установлена интраоперационно

В процессе нашего исследования было выяснено то , что возможность устранения кишечной непроходимости при помощи лапароскопии, при отсутствии оговорённых противопоказаний ,зависит от давности появления клинической симптоматики илеуса. Успешно выполненное малоинвазивное эндовидеохирургическое вмешательство, опосредованно снижает количество послеоперационных осложнений, летальность, а также сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Комплексный дифференцированный подход (разработанный нами лечебно-диагностический план)основанный на применении малоинвазивных эндовидеохирургических способов в ранней диагностике и хирургическом лечении илеуса опухолевого генеза ,в том числе при двухэтапном хирургическом лечении за период одной госпитализации больных с раком левой половины ободочной кишки ,осложнённых кишечной непроходимостью, способствует значительному снижению числа послеоперационных осложнений и детальности и обеспечивает раннюю медицинскую и социальную реабилитацию этой категории больных .

При опухолях правого отдела толстой кишки, которая была обнаружена у 13 пациентов после установления диагноза при лапароскопии, выполнялась лапаротомия:

-12 пациентам выполнена правосторонняя и правосторонняя расширенная гемиколэктомия;

-в 1 случае в связи с прорастанием опухоли в головку поджелудочной железы выполнена обходная илеотрансверзостомия.

При опухоли в левом отделе толстой кишки, которая была обнаружена у 37 пациентов, 27 пациентам на первом этапе была сформирована лапароскопически-ассистированная двухствольная колостома; и у 10 была осуществлена конверсия.

27 пациентам после лапароскопически-ассистированной колостомии на 6-9 сутки была выполнена радикальная операция:

- 1)передняя резекция прямой кишки-7,4%
- 2)резекция сигмовидной кишки -66,7%
- 3)левосторонняя гемиколэктомия -25,9%

Все операции выполнены с восстановлением непрерывности толстой кишки.

В процессе нашего исследования были также определены следующие противопоказания к проведению лапароскопии:

- 1)Поздние стадии кишечной непроходимости с абдоминальным компартмент - синдромом
- 2)Кишечная непроходимость в грыжевом мешке
- 3)Тяжесть анестезиологического риска по ASA -IV и более классов;
- 4)Кишечная непроходимость в 2-3 триместре беременности

Выводы.

1)Среди диагностических исследований у пациентов с кишечной непроходимостью опухолевого генеза лапароскопия позволяет установить диагноз в 96,1% случаях и является наиболее эффективной по сравнению с такими методами инструментальной диагностики, как рентгенологическое исследование и УЗИ, при которых диагноз подтверждается в 79,6% и 70,4% случаев соответственно.

2)Использование лапароскопических методов противопоказано для 3,9% пациентов с поздней стадией кишечной непроходимости с интраабдоминальной гипертензией IV степени, а также при абдоминальном компартмент-синдроме, при наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости и высокого анестезиологического риске по шкале ASA-IV и более классов.

3)Лапароскопическое формирование разгрузочной колостомы при раке левых отделов ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью, позволяет в кратчайшие сроки устранить кишечную непроходимость, подготовить пациента к плановому радикальному хирургическому вмешательству в рамках одной госпитализации, что

позволяет сократить сроки реабилитации больных с 6-12 месяцев при традиционной двухэтапной операции за 2 госпитализации до 25-26 суток при двухэтапной операции за одну госпитализацию с применением лапароскопии.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

**С.Г. Исмаилов - студент 503 группы лечебного факультета, И.М. Тутаяев - студент
611 группы педиатрического факультета**

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры общей хирургии Р.С. Султанова

Актуальность. Ежегодно увеличивается количество пациентов с обструктивными формами холестаза. Такие пациенты относятся к контингенту «срочных», которым нужна интенсивная терапия и диагностика. Сложности возникают в определении уровня обструкции билиарной и панкреатической систем. Лучевые методы диагностики играют ведущую роль в . определении локализации патологического процесса. К современным высокоточным методам диагностики обструктивных заболеваний периампулярной зоны относятся УЗИ, МСКТ, МРТ, которые позволяют отличить патологические изменения, получить изображение протоков в условиях естественного растяжения, определить уровень обструкции и ее протяженность, что позволяет хирургу до начала операции определить показания к радикальной операции.

Цель. Улучшение результатов диагностики и определения границ хирургического вмешательства при лечении опухолей внепеченочных желчных протоков, определения локализации опухолевой обструкции билиарного тракта и степени её распространенности.

Материал и методы. Нами проводился анализ результатов обследования 1156 пациентов с использованием таких методов лучевой диагностики, как: УЗИ, МРТ, МСКТ с обструктивными заболеваниями периампулярной зоны, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России. Как скрининговый метод исследования УЗИ выполнено в 100% случаев, Для визуализации протоковой системы билиарного и панкреатического трактов выполнено МРТ – 810, МСКТ – 219, в том числе 117 пациентам с контрастным усилением, и новый способ использован в отношении 123 пациентов. Сущность последнего заключается в том, что после проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС), снятия явлений холангита, механической желтухи, улучшения функционального состояния печени в билиарный тракт по холангиостомическому катетеру вводится водорастворимое

контрастное вещество в количестве 20,0 мл с одновременным внутривенным введением Омнипака 350 в количестве 100,0 мл. Затем выполняется МСКТ (патент РФ).

Результаты. Чувствительность УЗИ достигла 94,9%, МРТ- холангиографии - 98,7%. Полученные при МСКТ данные по инвазии сосудов совпали с данными интраоперационной ревизии в 86,0% случаев, а для определения распространенности опухолевого процесса и варианта формирования конfluence – 100%. Восприимчивость МРТ в диагностике центральной обструкции билиарного тракта достигла 97,9%. Восприимчивость лучевых методов диагностики в определении резектабельности опухолевого образования составила 95,4%. Дистальная обструкция билиарного тракта с использованием лучевых методов диагностики зафиксирована в 97,6% случаев. У 123 пациентов с опухолевым процессом гепатопанкреатодуоденальной зоны, в отношении которых использован новый способ зафиксированы: периампулярные опухоли у 96 пациентов, хиллярная холангиокарцинома – у 22, опухоли гепатикохоледоха - у 2 и у 3 пациентов метастатическое поражение гепатодуоденальной связки с окклюзией внепеченочных желчных протоков. Восприимчивость способа достигла 98,4%.

Заключение. Для специализированной терапии пациентов с обструктивными заболеваниями периампулярной зоны первостепенное значение имеет определение уровня обструкции билиарного и панкреатического трактов. Информативность в решении данной задачи несут лучевые методы. К наиболее восприимчивым, специфичным и точным можно отнести МРТ. Лучевые методы диагностики также позволяют определить распространенность патологического процесса и степень вовлечения в процесс сосудов периампулярной зоны, что имеет огромное значение в определении хирургической тактики. Высокочувствительным для решения данной задачи является МСКТ с контрастированием. Еще большую эффективность в этом направлении показал разработанный нами новый способ двойного контрастирования.

СИРИНГОЦЕЛЕ КУПЕРА. РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.А. Курбанов - ординатор и аспирант 1-го года по специальности урология

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО Первый Московский

государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства

здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Е.В. Шпоть

Актуальность: сирингоцеле Купера, или бульбоуретральная киста, — это кистозное расширение выводных протоков бульбоуретральных желез. Данное заболевание встречается крайне редко и диагностируется чаще у детей. Клинические проявления неспецифичны и

зависят от многих факторов: локализации, размеров, сообщения с уретрой, наличия инфекционного процесса. Выявление бульбоуретральной кисты невозможно без применения лучевых и эндоскопических методов диагностики. Чаще всего патология «маскируется» под воспалительные заболевания половых органов ввиду того, что симптоматика ограничивается выделениями из наружного отверстия уретры, изменениями в общем анализе мочи и проявлениями дизурии.

Цель исследования: демонстрация клинического наблюдения сириноцеле Купера в клинической практике у мужчины молодого возраста.

Материалы и методы: на базе Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета было проведено лечение пациента с бульбоуретральной кистой

Результаты и их обсуждение: в представленном случае описывается успешная диагностика и последующее успешное ведение пациента с бульбоуретральной кистой несмотря на то, что по месту жительства и в клиниках Москвы не был установлен соответствующий диагноз.

Выводы: ввиду крайне редкой встречаемости единого и четкого алгоритма диагностики и лечения пациентов с сириноцеле Купера в настоящее время не существует. Несмотря на это, при обследовании мужчин, мальчиков и подростков с признаками воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы или симптомами инфравезикальной обструкции, необходимо помнить о данной патологии. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе не наберется и 20 публикаций, посвященных данной патологии.

Литература

1. Cowper W. An Account of Two Glands and Their Excretory Ducts Lately Discover'd in Human Bodies // The Royal Society. 1699. P. 364–369.
2. Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека. 7-е изд. СПб.: СпецЛит, 2011. С. 423.
3. Wein A., Kavoussi L., Partin A., Peters C. Campbell-Walsh Urology. 11 ed. Elsevier, 2015. 4186 p.
4. Maizels M., Stephens F.D., King L.R., Firlit C.F. Cowper's syringocele: a classification of dilatations of Cowper's gland duct based upon clinical characteristics of 8 boys // J Urol. 1983. Vol. 129, No. 1. P. 111–114. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)51946-1
5. Bevers R.F., Abbekerk E.M., Boon T.A. Cowper's syringocele: symptoms, classification and treatment of an unappreciated problem // J Urol. 2000. Vol. 163, No. 3. P. 782–784. DOI: 10.1016/s0022-5347(05)67803-2

6. Melquist J., Sharma V., Sciallo D., et al. Current diagnosis and management of syringocele: a review // Int Braz J Urol. 2010. Vol. 36, No. 1. P. 3–9. DOI: 10.1590/s1677-55382010000100002

7. Campobasso P., Schieven E., Fernandes E.C. Cowper's syringo-cele: an analysis of 15 consecutive cases // Arch Dis Child. 1996. Vol. 75, No. 1. P. 71–73. DOI: 10.1136/adsc.75.1.71

**РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ
КОЛЭКТОМИЯ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ
С ИССЕЧЕНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ
И ФОРМИРОВАНИЕМ АСЦЕНДОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА,
ДВУСТВОЛЬНАЯ ИЛЕОСТОМИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

А.А. Рикунова - студент

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет,
Москва, Россия*

*Научный руководитель: к.м.н., заведующий отделением колопроктологии А.Л. Гончаров
Центральная клиническая больница с поликлиникой. Управление делами Президента
Российской Федерации. Москва, Россия*

Актуальность: Функциональные результаты тотальной колэктомии и илеоректального анастомоза при злокачественных новообразованиях толстой кишки часто ухудшаются из-за послеоперационной непроходимости и диареи, по данным G. Costalat [1997]. Так же, по данным G. Manseau [2012] после колэктомии может быть трудно опустить хорошо васкуляризованную толстую кишку в таз и выполнить колоректальный или колоанальный анастомоз без натяжения.

Для устранения вышеописанных интраоперационных и послеоперационных осложнений используется Deloyers procedure. Данная процедура включает в себя полную мобилизацию и ротацию правой ободочной кишки, позволяет восстановить непрерывность толстой кишки, не прибегая к обширной мобилизации оставшихся отделов ободочной кишки, используя более надежный в кровоснабжении и мобильный отдел кишечника, улучшить функциональные возможности за счет сохранения левого изгиба, низведения восходящей и слепой кишки при сохранении естественного пассажа кишечного содержимого.

Цель: Оценить актуальность, функциональную и анатомическую роль Deloyers procedure на примере пациента, перенесшего низкую переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака прямой кишки, несостоятельность трансверзоанастомоза с формированием толстокишечного свища на переднюю брюшную стенку, колостомию.

Материалы и методы: Анализ медицинской документации пациента.

Клинический случай: Пациент А., 55 лет, обратился в отделение колопроктологии ЦКБ УДП РФ 25.05.2021 года, после проведенного ранее комплексного лечения рака прямой кишки по месту жительства в другом регионе, которое осложнилось формированием кишечного свища на переднюю брюшную стенку. В мае 2020 года пациенту установлен диагноз «Злокачественное новообразование прямой кишки рТ3N1M0 (III ст)».

13.07.2020 года пациенту проведена лапаротомия, низкая передняя резекция прямой кишки, превентивная колостомия.

В августе 2020 года пациент прошел АПХТ по схеме DeGramont 5 курсов.

22.11.2020 года пациенту выполнена чрезбрюшное закрытие колостомы. Проведенное вмешательство осложнилось несостоятельностью трансверзоанастомоза с формированием толстокишечного свища на переднюю брюшную стенку, протяженной стриктурой левых отделов ободочной кишки.

В колопроктологическое отделение ЦКБ УДП РФ пациент поступил с жалобами на наличие свища передней брюшной стенки губовидной формы, откуда поступает жидкое каловое содержимое.

Данные объективного осмотра живота: участвует в дыхании, ассиметричный за счет сформированного наружного толстокишечного свища губовидной формы, откуда поступает жидкое каловое содержимое, диаметр свища около 5 мм. По средней линии живота крепкий послеоперационный рубец. При пальпации: живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Стул по кишечному наружному свищу и естественным путем.

Колоноскопия 20.05.2021:Аппарат проведен на расстояние 65 см от ануса, где визуализируется рубцовое сужение и деформация просвета кишки, непроходимое для аппарата диаметром 9мм. При проведении аппарата начиная от 15см от ануса визуализируется стриктура, с трудом проходимая аппаратом диаметром 9мм, далее визуализируются стойкие стриктуры на расстоянии 43, 30, с сопротивлением проходимые аппаратом 9мм. На всем протяжении отмечены выраженные воспалительно-деструктивные изменения толстой кишки: контактная кровоточивость, отслойка, изъязвление слизистой, свищевые ходы, слепо заканчивающиеся на расстоянии около 5-7мм от поверхности слизистой, множественные грануляции, полипы размерами 3-8 мм. Биопсия участка слизистой в зоне одной из стриктур.

СКТ органов таза у мужчин 19.05.2021: КТ-картина свища между нисходящей кишкой и передней брюшной стенкой слева, реактивными изменениями брыжейки нисходящей кишки, клетчатки по ходу мезоректальной фасции, спайки с поперечно-ободочной и тонкой кишками. Количественная забрюшинная и верхнеабдоминальная лимфаденопатия.

МРТ органов малого таза у мужчин 20.05.2021: МР-картина участков с ограничением диффузии в пределах слизистого слоя над зоной десцендо-ректоанастомоза, малые размеры и характер контрастирования не убедительны для суждений о рецидивном росте. Фиброз и реактивные изменения тазовой клетчатки, пристеночных областей таза. Патологической тазовой лимфаденопатии не выявлено.

Установленный диагноз: Рак прямой кишки *pT3N1M0* (IIIст). Комплексное лечение от 2020 года. Ишемический колит левых отделов ободочной кишки, с образованием у-образного свища на переднюю брюшную стенку. Множественные стриктуры левых отделов толстой кишки.

В хирургическом лечении по месту проведения первых операций было отказано. Пациенту предложена операция в отделении колопроктологии ЦКБ УДП РФ в рамках ВМП ОМС.

Операция:

1. Лапаротомия, разделение спаек
2. При ревизии выявлена ишемия левой половины толстой кишки, с формированием инфильтрата с тонкой кишкой, сложного у-образного свища, между поперечно-ободочной кишкой (область закрытия стомы) и нисходящей ободочной кишкой.
3. Разделение инфильтрата.
4. Мобилизация поперечной ободочной кишки, ее резекция.
5. Мобилизация левой половины ободочной кишки до сигморектального анастомоза. Здоровые участки поперечной ободочной кишки укорочены и недостаточны для низведения.
6. Мобилизация правых отделов ободочной кишки в слое, с сохранением питающих сосудов.
7. Разворот правой половины ободочной кишки на 180 градусов против часовой стрелки.
8. Низведение кишечного трансплантата в таз.
9. Формирование колоанального анастомоза.
10. Формирование превентивной илеостомы.

Результаты: Пациент выписан на 9 сутки нахождения в стационаре. Послеоперационный период без осложнений. Стул – по илеостоме. Проводилась инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия, превентивная противоязвенная терапия. Через 2 месяца пациенту проведена реконструктивно-восстановительная операция.

Выводы: Наш опыт использования метода реконструкции толстой кишки Deloyers procedure является опциональной возможностью при тяжелом поражении левой половины ободочной кишки, с сохранением сфинктера, недостаточности поперечно- ободочной кишки, категорический настрой пациента на ликвидацию стомы (кишечного свища).

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

К.Л. Сейдалиева - студентка 3-го курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.З. Абдуллаева

Актуальность. Последние десятилетие характеризуется неуклонным ростом числа больных с заболеваниями, осложняющихся синдромом механической желтухи (МЖ). МЖ становится фоном, который определяет течение и исход основного заболевания. Внедрение в клиническую практику инновационных методов диагностики и мининвазивного лечения дало свои результаты, но вопросы своевременной и рациональной лечебной тактики остаются сложными, далекими от окончательного разрешения.

Цель. Изучение роли и места лучевых методов в лечебно-диагностическом алгоритме и его усовершенствование с учетом возможных осложнений.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 1117 пациентов с МЖ, проходивших лечение на базах клиники общей хирургии «ДГМУ» за период с 2000 года по настоящее время. Основными причинами МЖ доброкачественного типа стали холедохолитиаз, стриктуры холедоха, хронический панкреатит, поражение большого дуоденального сосочка – 42,4%, опухолевые поражения периампулярной зоны-57,6%. 56,3% составляли пациенты женского пола, 43,7% - мужского пола. МЖ в возрасте до 30 лет была диагностирована у 7,5% пациентов, в возрасте до 60 лет у 28,4%, старше 60 лет у 54%, старше 80 у 10,1%. МЖ легкой степени тяжести была выявлена у 24,2% пациентов, средней тяжести у 32,5%, тяжелой степени у 43,3%. При анализе осложнений МЖ у 37,3% пациентов были выявлены явления холангита, холангиогенных абцессов печени, признаков печеночной недостаточности. У 72,3% имелись сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, сахарный диабет, бронхиальная астма, язвенные болезни и т.д.)

При поступлении всем пациентам проводились клиничко-лабораторные исследования (общеклиническое, биохимическое, онкомаркеры). Инструментальная диагностика (УЗИ, МРТ, МСКТ, МРХПГ, ФГДС) включала УЗИ всем пациентам, в зависимости от полученных результатов вторым этапом выполнялись либо повторное УЗИ, при неинформативности МРТ, МСКТ, в том числе и с контрастированием, МРХПГ, ФГДС. В зависимости от степени билирубинемии выполнялось одно или двухэтапное лечение. Первым этапом выполнялась декомпрессия билиарного тракта (предпочтительно в мининвазивном варианте); вторым этапом-радикальная либо паллиативная операция.

В зависимости от выявленного уровня блока пациенты были разделены на две группы: с проксимальным и дистальным уровнем.

Результаты статистически обработаны с помощью программы Statistica 6.0

Результаты и их обсуждение. Степень тяжести МЖ оценивали по результатам общего билирубина, наличию осложнений (холангит) и длительности желтухи. При УЗИ выявляли следующие критерии: диаметр желчных протоков, наличие «желчных озерц», степень визуализации внепеченочных ЖП, размеры желчного пузыря, состояние головки поджелудочной железы (ПЖ) и главного панкреатического протока (ГПП).

В результате анализе проведенных исследований был разработан лечебно-диагностический алгоритм, который включал в себя: первым этапом - выявление жалоб, анамнеза, физикальное обследование и формирование предварительного диагноза механической желтухи. Выявление признаков таких осложнений как холангит и печеночной недостаточности. Пациенты были разделены на три группы по срочности: первая группа-пациенты с признаками холангита, требующие экстренных мероприятий; вторая группа-пациенты с МЖ, требующие срочных мероприятий; третья группа- пациенты с МЖ легкой степени. Критерии, определяющие тактику: билирубинемия, содержание общего белка в крови, нарушения в системе гемостаза.

УЗИ позволило выявить расширение холедоха, внутрипеченочных желчных протоков, наличие конкрементов в желчном пузыре и(или) желчных протоках 55,2%, образования печени у 9,6%, образования поджелудочной железы 8,2%.

С целью уточнения уровня и причины блока и вовлеченности в процесс окружающих тканей и сосудов выполнено МРТ с 3D-реконструкцией в 780 наблюдениях. проксимальная обструкция БТ выявлена у 127 пациентов. Из них в 23 – доброкачественная стриктура, а у 104 – опухолевая обструкция БТ.

МсКТ с контрастированием было проведено 32 пациентам , при этом инвазия сосудов ворот печени выявлена в 11 случаях. Чувствительность МРТ-холангиографии составила 98,7% (результаты сопоставлялись с данными интраоперационной ревизии и данными ретроградной и антеградной холангиографии). В 86,0% наблюдениях данные, полученные при МсКТ, и данные, полученные в ходе интраоперационной ревизии совпадали, а в случае определения распространенности опухолевого процесса и варианта формирования конфлюенса процент совпадения составил 100%.

Лучевые методы позволили установить причины центральной обструкции БТ- рак желчного пузыря в 240 наблюдениях, доброкачественные стриктуры в 18 (6,6%), в 7 (2,5%) была выявлена холангиокарцинома общего ЖП и в 6 (2,2%) - метастазы в перихоледохиальные лимфатические узлы. Чувствительность МРТ в выявлении причин

центральной обструкции БТ составила 98,9% [результаты сопоставимы с данными холангиографии после ЧЧХС и ретроградной холангиопанкреатикографии (РХПГ)]. МСКТ с контрастированием было проведено в 27 (24,0%) случаях. Чувствительность при определении резектабельности опухоли составила 95,4%.

Дистальная обструкция БТ была выявлена в 588 (59,1%) наблюдениях: 92 (15,6%) пациента - стриктура доброкачественная, в 496 (84,4%) случаях - периампулярные опухоли. Резектабельность периампулярной опухоли была определена в 137 (27,4%) случаях. Особенно важны данные МСКТ в 3D-реконструкции сосудистой системы.

В группе пациентов с доброкачественной дистальной обструкцией БТ в 3 случаях интраоперационно была выявлена холангиокарцинома терминального отдела ОЖП и в 1 случае конкремент, вклинившийся в БСДК. В 4 случаях с подозрением на дистальную опухолевую обструкцию диагноз не подтвердился, причиной дистальной обструкции БТ оказался индуративный панкреатит.. Чувствительность лучевых методов диагностики при определении уровня и характера окклюзии и степени распространенности опухолевого процесса в группе с дистальной обструкцией БТ составила 97,6%.

МРТ обладает наибольшей чувствительностью в оценке состояния желчевыводящих протоков, позволяя получить более специфическую информацию (по сравнению с МСКТ и УЗИ). МРХПГ в сочетании с T2-взвешенными изображениями (T2-ВИ) с подавлением сигнала от жира предоставляет наиболее подробную информацию о состоянии билиарной системы. Изображения обладают высокой естественной тканевой контрастностью и позволяют оценить анатомию желчного пузыря и его протоков, определить наличие и локализацию конкрементов, билиарную гипертензию, стенозирующие процессы доброкачественной или злокачественной природы и воспалительные осложнения. Специфичность МРХПГ достигает 100%.

Заключение: 1. В ходе исследования было выявлено, что увеличение количества диагностических мероприятий приводит к удлинению сроков диагностики и постановки диагноза и, соответственно, к увеличению продолжительности госпитализации пациента. Например, проведение более 2-х УЗИ перед МСКТ, МРХГ или ЭРХПГ может удлинять этап госпитализации на 3-5 дней. Проведение повторного УЗИ на этапе диагностики ОЗ ЖВП обладает низкой информативностью (способствует установлению истинной причины не более чем в 4%случаях) и может приводить к откладыванию сроков выполнения МРХГ, ЭРХПГ.

2. При МЖ на фоне ЖКБ чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов при диагностике холедохолитиаза с МРХГ в сравнении с ЭРХПГ, составили соответственно 93,6%, 94,1%, 86,1%, 98,8%. Для

УЗИ 36,5%, 92,6%, 71,4%, 70,5%. При диагностике злокачественных новообразований ЭРХПГ не используется (исключение: холангиокарциномы), тогда как значение этих показателей по данным МРХГ и УЗИ составили соответственно 73,1%, 97,4% 96,8%, 94,3% и 69%, 95,1%, 56,3%, 93,6%.

3. Выполнение МРХГ на ранних этапах диагностики обструктивных заболеваний, ведет к сокращению сроков стационарного лечения пациентов на 3–5 дней.

ЭНДОСКОПИЯ ТРЕТЬЕГО ПРОСТРАНСТВА: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Н.И. Хизриева - клинический ординатор 1 года обучения

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского,

Москва, Россия

Научный руководитель - к.м.н., ст.н.с. С. В. Джантуханова

Актуальность. Хирургия третьего пространства, также известная как хирургия подслизистого слоя – это современное направление эндоскопической хирургии, основанное на доступе к глубжележащим структурам стенки желудочно-кишечного тракта путем тоннелирования. К хирургии третьего пространства относятся такие методики как РОЕМ и ее производные (gРОЕМ, z-РОЕМ), STER, PREM. При этом РОЕМ (пероральная эндоскопическая миотомия), на сегодняшний день являются “золотым стандартом” лечения ахалазии с доказанной эффективностью и низкой частотой осложнений. Методика удаления неэпителиальных опухолей STER (подслизистое удаление опухолей эндоскопической диссекцией) все чаще используется в клинической практике. Другие методики подслизистого доступа, являющиеся производными операции РОЕМ, лежат в основе подслизистой миотомии при пилороспазме (g-РОЕМ), при дивертикуле Ценкера (z-РОЕМ), при болезни Гиршпрунга (PREM), продолжают активно развиваться.

Цель работы. Продемонстрировать различные виды эндоскопических операций, относящихся к хирургии третьего пространства, а также перспективы развития данного направления.

Материалы и методы В нашей клинике за последние 10 лет было выполнено 46 операций РОЕМ, 26 операций STER (11 в желудке и 15 в пищеводе), 2 операции g-РОЕМ.

Суть методики эндоскопических операций третьего пространства заключается в создании продольного по отношению к оси органа-тоннеля в подслизистом слое стенки пищевода, желудка или толстой кишки через доступ, созданный путем рассечения слизистой оболочки. Методики РОЕМ, а также ее производные, такие как g-РОЕМ и z-РОЕМ, PREM, технически не отличаются друг от друга. Все вмешательства выполняются с соблюдением

основных принципов: подслизистая инъекция, рассечение слизистой, формирование тоннеля в подслизистом слое, миотомия и закрытие доступа в тоннель путем клипирования рассеченной слизистой оболочки. При удалении подслизистых новообразований методом тоннелирования (STER) разрез слизистой делается на расстоянии от удаляемого опухоли, а длина самого тоннеля зависит от размеров опухоли. Новообразования удаляются через сформированный тоннель, а дефект слизистой, созданный с целью доступа, закрывается эндоскопическими клипсами.

Результаты и их обсуждение. Клинические результаты были оценены у 36 из 46 пациентов, которым была выполнена РОЕМ. Все вмешательства были успешными без интраоперационных осложнений. Через три месяца после операции рентгеноскопия пищевода с контрастированием выполнена 33 пациентам. Нормальная эвакуация из пищевода и положительный клинический эффект отмечены у всех пациентов. Среди пациентов, которым была выполнена STER, клинические результаты были оценены у 24 из 26 пациентов. Длительность операции составила 1 час при вмешательстве в пищеводе и 1,5-2,5 часа при вмешательствах в желудке. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у одного из пациентов развился пострезекционный медиастинит и пневмония, купированные консервативной инфузионной, противовоспалительной и антибиотикотерапией. Отдаленные результаты оценивались через 1, 3, 12 месяцев, по результатам эндоскопических исследований, рентгена и КТ - отмечено отсутствие локального рецидива за время наблюдения во всех случаях. У пациентов после g-РОЕМ осложнений не было. Длительность госпитализации при всех видах вмешательств составила от 3 до 7 дней.

Выводы. Опыт проведенных операций показал высокую эффективность использования эндоскопических вмешательств в подслизистом слое. Если говорить о перспективах развития хирургии третьего пространства, точкой приложения может стать воздействие на биологию стволовых клеток ЖКТ (нервные, мышечные, мезенхимальные) – воздействие на эти виды клеток может быть использовано для восстановления нарушенной функции анатомических сфинктеров – в лечении рефлюксной болезни, кардиоспазма, различных видов недержания или гастропареза, что требует дальнейшего изучения и накопления материала.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ РЯДА ФИЗИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА**

М.Н. Яралиева, Д.Р. Зубаилова - студентки 4 курса педиатрического факультета
*Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-
профилактического факультетов*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор С.Ю. Сафаров

Актуальность. В настоящее время сахарный диабет 2 типа является самым распространенным неинфекционным заболеванием на нашей планете. По данным Всемирной организации здравоохранения к 2020 году в мире число диабетиков достигло 462 млн. человек, в Российской Федерации- 9.6 млн, а в Республике Дагестан – более 34000 больных. По данным ученых - диабетологов каждые 10-15 лет число больных, страдающих диабетом в мире удваивается. Сахарный диабет – заболевание метаболическое, характеризующееся хронической гипергликемией, являющейся результатом нарушения секреции инсулина и инсулинорезистентности. Риск возникновения диабетической гангрены, в основе которой лежит длительная гипергликемия, запускаящая микроангиопатию, нейропатию, остеоартропатию, которые влекут за собой функциональные изменения сосудов, капиллярной сети стопы, наблюдается у 35-40% больных сахарным диабетом 2 типа. Различают две морфологические формы диабетической гангрены – сухую и влажную. Влажная гангрена – это некроз тканей с гнилостным распадом и отсутствием тенденции к отграничению. Параллельно развивается синдром тяжелой эндотоксемии. Прогноз большей частью неблагоприятный, так как ампутация пораженной конечности даже на уровне здоровых участков не всегда останавливает её экспансию.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных путем внедрения в комплекс терапии ряда физических методов детоксикации организма.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет в Республиканском отделении хирургической инфекции лечились 76 пациентов с диагнозом «влажная гангрена диабетической стопы». Мужчин было 43, женщин – 33, средний возраст которых 56 лет. Диабетический стаж больных составлял от 3 до 27 лет, а стаж диабетической стопы - от 6 мес. до 2.5 года. Практически у всех наблюдалась избыточная масса тела, имели место многолетние сопутствующие сердечно –сосудистые заболевания и патология со стороны мочевыделительной системы. Гистологически в тканях преобладал колликвационный некроз без зоны демаркации от здоровых тканей. У большинства отмечена в той или иной степени выраженная картина синдрома эндогенной интоксикации. При поступлении состояние многих вызывало опасения:

А/Д нестабильное 90/60, пульс 90-100 и выше, ЧДД 22-28/мин, гемоглобин 57-90 г/л, уровень гликемии 11-25 ммоль/л, общий белок крови 42-55 г/л, Показатель кальцитонин-теста от 4.8 до 11,1 нг/мл, что указывает на тяжесть эндотоксемии и бактериальный сепсис. Ранее 22 из наших пациентов перенесли баллонную ангиопластику и стентирование артерии стопы, эффективность которых отмечалась лишь в течение 2 – 8 месяцев. После клинической оценки течения влажной гангрены, алгоритм терапии состоял из консервативного, оперативного и комбинированного лечения.

Результаты исследования. При поступлении в стационар всех больных переводили на простой инсулин с суточным мониторингом колебания глюкозы. Проводили также коррекцию гиповолемии, гипопротейнемии, сдвигов кровообращения и дыхания. Назначали два антибиотика широкого спектра действия (в/в, в/м), один из которых был антибиотиком цефалоспоринового ряда. С получением результатов бакпосева, назначения корректировали с учетом чувствительности возбудителя. С целью оптимизации деятельности сердечно-сосудистой системы больные получали ангиопротекторы, корректоры микроциркуляции (трентал, реополиглюкин, курантил, вазонит), спазмолитики. В качестве неспецифической детоксикационной терапии назначались антикоагулянты и дезагреганты, улучшающие микроциркуляцию крови, антиоксиданты (вит.Е), иммуностимулятор – Т-активин, гепатопротекторы и обезболивающие препараты. Тяжелым больным проводили трансфузию: переливали компоненты донорской крови, электролитные растворы для коррекции обменных нарушений.

По мере стабилизации общего и местного статуса (1-3 сутки) , из-за нарастающей интоксикации и опасности распространения влажной гангрены , по абсолютным показаниям 12 пациентам под эндотрахеальным наркозом произвели ампутацию нижней конечности: 7 на уровне бедра и 5 на уровне голени. Остальным были произведены некротомии - вскрытие межмышечных абсцессов и флегмон. Некоторым такие малые вмешательства проводились многократно и каждый раз конечностям обеспечивали полную разгрузку. Умерло 9 (11.8%) человек: двое от -ТЭЛА, четверо - от полиорганной недостаточности, трое - от инфаркта миокарда. Оставшиеся 67 пациентов нами были поделены на 2 группы: в 1-ю (контрольную) вошли 33 пациентов, которым провели выше описанный рутинный комплекс лечения. Вторая (основная) группа состояла из 34 лиц, которым общепринятый комплекс лечения дополнили интракорпоральными детоксикационными методами– это в/в ультрафиолетовое облучение крови (ВУФОК) – 34 больным, 9-11 сеансов, продолжительностью 40-60 мин; в/в лазерное облучение крови (ВЛОК) - 29 пациентам, длительностью облучения 20-30 мин., количество процедур индивидуально от 6 до 9 сеансов через день; низкоинтенсивное лазерное излучение (10-20 мВт) раневых поверхностей после некрэтомий ампутационную рану культи бедра – 31 больным,

экспозиция- 5-10 мин, 3-5 сеансов; в/в введение 300 мл озонированного раствора в концентрации 5-6 мкг/мл, всего 7-8 сеансов– 30 больным. Детоксикация имеет свои последовательные стадии: а) гемодилюция; б) связывание и разрушение токсинов; в) форсированное выведение токсинов с мочой. Гемодилюцию проводили кристаллоидными растворами: физ р-р, лактасоль, ацесоль, а также препаратами связывающими токсины: альбумины, гемодез, гипохлорит натрия, реамберин из расчета 30 – 50 мл/кг/ вес - 3 -4 л жидкости в сутки.

Обсуждение. Во 2-ой опытной группе, в отличие от контрольной, очищение гнойно-некротических ран, образование и созревание грануляций, формирование рубца и эпителизация происходили на 3-6 суток раньше, чем в первой контрольной группе. Из 9 умерших трое были из опытной и шестеро из контрольной. Больных из опытной группы выписывали из стационара на 16-18 сутки, в то время как пациенты контрольной группы были выписаны на 20-24 сутки. Интегральный показатель тяжести общего состояния и эндотоксемии прокальцитонин- тест в опытной группе одновременно с клинической симптоматикой приобрел устойчивую тенденцию к снижению, что было едва заметным в группе контрольной и не заметным у умерших пациентов. Полученные нами очевидные клинические результаты можно объяснить воздействием на циркулирующую кровь ультрафиолетовых и лазерных лучей, способных вызывать расширения сосудов, снижение вязкости и улучшения реологических свойств крови, активации репарации тканей и избавления организма от токсинов. Воздействие лазерными лучами на обширные гнойные очаги обеспечило снижение микробной обсемененности и токсической напряженности в организме. Озонотерапия способствовала повышению уровня кислорода в крови и тканях, заметно снижая их гипоксию и усилила детоксикационный потенциал иммунной системы организма. И, наконец, проведенная массивная гемодилюция снизила концентрацию циркулирующих токсинов за счет связывания и вымывания ядовитых субстанций из тканей, что ускорило удаление болезнетворных агентов и балластных субстанций (продукты – метаболиты) почками с мочой.

Выводы. 1. С большим ростом числа диабетиков в мире растет и его грозное осложнение-диабетическая стопа с влажной гангреной, сопровождаемой с тяжелой степенью эндогенной интоксикации.

2. Влажная гангрена протекает у диабетика в форме «гниение заживо», лечится трудно, переносится пациентом тяжело.

3. Используемые нами методы интракорпоральных детоксикаций (ВУФОК, ВЛОК, озонотерапии и облучение гнойно-некротических ран низкоинтенсивными лазерными лучами) относительно просты, безопасны, экономичны и с достаточной лечебной эффективностью. Все перечисленное позволяет нам рекомендовать их в лечении различных форм хирургических инфекций.

4. В послеоперационном периоде конечность, которой придали полную обездвиженность восстанавливалась намного быстрее и наоборот.

**ВЫБОР ТОЧКИ УСТАНОВКИ ЛАПАРОПОРТОВ С ПОМОЩЬЮ
НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ
АППЕНДИЦИТА**

Д.Р. Шихова - студентка 3курса 40 группы лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. ассистент С.М. Магомедова

Актуальность. В большинстве случаев аппендэктомия при остром и хроническом аппендиците выполняют в видеолапароскопическом варианте с установлением лапаропортов в стандартных точках. Однако имеются атипичные формы аппендицита и при этом нередко приходится переустанавливать троакары для более комфортного проведения операции. Адаптирование доступов к различным топографическим зонам брюшной полости имеет немаловажное значение в благоприятном течение хода операции и в профилактике послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Разработать компьютерную навигационную программу для выбора оптимальных доступов при лапароскопической аппендэктомии и оценить её эффективность в случаях атипичного расположения червеобразного отростка.

Материал и методы. К анализу подвергнуты 103 случая лапароскопических вмешательств при атипичных формах аппендицита, которым перед установкой лапаропортов была использована предложенная нами навигационная компьютерная программа. Локализация червеобразного отростка уточняли путём проведения УЗИ брюшной полости. Тазовое расположение отростка имелось в 29 (28,2%) наблюдениях, подпечёночная локализация – в 21 (20,9 %) случаях, ретроцекальное – в 34 (32,4%), ретроперитонеальное – в 19 (18,5%) наблюдениях.

Результаты и их обсуждения. Предоперационное использование компьютерно навигационной программы в случаях тазового расположения червеобразного отростка были определены следующие точки установки лапаропортов: параумбиликальная зона, левая подвздошная область, надлобковая область. В наблюдениях с подпечёночной локализацией червеобразного отростка точками установки лапаропортов явились: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая мезогастральная область по среднеключичной линии на уровне пупка. Ретроперитонеальное или ретроцекальное расположение отростка: параумбиликальная зона, надлобковая область, правая подрёберная область по среднеключичной линии.

Интраоперационные осложнения (кровотечение из артерии червеобразного отростка) отмечено у 1 пациента. Оно остановлено электрокоагуляцией. Увеличить количество

лапаропортов пришлось в 1 наблюдениях, переустановить троакаров – в 2-х случаях. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (3,8%) пациентов. Морфологически были подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный – 22 (21,4%), флегмонозный – 51 (52,4%), гангренозный – 27 (26,2%). Длительность пребывания в стационаре составила – $6,2 \pm 1,2$ суток.

Атипичное расположение червеобразного отростка нередкое явление, уточняется путём проведения УЗИ, КТ, МРТ. Местный статус определяется при обзорной лапароскопии. Кроме того, обзорная лапароскопия позволяет при отсутствии в червеобразном отростке изменений выявить другие заболевания органов брюшной полости. Адаптирование доступов к вариантам расположения червеобразного отростка имеет значение в благоприятном течение хода операции и в профилактике интраоперационных осложнений. Такая тактика способствует укорочению длительности оперативного вмешательства и комфортности проведения самой операции.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия возможна при тщательном адаптировании доступов к вариантам расположения червеобразного отростка, и она имеет явные преимущества перед традиционной операцией. Более благоприятное течение хода оперативного вмешательства наблюдается при использовании, для выбора точек установки лапаропортов, разработанный нами компьютерной навигационной программы.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИОКАРДИТОМ И КРИТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

М.Г.Кузнецов, К.И. Габдуллина - студенты 1403 группы лечебного факультета

Кафедра сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель- к.м.н., асс. А.Г. Варламов

Актуальность: COVID-19 является причиной развития полиорганной недостаточности, в том числе из-за поражения сердечно-сосудистой системы. Согласно современным исследованиям поражение ССС может диагностироваться у 40% пациентов, умерших от коронавирусной инфекции. Было предложено ввести новое понятие: острый COVID-19-ассоциированный сердечно-сосудистый синдром, который представлен аритмиями, острым миокардиальным повреждением, фульминантным миокардитом, выпотным перикардитом, острым коронарным синдромом, инсульта, тромбоэмболии легочной артерии, тромбоза глубоких вен, легочной гипертензией.. Кардиотропные вирусы могут сохраняться в тканях миокарда длительное время и повышать риски

послеоперационных осложнений при инвазивном лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: На примере клинического случая изучить особенности течения миокардита у пациента, перенесшего COVID 19. Изучить результаты хирургического лечения пациента с сочетанием ишемической и поствоспалительной кардиомиопатией .

Материалы и методы исследования: Изучена история болезни пациента, проанализированы анамнестические данные, показатели инструментального обследования: объем гипоперфузии, конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), диастолический размер ЛЖ, систолический размер ЛЖ, индекс сократимости миокарда (ИСМ), данные лабораторно- инструментальных методов исследования: натрийуретический пептид.

Результаты исследования: У пациентки с постинфарктным кардиосклерозом развилась COVID-19 инфекция, которая усложнилась поражением легких (КТ 3) и острым миокардитом, что привело к развитию тяжелой хронической сердечной недостаточности 2А функциональный класс-3, связанная со смешанной кардиомиопатией. Среди сопутствующих заболеваний имелись сахарный диабет; ожирение. Была выполнена коронароангиография, диагностирован атеросклероз коронарных артерий хроническая окклюзия передней межжелудочковой, огибающей и правой коронарной артерий. По данным перфузионной сцинтиграфии миокарда общий объем гипоперфузии составил 55%, выраженная гипо- и акинезия сегментов верхушечной области; гипокинезия остальных сегментов. Отмечалось выраженное снижение глобальной сократительной функции ЛЖ (ФВ ЛЖ-14%). Увеличение полости ЛЖ (КДО-200мл) - тенденция к шарообразной конфигурации. На эхокардиографии диастолический размер ЛЖ -5.6 см., систолический размер ЛЖ- 5,0 см., ИСМ ЛЖ - 2,69. В связи с выраженной дисфункцией ЛЖ операция коронарного шунтирования была отложена и назначена консервативная терапия. Таким образом, была улучшена сократительная способность миокарда, небольшой прирост перфузии, произошло увеличение ФВ ЛЖ от 19% до 32%. Кроме этого, наблюдалось снижение уровня натрийуретического пептида, который является отражением наличия и тяжести сердечной недостаточности, с 3819 пг/мл в первый месяц после COVID-19 до 2819 пг/мл(до операции). По данным теста 6-минутной ходьбы клинически уменьшились проявления сердечной недостаточности.

Через 5 месяцев после перенесенной инфекции COVID-19 с учетом многососудистого поражения и значительного нарушения систолической функции миокарда было показано проведение реваскуляризация пораженных коронарных артерий методом коронарного шунтирования.

Вывод. На фоне новой коронавирусной инфекции у пациента с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и кардиоваскулярными факторами риска возникает декомпенсация, что приводит к более тяжелому течению инфекции и основного заболевания. COVID-19 инфекции может осложниться не только обширным поражением легких, но и развитием миокардита с тяжелой сократительной дисфункцией левого желудочка. При необходимости реваскуляризации пораженных артерий отдается приоритет рентгенохирургическому методу. Однако, при невозможности проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), первым этапом лечения должна стать консервативная терапия. Она позволяет подготовить пациента к оперативному вмешательству с приемлемыми операционными рисками.

ЧАСТОТА ВСТЕЧАЕМОСТИ НЕПРЕДНАМЕРЕННОЙ ГИПОТЕРМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.С. Янукович, Е.А. Новикова – студенты 16 группы 4 курса лечебного факультета

Кафедра анестезиологии-реаниматологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель - ст. преподаватель П.П. Протасевич

Актуальность. Гипотермия – это снижение температуры тела ниже 36°C. В отношении гипотермии в периоперационном периоде применяется термин inadvertent hypothermia, означающий «неумышленная» или «непреднамеренная гипотермия». По данным литературы, частота встречаемости непреднамеренной гипотермии колеблется от 37,5% до 77,2%. Снижение температуры даже в легкой степени может иметь ряд осложнений, таких как повышенный риск возникновения инфекции в области хирургического вмешательства, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, свертывающей системы и т.д. Это может затягивать период восстановления после анестезии и увеличивать риск неблагоприятного исхода.

Цель. Выяснить частоту встречаемости непреднамеренной гипотермии у пациентов с различными видами анестезии и разной длительностью оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования. Было проведено проспективное исследование, в ходе которого проводилась термометрия пациентам непосредственно после окончания оперативного вмешательства с последующим анализом времени и способа анестезии.

Результаты исследования. Нами была проведена термометрия в подмышечной впадине электронным термометром с последующим анализом медицинской карты стационарного пациента у 20 респондентов в послеоперационном периоде, находящихся на лечении в ОАР №1 УЗ «Гродненская университетская клиника».

Среди них мужчин было 9 (45 %), женщин – 11 (55 %). Средний возраст пациентов – 57 (± 5) лет. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 127 (± 21) минут. Виды оперативного вмешательства: ингаляционный наркоз применялся в 56% случаев, местный – в 22%, проводниковый – в 22%.

Средняя температура в раннем послеоперационном периоде составила 35,7 °С. Ниже 36 °С наблюдалась в 75% случаев, от 36 до 37°С – в 17%, свыше 37°С – в 8%.

Выводы. Частота встречаемости непреднамеренной гипотермии довольно высока, что требует дальнейшего изучения причинно-следственных взаимоотношений с целью оптимизации лечебного процесса.

СТОМАТОЛОГИЯ

ЭМГ-ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Ф. А. Абузагирова - студентка 312 гр. стоматологического факультета

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент О.Г. Омаров, ассистент М.А. Гасанова

Актуальность. Вопрос о своевременном проведении мероприятий, направленных на предупреждение патологической перестройки зубочелюстной системы после частичной утраты зубов, относится к актуальным в ортопедической стоматологии.

Цель. Изучение состояния элементов зубочелюстной системы в целях обоснования оптимальных сроков ортопедического лечения имеет большое практическое значение.

Материал и методы исследования. 60 пациентов обоего пола с частичным отсутствием зубов в возрасте от 25 до 70 лет обследовано и проведено ортопедическое лечение. При обследовании пациентов отмечали наличие в полости рта сильно разрушенных жевательных зубов, подлежащих удалению. На рентгенограмме выявились все признаки хронического периодонтита.

Ортопедическое лечение проводили непосредственными мостовидными протезами. Протезы фиксировали через 20 минут после удаления зубов на дентин пасту или репин. Эпителизация раны завершалась через 7-8 дней. Больные жалоб не предъявляли. Электромиограмму височных и жевательных мышц проводили с помощью накожных электродов на 8-ми канальном электроэнцефалографе фирмы «Медикор».

Применяли биполярный способ отведения биопотенциалов накожными электродами, что позволяло регистрировать суммарную электромиограмму, представляющую собой результат интерференции биопотенциалов действия многих двигательных единиц, находящихся в области отведения.

Клинико-функциональные исследования проводили через 7, 30, 60 дней после фиксации протеза.

Результаты исследования. Функциональные исследования, проведенные через 7 дней после фиксации протезов, показали, что функциональная асимметрия сохраняется.

Амплитуда биопотенциалов уменьшилась у височных мышц справа до 309 ± 32 МкВ /до лечения - 462 ± 23 МкВ/, слева до 369 ± 34 МкВ /до лечения - 455 ± 34 МкВ/, а у жевательных мышц справа до 338 ± 36 МкВ/ до лечения - 523 ± 53 МкВ/ и слева до 422 ± 51 МкВ /до лечения 480 ± 68 МкВ/, что достоверно меньше контрольных значений / $P < 0,001$ /.

Время биоэлектрического покоя возросло до нормальных величин $0,44 \pm 0,04$ /до лечения $-36 \pm 0,02$ сек./, а время биоэлектрической активности продолжало оставаться на тех величинах, что и до лечения $0,28 \pm 0,02$ сек./до лечения - $0,29 \pm 0,01$ сек/. Проба на сжатие подтвердила наличие снижения амплитуды биопотенциалов по сравнению с данными до лечения у жевательных мышц справа до 350 ± 64 МкВ /до лечения - 537 ± 23 МкВ/ и слева до 503 ± 34 МкВ /до лечения 503 ± 34 /, а у височных мышц слева до 388 ± 43 МкВ /до лечения - 476 ± 17 МкВ/ и справа до 339 ± 43 МкВ /до лечения - 489 ± 32 /, что отражает снижение силы сокращения жевательных мышц, связанной с реакцией на удаление зуба, адаптацией к изменившимся условиям жевания, а также силой привычки.

Через 30 дней протезы отвечают всем требованиям, фиксированы на висфат-цемент. При функциональном исследовании отмечается восстановление функциональной симметрии. Амплитуда биопотенциалов жевательных и височных мышц возросла и достоверно отличалась от данных до лечения, у жевательных мышц справа до 479 ± 40 МкВ, слева до ± 52 МкВ, у височных мышц справа до 474 ± 37 МкВ, слева до 431 ± 37 МкВ и не имела достоверного отличия от данных контрольной группы / $P < 0,05$ /

Временные показатели жевательных мышц не имели достоверных отличий от данных до лечения и от контрольных цифр / $P < 0,05$ /.

Проба на сжатие подтвердила эту закономерность.

Через 60 дней после фиксации непосредственного мостовидного протеза амплитуда биопотенциалов височных мышц справа 633 ± 31 МкВ, /до лечения - 462 ± 23 МкВ/, слева 647 ± 46 МкВ /до лечения - 455 ± 34 МкВ/, жевательных мышц справа 584 ± 41 МкВ /до лечения - 523 ± 53 МкВ/, слева 623 ± 39 МкВ /до лечения - 480 ± 68 /, что достоверно выше нормы / $P < 0,05$.

Отношение периодов биоэлектрической активности и биоэлектрического покоя жевательных мышц при непосредственном протезировании не имеет отличия от контрольных цифр, отсюда коэффициент «К» височных мышц справа и слева 0,86 и 0,78 соответственно, жевательных мышц справа и слева 0,80 и 0,78 соответственно. Амплитуда биопотенциалов при пробе на сжатие имеет достоверно большее значение, чем данные, полученные до лечения и контрольных значений, справа 670 ± 37 МкВ /до лечения - 489 ± 32 МкВ/, слева 671 ± 39 МкВ /до лечения - 476 ± 17 МкВ/ у височных мышц, у жевательных мышц справа 605 ± 45 МкВ /до лечения - 537 ± 23 /, слева 640 ± 39 МкВ /до лечения - 503 ± 34 .

Выводы. Таким образом, результаты электромиографического исследования жевательных мышц показали, что у лиц с частичным отсутствием зубов в результате лечения непосредственными мостовидными протезами через месяц отмечается улучшение деятельности мышц до нормальных цифр, что выражается в нормализации значений

амплитуд биопотенциалов при жевании и сжатии. Произошло уменьшение продолжительности жевательного периода и количества жевательных движений.

Отмечается нормализация функционального состояния мышц челюстно-лицевой области.

ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ РЕЗИНОК В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ

**Р.А. Аббасова – доцент, Л.Б. Мусаева – ассистент, Г.Д. Джалилова – ассистент,
Н.М. Махмудова - ассистент**

*Кафедра стоматологии детского возраста Азербайджанского медицинского университета,
Баку, Азербайджанская Республика*

Научный руководитель - заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор Р.Г. Алиева

Актуальность. Несмотря на успешное развитие в мире методов профилактики и лечения кариеса зубов, проблема распространенности этого заболевания остается весьма актуальной. По данным ВОЗ за 2018 год, распространенность кариеса молочных зубов у детей 6-летнего возраста составляет 68%, а в 12 летнем возрасте 65%. В Азербайджане состояние профилактической помощи на разных возрастных этапах ее оказания, характеризуется относительно высокими показателями распространенности и интенсивности кариеса зубов у населения. Интенсивность кариеса зубов у школьников Азербайджанской республики находится в интервале 1,5-2,2 пораженных постоянных и 2,4-3,1 временных зубов, удельный вес пломб в структуре КПУ не превышает 2-5%, а в структуре кп еще меньшей величины, а распространенность кариеса зубов составляет- 79% - 92 .

Известно, что естественной защитой от кариеса зубов служит в первую очередь слюна, нейтрализующая органические кислоты, вырабатываемые в зубной бляшке кислотопродуцирующими бактериями.

Стимуляцию слюноотделения можно отнести к весьма эффективным методам профилактики основных стоматологических заболеваний. В настоящее время пристальное внимание исследователей привлекает такой стимулятор секреции слюны, как жевательные резинки с сахарозаменителями, получившие большое распространение также и в нашей стране.

Целью нашего исследования являются клинические исследования влияния регламентированного применения лечебно-профилактической жевательной резинки «Дирол эффект с карбамидом» на кариесогенную ситуацию у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 212 школьников, разделенных на две возрастные группы; первая группа включала детей 8-11 лет, всего 111 учеников, а вторая 12-15 летних учеников. Данная группа составила 101 школьник.

Все подвергнутые обследованию школьники применяли жевательную резинку Дирол – эффект с карбамидом по 1 подушке три раза в день.

Для определения времени, затрачиваемого школьниками на сам процесс жевания пищи в сутки (завтрак, обед, ужин и промежуточные питания), нами были проведены хронометрические исследования. Все испытуемые были санированы и у всех был определен ортогнатический прикус и клинически здоровый пародонт. Хронометраж проводился самими школьниками, родителями младших школьников и нами в течение 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно проведенным исследованиям было определено, что в среднем школьники затрачивают на процесс жевания пищи 35 минут в сутки: на завтрак - 5,1 минуты (минимально - 3 мин., максимально - 7,2 мин.), на обед 12,3 минуты (минимально - 3,1 мин., максимально - 21,5 мин.), на ужин – 11,8 минуты (минимально - 4,6 мин., максимально - 19,0 мин.), на промежуточное питание – 5,8 минуты (минимально - 4,0 мин., максимально - 7,6 мин.). Процесс жевания пищи в сутки составляет минимально – 14,7 минуты, а максимально – 55,3 минуты, а в среднем 35 минут. На основании этих исследований был определен регламент применения лечебно-профилактической ЖР «Дирол эффект с карбамидом» по 1 подушечке 3 раза в день после еды по 20-25 минут.

Исходные данные состояния гигиены полости рта по гигиеническому индексу

ОНИ-S составило 0,75. Определенные индекса CPITN показало, что у исследуемых 212 школьников $3,10 \pm 0,32$ секстантов пародонта были здоровыми. Среднее количество секстантов, где выявлено кровоточивость десен при зондировании, составило $1,40 \pm 0,20$, а зубной камень - $1,50 \pm 0,24$.

Исходное функциональное состояние эмали (ТЭР-тест), у исследуемых было равно $72,2 \pm 8,80\%$. Исходные структурно-функциональные данные устойчивости эмали и реминерализующей способности слюны – КОСРЭ-тест были равны – $5,3 \pm 1,10$ суток. Распространенность исходной очаговой деминерализации составляла 38,8%. Участки очаговой деминерализации эмали были расположены на вестибулярных поверхностях постоянных зубов школьников. Сила тока, проходящего через эти участки, составляла $2,3 \pm 0,40$ мкА. После определения исходных данных, служивших контролем для каждого участника эксперимента все школьники получили рекомендации по использованию жевательной резинки «Дирол эффект с карбамидом» т.е. по 1 подушечке 3 раза в день после еды по 20- 25 минут. Исследования проводились также спустя 1, 2 и 3 месяца.

После 3-х месячного регламентированного применения «Дирол эффект с карбамидом» индекс ОНИ-S был равен 0,50 при исходном значении 1,75 ($p < 0,01$). Количество секстантов с кровоточивостью, составляющей до 0,45-0,09 было достоверно снижено по

сравнению с исходным значением -0.75 ($p < 0.05$). Изменений количества секстантов с зубным камнем не произошло.

Необходимо отметить резкое и достоверное снижение ТЭР- теста и КОСРЭ- теста. Значение ТЭР- теста снизилось до $41,70 \pm 10,05$, что говорит о достоверном снижении по сравнению с исходными данными ($72,20 \pm 8,80$). Та же динамика была выявлена и в отношении деминерализующего потенциала слюны – с исходных $5,30 \pm 1,10$ суток до $3,20 \pm 0,10$ суток. Выраженное повышение функциональной резистентности эмали и реминерализующего потенциала после регламентированного применения «Дирол эффект с карбамидом» сопровождалось снижением проницаемости эмали в области очаговой деминерализации участков эмали на 52,17%. При этом значение силы тока, проходящего через очаги деминерализации, после завершения исследований достоверно снизилось до $1,10 \pm 0,20$ мкА.

Таким образом, проведенные клинические исследования регламентированного применения «Дирол эффект с карбамидом» по 1 подушечке 3 раза в день после еды по 20- 25 минут показали, что указанное средство является лечебно-профилактическим, обладает хорошим дезодорирующим, очищающим, противовоспалительным и выраженным противокариозным свойствами.

РАННЯЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

**Г.М.-А. Будаичев, Р.Т. Кафаров, Г.М. Абдуллатипов, С.С.-М. Исаева,
К.А. Байрамов - ассистенты**

Кафедры терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент Г.М. Абдуллатипов

Актуальность. С целью хирургического лечения генерализованного пародонтита, нами предложена новая остеотропная композиция на основе модифицированной биоактивной керамики, в которой как антибактериальные агенты добавлены ионы серебра и меди, и препарат «Алфлутоп», содержащий соединения гликозаминогликанов.

Цель исследования. Изучение ранней клинической эффективности применения остеотропной композиции при хирургическом лечении костных пародонтальных карманов у больных генерализованным пародонтитом методом направленной регенерации тканей.

Материалы и методы исследования. Рандомизированное клиническое исследование выполнено у 47 больных генерализованным пародонтитом, II и III степени, хронического течения, средним возрастом ($43,2 \pm 1,7$) года. Всем больным осуществлены хирургические вмешательства на тканях пародонта с делением на две группы. В основной

группе использована остеотропная композиция и барьерная мембрана “Bio-Gide”. В контрольной группе — тоже мембрана и остеопластический материал “Bio-Oss”. В течение первых семи суток после операции у больных определяли степень боли, кровоточивости на послеоперационных участках, гиперемии и отека десен и окружающих слизистых оболочек, используя анкетирование и при осмотре врачом по критериям их отсутствия, незначительного, умеренного или выраженного проявления. Послеоперационное состояние пародонтальных лоскутов на 7-е и 14-е сутки оценивали по индексу раннего заживления раны (ИРЗР, Н. Wachtel, 2003). Регистрировали признаки экспозиции и отторжения пародонтологических барьерных мембран.

Результаты исследования. Хирургическое лечение методом направленной регенерации тканей проведен в участке 56 костных пародонтальных карманов, равномерно представленных в основной (23 больных, 48,9 %) и контрольной (24 больных, 51,1 %) группах. Послеоперационные болевые ощущения наблюдали у 8 (29,6 %) больных из основной группы, а в контрольной группе — у 17 (58,6 %) больных. Преобладала умеренная интенсивность боли в обеих группах. Отсутствие кровоточивости определено в 22 (81,4%) больных в основной группе. Кровоточивость (разной интенсивности) в контрольной группе наблюдалась у 8 (27,5 %) послеоперационных больных. Преобладала незначительная гиперемия — у 11 (41 %) больных в основной группе, 12 (39 %) больных в контрольной группе. Выраженный отек был диагностирован примерно в 4 % случаев в обеих группах. Незначительный отек определен у 6 послеоперационных больных, что на 14 % ниже, чем в группе сравнения. На 7-е сутки исследования полное совмещение пародонтальных лоскутов и признаки заживления послеоперационных ран первичным натяжением незначительно преобладали в основной группе: 14 (52 %) больных в основной группе и 11 (38 %) больных в контрольной группе. Образование пленок и обильных наслоений фибрина на контактирующих поверхностях послеоперационных ран определен у 12 (44,3 %) больных в основной группе и 15 (52 %) больных в контрольной группе. На 14-е сутки зарегистрировано более отчетливое образование фибринового выпота в контрольной группе. Частичный некроз контактирующих поверхностей лоскутов в области межзубных сосочков наблюдался преимущественно в течение первой недели: 1 (3,7 %) больной в основной группе против 3 (10 %) больных в контрольной группе. Достоверных различий ИРЗР между клиническими группами не выявлено.

Вывод. Проведенный анализ хирургического лечения у пациентов основной группы с использованием предложенной остеотропной композиции, продемонстрировал высокую раннюю клиническую эффективность, и не уступает результатам лечения с более дорогостоящими остеопластическими материалами.

**ГОМЕОСТАЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХЕЛИКОБАКТЕР-
АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**Г.М.-А. Будаичиев, Г.М. Абдуллатипов, С.С.-М. Исаева,
К.А. Байрамов - ассистенты**

Кафедры терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент Г.М. Абдуллатипов

Актуальность. Хронические гастрит (ХГ) и гастродуоденит (ХГД) — одни из самых распространенных заболеваний гастродуоденальной зоны. В их развитии существенную роль играют факторы стресса, нарушения питания, частое употребление крепких напитков, расстройство функции слюнных желез, а также наличие инфекции *H. pylori*. Известно, что естественной средой обитания *H. pylori* может быть не только желудок, но и ротовая полость, которая служит резервуаром для бактерий и источником самозаражения.

Цель исследования. Изучить состояние ротовой полости у больных хроническим гастритом и хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 63 больных хеликобактер-ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны, которые были разделены на три группы. Первая группа — 16 больных ХГ, вторая — 27 больных ХГД, третья — 20 относительно здоровых людей, без явных заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и ротовой полости, которые служили контролем. Верификацию диагноза проводили на основании клинико-анамнестических данных и результатов эзофагофиброгастродуоденоскопии, при которой осуществляли взятие биопсийного материала из слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим проведением гистологического исследования и быстрого уреазного теста (CLO-тест). В ротовой полости исследовали слюну и зубной налет, с которым проводили CLO-тест. У больных собирали нестимулированную слюну натошак и рассчитывали скорость саливации (в мл/мин). В слюне определяли следующие биохимические показатели: содержание малонового диальдегида (МДА), активность эластазы, уреазы, лизоцима, каталазы, а также содержание белка. По соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима рассчитывали степень дисбиоза по А. П. Левицкому, а по соотношению активности каталазы и содержания МДА — антиоксидантно-прооксидантный индекс (АПИ). У больных определяли также гигиенические индексы: Silness–Loe, Stallard, Шиллера — Писарева, РМА.

Результаты исследования. У 69% больных ХГ и 95 % — с ХГД, *H. pylori* обнаруживается в ротовой полости. У пациентов обеих групп наблюдается увеличение скорости саливации, дентальные индексы существенно возрастают, что свидетельствует о

наличии воспалительно-дистрофических процессов в тканях ротовой полости у больных ХГ и ХГД. Биохимический анализ слюны у больных первой группы показывает, что у них на 85% возрастает активность эластазы, в 2,9 раза снижается активность лизоцима и более чем в 3 раза — активность каталазы. Как следствие, почти в 7 раз возрастает степень орального дисбиоза, на фоне которого, как правило, развиваются стоматиты, пародонтиты и кариес зубов. У больных второй группы увеличивается концентрация белка на 31 %, активность эластазы возрастает на 175 %, активность уреазы в 5 раз. В то же время наблюдается снижение активности антиоксидантного фермента каталазы на 57% и активности лизоцима на 49 %. В результате этого в ротовой полости возрастает в 19 раз степень дисбиоза, но на 31 % снижается АПИ.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных ХГ и ХГД в ротовой полости снижается уровень неспецифического иммунитета и развивается дисбиоз, на фоне которого возникают воспалительно-дистрофические процессы в тканях ротовой полости. Поэтому с целью профилактики стоматологических осложнений у больных ХГД целесообразно применять антидисбиотические средства.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

А.Ю. Быстрова - клинический ординатор

Кафедра стоматологии ИНМФО

ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель: ассистент кафедры стоматологии детского возраста

Т.И. Фурсик

Актуальность. Стоматологическая заболеваемость среди детского населения весьма значимая проблема, растущая ежегодно и требующая незамедлительного разрешения. [1,2].

Кариес и , прежде всего, его осложнения, такие как воспаление пульпы и периодонта, являются одними из самых актуальных вопросов, стоящих на пути детской стоматологии. Несвоевременное и низкоэффективное лечение, большой объем поражений при заболеваниях пульпы молочных зубов зачастую приводит к тяжелым осложнениям со стороны периапикальных тканей и всего организма ребенка в целом[3]. Следовательно, от определения показаний , выбора метода лечения и проведения самих лечебных манипуляций зависит дальнейшая судьба зуба, а именно : сохранение жизнеспособности сосудисто-нервного пучка, рост и формирование его корней, а также его функциональная ценность. Поэтому все лечебные вмешательства должны быть направлены на создание адекватных физиологических условий для дальнейшего формирования структур зуба и окружающих его тканей. [4].

Цель. Проведение оценки отдаленных результатов лечения пульпитов молочных зубов у детей на основе объективного осмотра пациентов, анализе амбулаторных карт и рентгенологических снимков за период с 2019-2022 год.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено стоматологическое обследование, которое осуществлялось на базе Стоматологической поликлиники ВолгГМУ г. Волгограда.

В исследование были включены 48 детей в возрасте от 6 до 9 лет, с ранее проведенным эндодонтическим лечением молочных зубов. Проанализированы рентгенологические снимки пациентов (прицельные дентальные рентгенограммы, ОПТГ), проведен анализ амбулаторных карт пациентов для определения методов лечения пульпита и качества ранее проведенного лечения. Контрольная группа объективно осмотрена. Полученные данные статистически обработаны.

Результаты исследования. При анализе амбулаторных карт пациентов и рентгенологических снимков: из 64 зубов у детей, в которых был диагностирован пульпит: 29 зубов со сформированными корнями лечены методом витальной ампутацией, 6 зубов - витальной экстирпацией; девитальной ампутацией -11; девитальной экстирпацией - 8 зубов. В зубах, корни которых были уже на стадии рассасывания использовали метод девитальной ампутации в 7 зубах, витальной экстирпации в 3 зубах (в однокорневых зубах, при начавшейся резорбции корней). Также, девитальные методы применялись у пациентов, негативно настроенных к лечению. Биологический метод лечения пульпита не использовали.

Качество проведенного эндодонтического лечения оценивалось по наличию или отсутствию осложнений. Выявлено, что периапикальный абсцесс без свища обнаружен в 1 зубе, леченном методом витальной ампутации, 2 зубах – методом девитальной ампутации. Наличие свищевого хода и деструктивные изменения в области фуркации и обоих корней встречались в зубах со сформированными корнями в следующих случаях: 1-зуб, леченный методом витальной ампутации, 1- девитальной экстирпацией, 2 - витальной экстирпацией; 2 - девитальной ампутацией на стадии рассасывания корней. Хронический апикальный периодонтит с рентгенологическими признаками деструкции костной ткани в области корней и фуркации на стадии сформированного корня обнаружен в: 4 зубах- леченных витальной ампутацией, 2 - девитальной ампутацией, 1- девитальной экстирпацией; на стадии рассасывания корня 2 зуба ,эндодонтически леченные методом девитальной ампутацией имели данные признаки.

Таким образом, осложнения выявлены в 28,1% случаев, при этом 14% (9) требуют повторного эндодонтического лечения и 14 % (9) зубов удалены по причине наличия клинических и рентгенологических признаков хронического воспаления. Из общего числа

осложнений 77,7 % - зубы, леченные ампутационными методами (витальными и девитальными) и 22,2% - экстирпационными. При этом эффективность лечения составила 71,9% . Полученные результаты показывают, что более результативным методом лечения пульпитов молочных зубов является экстирпация, как витальная, так и девитальная.

Выводы. Таким образом, процент осложнений при лечении пульпитов молочных зубов при использовании методов ампутации и экстирпации пульпового содержимого весьма высокий. Неудачи ранее проведенного эндодонтического лечения, как правило, связаны с обострением хронических процессов, недостаточной диагностикой заболеваний или ее отсутствием, неправильно выбранным методом лечения, а также нарушением протокола самого лечения. Проведение методик полного или частичного удаления пульпы требует от врача постоянного совершенствования теоретических и практических навыков, достаточного оснащения рабочего места, что в свою очередь определяет место детской стоматологии и эндодонтии, в частности, в число высокоспециализированных областей стоматологии.

Библиографический список.

1. Сравнительная характеристика осложненного и неосложненного течения гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области у детей. / Сущенко А. В., Алферова Е. А., Дремалов Б. М., Красникова О. П., Вусатая Е. В. // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2012. — № 4. — С. 29.
2. К вопросу о совершенствовании диспансеризации стоматологических больных / Вусатая Е. В., Красникова О. П., Алферова Е. А., Олейник О. И. // Прикладные информационные аспекты медицины. 2015. Т. 18 № 2.- С. 57–61.
3. Современные методы эндодонтического лечения молочных зубов . Т.С. Гаврильчик, Г.Р. Рувинская/ Казанская государственная медицинская академия ,2017, г. Казань.
4. С.М. Лечение пульпита временных зубов: учеб.-метод. пособие / С.М. Кривонос, Н.В. Березина, А.Ф. Ахмерова. — Казань: КГМА, 2012. — 54 с.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.С. Гасанли - ассистент

Кафедра детской стоматологии

Азербайджанский Медицинский Университет

Научный руководитель – з.д.н., проф., д.м.н. Р.Г. Алиева

Актуальность проблемы. При зубочелюстных аномалиях под воздействием комплекса этиологических факторов развиваются и прогрессируют патологические

изменения сосудистой системы пародонта, приводящие к изменениям всего тканевого комплекса пародонта. Морфологическим субстратом этих изменений является воспаление краевого пародонта. В результате этих изменений обычная окклюзионная нагрузка, превышающая толерантность пародонта, превращается из стимулирующего развитие фактора в травматический, усугубляющий течение заболевания.

По мнению ряда авторов с помощью несъемных ортодонтических аппаратов возможно эффективно устранить функциональные, морфологические и эстетические отклонения от нормы, а также добиться стабильных и долгосрочных результатов.

Длительное лечение зубочелюстных аномалий с применением несъемных ортодонтических аппаратов, приводит к проблемам гигиены полости рта даже при тщательном уходе, что в свою очередь может вызвать патологический процесс в тканях пародонта.

Устранение воспалительного процесса в пародонте, создание условий для предотвращения проникновения процесса в более глубокие слои, а также восстановление анатомического строения пародонта, его функций и достижение стабильной ремиссии составляют основную цель лечебно-профилактических мероприятий.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий при гингивите и пародонтите, возникающих при лечении зубочелюстных аномалий с применением несъемных ортодонтических аппаратов.

Материал и методика. Для решения поставленных задач проведено клиническое, инструментальное, рентгенологическое, иммунологическое обследование 120 пациентов в возрасте от 12 до 25 лет, получавших лечение с применением ортодонтических аппаратов различных форм зубочелюстных аномалий – зубов, зубных рядов и аномалий прикуса. Пациенты были разделены на три группы, составляющие 40 человек в каждой. До и во время ортодонтического лечения с помощью несъемных ортодонтических аппаратов был проведен биохимический анализ ротовой жидкости для определения активности лизоцима в полости рта через 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев после начала лечения.

В таблице указана активность лизоцима в ротовой жидкости, на различных этапах лечения несъемными ортодонтическими аппаратами.

Различные периоды проведения ортодонтического лечения	Активность лизоцима в ротовой жидкости, мкг/мг			Статистическая достоверность
	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	
Перед началом проведения ортодонтического лечения	17,18±0,80	17,34±0,80	17,07±0,80	P<0,05

Спустя 1 месяц после начала проведения ортодонтического лечения	9,61±0,39	11,93±0,49	16,44±0,79	P<0,05
Спустя 6 месяцев после начала проведения ортодонтического лечения	14,03±0,64	15,81±0,76	16,83±0,79	P<0,05
Спустя 12 месяцев после начала проведения ортодонтического лечения	15,74±0,76	16,61±0,79	18,13±0,82	P>0,05
В конце ортодонтического лечения	15,86±0,76	16,73±0,79	18,25±0,83	P>0,05

Результаты, полученные при определении активности лизоцима в ротовой жидкости у пациентов, составляющие все три группы до начала лечения, были примерно одинаковыми: в первой группе они составляли 17,18±0,80 мкг/мг, во второй-17,34±0,80 мкг/мг, в третьей-17,07±0,80 мкг/мг.

В первой группе через 1 месяц после начала лечения несъемными ортодонтическими аппаратами активность лизоцима оставалась низкой и составляла 9,61±0,39 мкг/мг. Соответственно, во второй группе содержание лизоцима в ротовой воде оставалось на низком уровне, составляя 11,93±0,49 мкг/мг, а в третьей-16,44±0,79 мкг/мг.

Через 6 месяцев после начала лечения активность лизоцима ротовой жидкости, также была определена в 14,03±0,64 мкг/мг в первой группе, 15,81±0,76 мкг/мг во второй группе и 16,83±0,79 мкг/мг в третьей группе.

Через 12 месяцев после начала ортодонтического лечения активность лизоцима в ротовой жидкости была определена в 15,74±0,76 мкг/мг в первой группе, 16,61±0,79 мкг/мг во второй группе и 18,13±0,82 мкг/мг в третьей группе.

В конце лечения несъемными ортодонтическими аппаратами активность лизоцима в ротовой жидкости была низкой в первой группе и во второй группе составили соответственно 15,86±0,76 мкг/мг и 16,73±0,79 мкг/мг. Только в третьей группе активность лизоцима в ротовой жидкости повысилась до 18,25±0,83 мкг/мг, однако этот показатель статистически недостоверно отличался от предыдущих показателей.

Сразу после фиксации несъемного ортодонтического аппарата, независимо от вида ортодонтической техники, наблюдалось достоверное снижение активности лизоцима в смешанной слюне. Можно предположить, что этот факт обусловлен снижением уровня гигиенического состояния полости рта, т. к. инактивация лизоцима происходит из-за изменения его структуры в ротовой жидкости, а также из-за механического воздействия ортодонтических сил на пародонт. Причем снижение этих показателей было на одинаковом уровне.

Анализ результатов проведенных исследований, дает нам основание сказать, что к причинам возникновения патологических изменений в тканях пародонта при зубочелюстных аномалиях можно отнести дополнительную функциональную нагрузку на пародонт из-за того, что давление, падающее на пародонт при различных артикуляционных движениях челюсти при зубочелюстных аномалиях, выходит за пределы продольной оси зуба. Также причиной патологических изменений может быть повреждение десен вследствие воздействия горизонтальных сил, падающих на аномально расположенный зуб при жевательных движениях, возникновение микроизменений в структуре пародонта и отсутствие факторов, защищающих десну во время функции в области экваторов аномально расположенных зубов, непосредственное воздействие зубов антагонистов, механическое воздействие на пародонт, создание благоприятной среды для развития микрофлоры, в результате травматического воздействия на слизистую оболочку десен и окружающих тканей, а также образование зубных отложений в результате затрудненной механической чистке при скученности зубов в зубном ряду, является дополнительным фактором, поражающим ткани пародонта.

Таким образом, результаты проведенного исследования дали возможность подтвердить эффективность предложенной нами методики-проведения ирригации полости рта препаратом «Фитооил с облепихой и воском» (Fitooil Buckthorn oil with propolis), а также совместного применения местных иммуностимулирующих средств, таких как «Иммунотеа» (immunostimulating tea) в профилактике возникновения воспалительных процессов в тканях пародонта у больных, находящихся на ортодонтическом лечении несъемной техникой.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ МИКРО
-ИЛИ РЕТРОГНАТИИ У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

С.К. Гулиева; М.Ю. Джабарова - старший лаборант

Кафедра детской стоматологии

Азербайджанский Медицинский Университет

Научный руководитель – з.д.н., проф., д.м.н. Р.Г. Алиева

Проблема диагностики и ортодонтического лечения пациентов с мезиальной окклюзией является одной из актуальных и сложных в современной ортодонтии. Мезиальная окклюзия является одной из наиболее тяжёлых аномалий прикуса. Своевременно неустранённая в периоде молочного прикуса, данная аномалия в дальнейшем, как правило, переходит в стойкую аномалию и сопровождается значительными морфо-функциональными и эстетическими нарушениями, исправление которых значительно труднее и требует

продолжительного времени, что отрицательно влияет на физическое и психоэмоциональное состояние детей, подростков и взрослых.

Распространённость мезиальной окклюзии варьирует. Например, по данным литературы мезиальная окклюзия наблюдается среди подростков Швеции 9,4% случаев, среди детей Японии наблюдается в 4-13% случаев, в Российской Федерации 1-16%. Среди школьников Азербайджанской Республики встречается в 3,2% случаях.

Этиологические факторы, приводящие к формированию мезиальной окклюзии разнообразны. Почти все исследователи при этом указывают на наследственность. Заболевание имеет аутосомно-доминантный наследственный характер с неполной пенетрантностью генотипов.

Помимо наследственного фактора важным этиологическим моментом в развитии мезиальной окклюзии ряд авторов указывают на увеличение размеров и изменения положения языка. При развитии мезиальной окклюзии имеет значение отсутствие отдельных зубов на верхней челюсти или ретенция 13 и 23 зубов. Развитие мезиальной окклюзии зубных рядов может быть обусловлено также нарушениями функции дыхания и речи и присутствием вредных привычек, таких как сосание и прикусывание верхней губы, прокладывание языка между зубными рядами, сосание пальцев и другие.

Механизм развития мезиального прикуса при отсутствии боковых резцов на верхней челюсти связан с корпусным перемещением зубов и укорочением зубного ряда, наклоном зубов в сторону дефекта, недоразвитием альвеолярного отростка и апикального базиса и нарушением окклюзии.

Антропометрический метод диагностики гипсовых моделей челюстей с мезиальной окклюзией позволяет анализировать клиническую ситуацию, а также планировать этапы ортодонтического лечения в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей зубочелюстной системы. Однако, некоторые аспекты диагностики и лечения пациентов с мезиальной окклюзией требуют дополнительного изучения и совершенствования.

Цель исследования - сравнение характеристик положения и размеров верхней челюсти у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 25 пациентов в возрасте от 9-15 лет. Исследования проводили на кафедре Детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета. Все пациенты подверглись клиническим и дополнительным методам обследования, включающим антропометрические методы исследования гипсовых моделей челюстей, рентгенологическое и фотометрическое исследование.

Изучено и проанализировано 25 пар гипсовых моделей зубных рядов у пациентов с частичной адентией в области переднего верхнего сегмента. Все 25 обследованных пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов соответственно их данных диагностических анализов были разделены по возрасту на две группы: 1 группа - 14 человек от 9-12 лет и 2 группа - 11 человек от 13-15 лет. При антропометрическом исследовании гипсовых моделей челюстей продольные размеры (длина) зубных рядов определяли по методу Коркхаузе, общую длину зубных рядов по методу Нансе. Поперечные размеры (ширина) зубных рядов на уровне первых премоляров и первых моляров определяли по методу Пона. Мезио-дистальные размеры 12 зубов нижней и верхней челюсти изучали по методу Тонна и Болтона. Были также изучены размеры зубных рядов по сегментарной формуле Герлаха.

Тщательно изучены ортопантограммы челюстей и телерентгенограммы головы в боковой проекции. Основными диагностическими рентгенологическими параметрами для всех пациентов были избраны данные телерентгенограммы: параметр ANS-PNS, определяющий размер верхней челюсти, $\angle SNA$ и $\angle N/S/PNS$, определяющие положение верхней челюсти, $\angle SNA$, $\angle SNB$, $\angle ANB$, $\angle 1SpP$, суммарный угол Bjorka, определяющий направление и тип роста костей лицевого черепа.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучены результаты исследования антропометрическим методом 25 пар гипсовых моделей зубных рядов с мезиальным прикусом и адентией верхних боковых резцов.

Результаты проведенного анализа показали, что размеры всех зубов у 25 пациентов с мезиальной окклюзией и адентией верхних боковых резцов превышало норму на 0,3-0,9 мм, что объясняется вариабельностью индивидуальной нормы обследуемой группы пациентов.

Полученные при обследовании нами данные позволяют рассчитать количество места, которое необходимо создать для отсутствующих зубов. Учитывая норму и отсутствие 12 и 22 зубов и исходя из расчетов индекса Тона (в норме 1,33) пришли к заключению о наличии макродентии 11 и 21 зубов (индекс Тона составил 1,31). Определение симметричности играет важную диагностическую роль. Однако этого недостаточно для ортопедического замещения боковых резцов верхней челюсти, поэтому требуется незначительное увеличение пространства между 12 и 21 зубами.

У 25 пациентов с отсутствием верхних боковых резцов провели анализ длины и ширины апикальных базисов челюстей по Хаусу. Данные результатов сравнивали с данными нормы по Снагиной. Длина апикальных базисов верхней челюсти оказалась намного меньше (15%) соответственно 17%, а ширина апикального базиса верхней челюсти почти соответствовала норме.

Сегментарный анализ. Изучение сегментарного строения зубных рядов позволяет определить размеры зубных рядов при их смыкании в переднем и боковых участках. Измеряя проекционную длину от 13 - 23 зуба и сравнивая ее с размерами сегментов зубных рядов при физиологической окклюзии, мы определяли величину переднего сегмента. Ширина верхнего зубного ряда в области клыков составила 34 мм, а боковой сегмент - 27 мм, на нижней челюсти - передний сегмент равен 38 мм, а боковой - 29. Изучение и сравнение размеров сегментов зубных рядов у пациентов с мезиальной окклюзией и адентией верхних боковых резцов показали, что сегменты смещены относительно друг друга и не равны между собой. Для таких пациентов характерно уменьшение переднего сегмента верхней челюсти, размеры боковых сегментов верхней челюсти совпадают с нормой, а боковые сегменты нижней челюсти справа и слева слегка увеличены. Это объясняется мезиальным смещением всей боковой группы зубов верхней челюсти. Нарушение положения зубов и их размеров (макродентия) на верхней челюсти приводят к изменению в области зубного ряда на нижней челюсти. При анализе боковой проекции телерентгенограмм 25 пациентов выявлена индивидуальная верхнечелюстная микрогнатия (параметры A-PNS в среднем составил $41,25 \pm 0,7$ мм, что на $4,1 \pm 0,7$ мм меньше нормы).

При норме $\angle SNA = 82-83^\circ$ выявили среднее значение $\angle SNA = 77,8^\circ \pm 1,5^\circ$, где у 75,3% обследованных $\angle SNA$ был меньше, а у 24,7% - в норме. Средние значения $\angle S/N/PNS$ соотносились с нормой и составили в среднем $71,05 \pm 1,3^\circ$. У 67% пациентов $\angle N/S/PNS$ был меньше нормы. Суммарный угол по Bjork у обследованных составил в среднем 403° (норма $396,5^\circ$), что свидетельствует о вертикальном типе роста челюстей. $\angle SNB$ составил в среднем $83-85^\circ$ (при норме $83,2^\circ$), $\angle 1SpP$ составил до 70° (норма $66,1^\circ$), что свидетельствует о ретрузии центральных резцов верхней челюсти. Таким образом, у большинства пациентов уменьшение $\angle SNA$ было обусловлено индивидуальной микрогнатией, гиподентией, а ретропозиция верхней челюсти проявляется в виде вогнутого лица.

Заключение. Таким образом, проведенные нами исследования, дали нам возможность считать антропометрический метод исследования весьма важным условием для оценки состояния зубочелюстной системы у пациентов с мезиальной окклюзией и первичной частичной адентией верхних боковых резцов.

При лечении мезиальной окклюзии, сопровождающейся отсутствием верхних боковых резцов необходимо определение значения параметров $\angle SNA$, $\angle N/S/PNS$, $\angle SNB$, $\angle A-PNS$, $\angle 1SpP$, $\angle NS/Go$, $\angle Sum.Bjork$ для совершенствования диагностики, анализа и оценки положения, размера и типа роста верхней челюсти.

**НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА
ПРИ СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ СРОКОВ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗОВ**

З. М. Дагирова - студентка 203 группы стоматологического факультета

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Х.О. Омарова, к.м.н., доцент Э. А. Ахмедова

Актуальность. Сегодня большое значение придается съемному протезированию и степени атрофии тканей протезного ложа приданном методе восстановления утраченных зубов. Изучение данного вопроса позволить оценить все за и против при раннем и отдаленном протезировании после удаления зубов.

Цель. Целью нашего исследования явилось изучение степени атрофии тканей протезного ложа при непосредственном, раннем и отдаленном протезировании после удаления зубов и наложения протезов в динамике.

Материал и методы исследования. 54 больным проведено непосредственное протезирование (через 30—40 минут после удаления зубов), 25 человек — раннее протезирование (через 7—10 дней после удаления зубов), 38 больным проведено отдаленное протезирование (в разное время: от 2-х месяцев до 5 лет после. удаления зубов). Всего изготовлены 155 съемных протезов. Зубы были удалены по поводу пародонтита тяжелой степени, при патологической подвижности 3—4 степени и деструкции костной ткани более 1/2 длины корня. Результаты исследований, полученных при измерении площади протезного ложа с момента удаления зубов и после наложения съемных протезов, выявили закономерность, которая выражается в уменьшении площади протезного ложа в месте удаления зубов.

Результаты исследования. Сопоставляя закономерность уменьшения площади протезного ложа с вестибулярной и оральной сторон отмечается, что она в большой степени выражена на верхней челюсти с вестибулярной стороны, на нижней челюсти — с оральной стороны. Причем, эта закономерность выявляется как в раннем, так и в поздние сроки после удаления зубов. Для характеристики атрофии площади протезного ложа определяли убыль ее с момента удаления зубов до наложения протезов. При раннем протезировании, через 10 дней после удаления зубов, убыль площади протезного ложа составляла на верхней челюсти 8% с вестибулярной, 3% с небной стороны; на нижней челюсти: 4% с вестибулярной, 9%- с оральной стороны. При отдаленном протезировании, через 2 месяца после удаления зубов,

убыль площади протезного ложа составляла на верхней челюсти: 22% с вестибулярной, 17%- с небной стороны; на нижней челюсти : 16% с вестибулярной, 20%- с оральной.

Следовательно, атрофия площади протезного ложа нарастает в зависимости от сроков наложения протезов после удаления зубов. При этом, в большей степени площадь уменьшается с момента удаления зубов до наложения протезов при отдаленном протезировании. При непосредственном протезировании атрофия площади протезного ложа изучалась после наложения протезов. При раннем и отдаленном протезировании атрофия площади протезного ложа изучалась с момента удаления зубов до наложения и после наложения протезов. При непосредственном протезировании через 3 месяца после удаления зубов и наложения по сравнению с исходными данными до удаления зубов на верхней челюсти отмечается убыль площади: 17% с вестибулярной, 20%-с оральной. При раннем протезировании убыль площади составляет на верхней челюсти: 21% с вестибулярной, 15% с небной стороны; на нижней челюсти: 20% с вестибулярной, 23%- с оральной стороны. При отдаленном протезировании убыль площади составляет на верхней челюсти: 25% с вестибулярной, 19% с небной стороны; на нижней челюсти: 21% с вестибулярной, 23%- с оральной стороны. При сопоставлении атрофии тканей протезного ложа с момента удаления зубов, максимальная убыль площади протезного ложа выявляется при отдаленном протезировании, минимальная — при непосредственном протезировании. В поздние сроки пользования протезами эта закономерность сохраняется.

Выводы. Таким образом, характерной особенностью перестройки протезного ложа при непосредственном, раннем и отдаленном протезировании является убыль площади протезного ложа в первые 2—3 месяца с момента удаления зубов. К 6 месяцам убыль площади протезного ложа достигает максимума и в дальнейшем до года стабилизируется. Следовательно, процессы регенерации и резорбции костной ткани наиболее поддаются управлению в первую неделю, а благоприятное функциональное воздействие на формирование кости оказывает протез, наложенный сразу после удаления зубов. В этот период должны быть созданы условия для сохранения кровяного сгустка и защиты раны от внешних раздражителей, что достигается непосредственным протезированием,

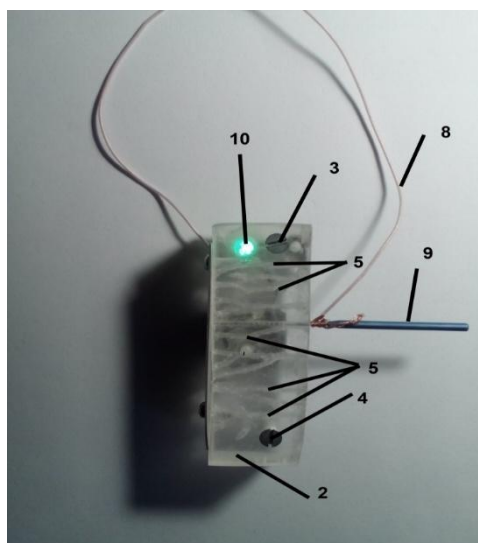
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОТРЕНАЖЕРНОГО БЛОКА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА СИМУЛЯЦИОННОМ КУРСЕ СТОМАТОЛОГИИ**
М.М. Магомедова - студентка 307 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев
Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю. Н. Кажлаев

Актуальность исследования. Успешная работа специалиста-стоматолога в значительной степени зависит не только от серьёзных теоретических знаний, но и уровня практической, в частности мануальной, подготовки, безусловно важная роль в которой принадлежит симуляционному курсу. Нарастающий прогрессивным образом объем информации, и незначительное количество учебных часов при этом, делают недостаточно эффективными традиционные общепринятые методы обучения. При прохождении предклинического курса студенты должны иметь возможность воспроизведения всех основных практических этапов предстоящей клинической деятельности и приобретения мануальных навыков лечения основных стоматологических заболеваний на фантомах зубов и челюстей. Значительный процент осложнений после первичного эндодонтического лечения, согласно многочисленным исследованиям в различных регионах страны, свидетельствует о недостаточном владении мануальными навыками в проведении основных этапов подготовки и obturation корневых каналов при хирургических методах терапии осложненного кариеса. Современное многообразие инструментария, материалов и приборов, используемых при интрадентальных манипуляциях, не позволяет, тем не менее, достичь полноценных результатов при отсутствии хороших мануальных навыков эндодонтической подготовки. Значительный удельный вес осложнений после проведенного эндодонтического лечения определяется, как свидетельствуют многочисленные клинико-лабораторные исследования, качеством выполнения всех этапов эндодонтической подготовки корневых каналов с учетом поливариантности их строения и необходимостью придания каналу определенной (предпочтительно конусовидной) формы с созданием апикального упора, как правило, в области физиологической верхушки. В значительной степени высокий процент несовершенства подготовки корневых каналов к последующей obturation предопределяется недостаточным владением мануальными навыками эндодонтического характера, отрабатываемыми на эндотренажерах, что и объясняет процент неудач при первичном эндодонтическом лечении (более 30%). Представляется интересным поиск возможностей повышения уровня знаний и мануальных навыков в проведении эндодонтических этапов подготовки зубов при проведении хирургических методов лечения осложненного кариеса.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности обучения эндодонтическим манипуляциям путем разработки и последующего использования эндотренажерного блока корневых каналов со световой индикацией.



Результаты исследования. Предлагаемый эндодонтический тренажерный блок позволяет избежать всех вышеуказанных недостатков как за счет моделирования максимально приближенного к естественному масштаба и многовариантности строения корневых каналов, так и возможности текущего контроля за качеством выполнения основных этапов эндодонтической подготовки с созданием апикального упора и манипуляциями с учетом рабочей длины корневого канала, визуальнофиксируемой с помощью световой индикации.

Тренажерный блок представляет собой конструкцию, состоящую из двух пластин монолитного поликарбоната, соединенных с помощью резьбо-винтового соединения. На поверхность одной из пластин с помощью шаровидного бора (или термомеханическим способом) наносятся бороздки, соответствующие различным вариантам строения корневых каналов, в том числе и многокорневых зубов со сложной геометрией. На наружной грани пластины закреплен батарейно-контактный отсек из металла, переходящий подошвой на нижнюю поверхность конструкции с контактом на (+)3-х вольтовой батареи и имеющий выход в виде многожильного изолированного ПВХ- провода , соединяемого в процессе работы с помощью разъемного зажимного щупа с эндодонтическим инструментом, используемым в конкретной ситуации. Минусовой выход батареи соединен с помощью провода с минусовым контактом светодиода, встроенного в пластину из оргстекла. Полноценное прохождение корневого канала инструментом при достижении верхушечного

отверстия сопровождается замыканием электрической цепи и проявляется свечением светодиода (удостоверение на рац. предложение №17-1517, выданное ДГМУ).

Использование блока заключается в следующем- в собранном виде модель используется для выполнения адекватной эндодонтической обработки корневых каналов с применением соответствующего эндодонтического инструментария и придания им конусовидной формы на рабочую длину с установленными стопперами с учетом светодиодной визуализации при достижении рабочей длины. После выполнения манипуляций производится съем накрывающей пластины с визуализацией степени подготовки корневого канала и объективной оценкой качества с возможностью корректировки выполнения учебного задания.

Выводы. Таким образом, современное состояние вопросов материально-технического оснащении учебных фантомных классов с отсутствием реальных возможностей приобретения серийно выпускаемого расходного стоматологического оборудования при его общеизвестной значительной дороговизне (блоки фантомных зубов и челюстей), делают предлагаемую конструкцию весьма перспективной и представляющей значительный интерес в вопросах повышения эффективности обучения мануальным навыкам эндодонтической направленности.

Иными словами, предлагаемый эндотренажерный блок ввиду простоты изготовления, доступности комплектующих, экономичности и высокой эффективности, а также, что особенно важно, возможности визуализации процесса достижения рабочей длины, причем , как с применением ручных файлов, так и современных машинных никель-титановых эндодонтических систем, представляет значительный интерес для широкого внедрения и использования в процессе обучения на симуляционном курсе с целью значительного повышения качества образовательного процесса на предклиническом этапе подготовки творчески мыслящих и конкурентноспособных, в последующей клинической деятельности, врачей-стоматологов.

ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

К.А. Байрамов – ассистент, З.К. Махмудова, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. Реакция иммунной системы на очаг хронического воспаления в пародонте, то есть в условиях, когда уже образовался пародонтальный карман, касается, как установлено в многочисленных клиничко-лабораторных исследованиях, главным образом, гуморального иммунитета (Г.Д. Овруцкий, 1990, А.И. Воложин, 1998). Показано, что в истоках возникновения и механизмах развития органных, тканевых и клеточных нарушений пародонтита ведущая роль принадлежит конкретным расстройствам иммунной и нейрогуморальной систем, в частности, в весьма значительной степени ослаблением клеточного звена иммунитета (Л. Ю. Орехова, 2012). Вместе с тем, большинство работ, посвященных изучению уровня местного иммунитета полости рта, зачастую показывающему относительную автономность, при заболеваниях пародонта, касаются, как правило, оценке уровня сывороточных иммуноглобулинов и концентрации лизоцима в слюне (А.И.Грудянов, 2014).

Количественные показатели уровня сывороточных иммуноглобулинов в десневой жидкости изучены совершенно недостаточно, еще более значимой представляется степень их изменения в процессе комплексной терапии генерализованного пародонтита.

Цель исследования - оценить уровни иммуноглобулинов десневой жидкости в динамике комплексного лечения генерализованного пародонтита для определения возможности их использования в качестве объективного критерия эффективности терапии.

Материал и методы. Прослежена динамика сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA и IgM в десневой жидкости 34 больных генерализованным пародонтитом в возрасте от 26 до 64 лет, неотягощенных другими соматическими заболеваниями, до лечения, спустя 6 и 12 месяцев после лечения. В качестве контроля обследовали 18 доноров с интактным пародонтом. Состояние пародонта оценивали по показателям РМА, глубине пародонтальных карманов, цифрового ортопантомограммного исследования, гигиеническое состояние полости рта определяли с помощью индекса Грин-Вермильона. Для определения количества иммуноглобулинов в десневой жидкости использовали метод смывов зубодесневых бороздок или пародонтальных карманов и проводили изучение их уровня методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini et al. с использованием соответствующих

антисывороток. Материал обработан статистически, в том числе с определением коэффициента парной корреляции R.

Результаты исследования. Выявлено, у пациентов с интактным пародонтом определяются лишь следы иммуноглобулина G, иммуноглобулины других классов не выявлялись.

КАРИЕСРЕДУКЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРА В УСЛОВИЯХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗА ЦИНКА

К.А. Байрамов – ассистент, З.К. Махмудова, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю.Н. Кажлаев

Актуальность. Кариесредукционное действие фтора принято связывать, согласно многочисленным клинико-экспериментальным исследованиям, с влиянием этого микроэлемента на структурные и физико-химические особенности эмали зубов (Арутюнов С.Д., 2003, Кузьмина Э.М., 2003, Барер Г.М. с соавт., 2004). Вместе с тем, если существование кариеспрофилактического действия фтора практически не оспаривается, то в отношении механизма этого действия единства мнений не достигнуто, не получил реального объяснения тот факт, что связываемый с пониженной растворимостью поверхностного слоя эмали в связи с образованием фторapatита противокариозный эффект фторпрофилактики, в условиях флюороза (избыточное поступление фтора в организм) растворимость поверхностного слоя эмали не понижается, а повышается (Г.Д. Овруцкий, 1991) и несмотря на это, устойчивость к кариесу зубов с такими поражениями возрастает.

Многочисленные экспериментальные и клинико-лабораторные исследования констатировали существование реальной зависимости возникновения и развития кариеса зубов от количества поступающего в организм цинка, являющимся необходимым структурным и функциональным компонентом более 300 цинкпротеинов и других биологически активных веществ организма (А.В. Скальный, 1999, А.С. Прасад., 2011, А.А. Хабаров. с соавт., 2012, Ю.Н. Боринский с соавт., 2013, А.А. Матчин с соавт., 2013).

В свою очередь, показано, что недостаточное поступление цинка в организм чревато развитием вторичного иммунодефицита (Р.В. Петров и др., 1989, А.В. Кудрин с соавт., 2000, Агаджанян Н.А., Скальный А.В., 2001, Ковальчук Л.В. с соавт., 2004, Парахонский А.П., 2017).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния фтористого натрия на поражаемость кариесом зубов и состояние иммунной системы в условиях

алиментарнообусловленного гипомикроэлементоза цинка с учетом полученных данных о благоприятном влиянии на иммунобиологическое состояние организма микродоз фтора, используемым с целью профилактики кариеса (Овруцкий Г.Д., 1990, Гажва С.И., 1991).

Материал и методы исследования. Эксперимент проведен на 75 белых крысах, 30 дневного возраста весом 35-40 г, разделенных на 3 равные группы и содержавшихся, для моделирования кариеса зубов, на синтетической сахарозо-казеиновой диете.

Животные 1 группы получали кариесогенную диету с достаточным содержанием цинка в солевой добавке (в соответствии с рекомендациями института питания АМН РФ).

Животные 2 группы- кариесогенную диету с исключением из состава солевой смеси цинка.

Животные 3 группы получали рацион, аналогичный крысам 2 группы (цинкдефицит), но получали для питья воду, содержащую 3,5 мг/л фтора в виде фтористого натрия. Животные 1 и 2 групп для питья потребляли дистиллированную воду.

На 150 сутки экспериментального исследования проводилась декапитация животных под эфирным наркозом. Оценку пораженности кариесом моляров белых крыс проводили общепринятым макро-микроскопическим методом (Колесник А.Г. с соавт., 1974) с определением числа кариозных поражений (ЧКП) и удельного веса поражений различной степени тяжести.

Для суждения об иммунном статусе организма экспериментальных животных определяли интенсивность реакции гиперчувствительности замедленного типа на Т-антиген (ГЧЗТ), активность лизоцима сыворотки крови, бактерицидность кожи, бактерицидность сыворотки крови, активность комплемента сыворотки крови и интенсивность реакции иммунного прилипания стафилококков (РИП). Цифровой материал обработан статистически с использованием стандартных программ («Biostat»).

Результаты исследования. Содержание животных на кариесогенной диете с различным количеством цинка (в том числе в условиях гипомикроэлементоза) и получавших профилактическую добавку с водой в виде фтористого натрия привело к неодинаковому поражению кариесом зубов и различным изменениям изучавшихся показателей иммунобиологической резистентности организма животных. Так, у животных 1 группы среднее число кариозных поражений на одно животное (ЧКП) составило $23,2 \pm 1,4$, удельный вес поверхностных поражений- $48,83 \pm 2,08$ %, а глубоких (IV-V степени) - $6,12 \pm 1,01$ %, интенсивность реакции ГЧЗТ - $5,34 \pm 0,16$ %, активность лизоцима - $23,1 \pm 0,45$ %, бактерицидность кожи- $2,44 \pm 0,15$ балла, бактерицидность сыворотки крови- $74,62 \pm 1,09$ %, активность комплемента- $75,1 \pm 1,43$ л.е., интенсивность РИП- $12,39 \pm 0,69$ %.

У животных второй группы, находившихся в условиях гипомикроэлементоза цинка, среднее ЧКП -50.91 ± 1.61 , удельный вес поверхностных кариозных поражений $-32.7 \pm 1.43\%$, частота глубоких поражений $-15.7 \pm 1.11\%$, интенсивность реакции ГЧЗТ $-2.76 \pm 0.13\%$, активность лизоцима $-16.94 \pm 0.64\%$, бактерицидность кожи -1.72 ± 0.16 балла, бактерицидность сыворотки крови $-66.17 \pm 0.72\%$, активность комплемента -36.54 ± 1.25 л.е., интенсивность РИП $-7.55 \pm 0.79\%$.

У белых крыс, получавших на фоне гипомикроэлементоза цинка изучавшуюся профилактическую добавку с водой в виде фтористого натрия, среднее ЧКП -35.25 ± 2.03 , удельный вес поверхностных поражений $-49.65 \pm 1.72\%$, на долю глубоких приходилось $6.38 \pm 0.84\%$, интенсивность реакции ГЧЗТ $-3.04 \pm 0.14\%$, активность комплемента $-18.94 \pm 0.35\%$, бактерицидность кожи -2.0 ± 0.18 б., бактерицидность сыворотки крови $-68.82 \pm 1.61\%$, активность комплемента -64.21 ± 1.89 л.е., интенсивность РИП $-8.56 \pm 0.26\%$.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что содержание животных на кариесогенной диете с разным цинкстатусом, а также получавших дополнительно фторид натрия, привело к значимым различиям в поражаемости кариесом зубов и коррелирующим с этим изменениям показателей иммунобиологической резистентности организма.

Так, наибольшая пораженность кариесом зубов обнаружена у животных 2 группы, содержащихся в условиях гипомикроэлементоза и получавших для питья дистиллированную воду, что проявилось как в достоверно большем ЧКП на одно животное, так и в неблагоприятном соотношении частоты поверхностных и глубоких поражений по сравнению с таковыми у крыс 1 и 3 экспериментальных групп, получавших нормальное количество цинка с рационом и фтористый натрий на фоне гипомикроэлементоза цинка. При этом, однако, среднее число кариозных поражений на одно животное в группе животных, получавших профилактическую добавку с водой в виде фторида натрия, оказалось несколько выше, чем таковое у животных 1 группы, получавших с диетой достаточное количество цинка.

Обнаруженная закономерность поражаемости кариесом зубов крыс различных экспериментальных групп совпадает с соответствующими изменениями изучавшихся показателей иммунного статуса. Наиболее благоприятными оказались показатели иммунобиологической резистентности у животных 1 группы, получавших рацион с нормальным количеством цинка в соответствие с имеющимися рекомендациями, по сравнению с таковыми у животных в условиях гипомикроэлементоза (2 группа). У животных же 3 группы, получавших цинкдефицитный рацион и дополнительно с питьевой водой фтористый натрий, достоверно более благоприятными, чем у животных 2 группы, содержащихся в условиях гипомикроэлементоза и не получавших фторид натрия, оказались

активность лизоцима ($P < 0,01$) и активность комплемента $P < 0,001$). Остальные показатели, хотя и были более высокими у животных на фоне приема фтористого натрия, однако, статистически различались несущественно.

Выводы. Таким образом, проведенное экспериментально-лабораторное исследование позволило установить, что дополнительное введение фтора в условиях гипомикроэлементоза цинка обладает кариеспротективным и иммуномодулирующим действием, выраженным, однако, в несколько меньшей степени, чем сбалансированность рациона по цинку.

Иными словами, полученные данные свидетельствуют, что не только компенсация алиментарного цинкдефицита, но и использование фторида натрия предупреждают интенсивное развитие кариеса зубов и неблагоприятные сдвиги иммунного статуса, связанные с недостаточным поступлением цинка в организм (гипомикроэлементозом), что может быть использовано при планировании и внедрении кариеспрофилактических программ в регионах с соответствующей биогеохимической ситуацией для существенного повышения их эффективности.



У больных генерализованным пародонтитом прослеживалась следующая динамика изучавшихся показателей- до лечения Ig G $2,89 \pm 0,18$ г/л, спустя 6 месяцев- $1,12 \pm 0,09$ г/л, через 12 месяцев- $1,57 \pm 0,14$ г/л; IgA претерпел соответствующие изменения- до лечения $0,86 \pm 0,08$ г/л, спустя 6 месяцев- $0,49 \pm 0,05$ г/л, через год- $0,65 \pm 0,04$ г/л. Среднее значение

сывороточного иммуноглобулина М до лечения составило в среднем $0,4 \pm 0,03$ г/л, через 6 месяцев- $0,26 \pm 0,03$ г/л, через 12 месяцев $-0,27 \pm 0,02$ г/л. Сравниваемые показатели различались в достоверной степени. Изучение коэффициента парной корреляции позволило установить наличие выраженной связи между показателями клинического благополучия тканей пародонта и изучавшимися иммунологическими показателями десневой жидкости-РМА, глубины пародонтальных карманов, объемом десневой жидкости с одной стороны и количеством изучавшихся иммуноглобулинов десневой жидкости с другой ($R=0,62-0,73$). Индекс РМА коррелирует с количеством IgG и IgA, глубина пародонтального кармана с количеством IgA, количество десневой жидкости с IgG и IgA.

Выводы. Таким образом, установлена зависимость клинического состояния генерализованных форм пародонтита, подтверждаемых рядом проведенных объективных тестов и индексов, от ряда иммунологических показателей местного иммунитета полости рта, в частности, иммуноглобулинов десневой жидкости. Повышение количества иммуноглобулинов G, A и M в десневой жидкости может быть рассмотрено как неблагоприятная динамика изменений в пародонте, зачастую предшествующая клиническим манифестациям этого заболевания. Иными словами, полученная закономерность изменений иммунологического спектра десневой жидкости при генерализованном пародонтите может быть рекомендована в качестве объективного критерия для прогнозирования эффективности лечения и оценки качества комплексной терапии с целью оптимизации выбора методов и средств, используемых при лечении этого заболевания

МЕТОД ЛИНЕЙНОГО ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРМИРОВАННОЙ КОМПОЗИТНОЙ ШИНЫ

М.М. Магомедова - студентка 307 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ю. Н. Кажлаев

Актуальность. В повышении эффективности лечения заболеваний пародонта, сопровождающихся появлением патологической подвижности зубов раздел ортопедического лечения, включающий мероприятия по стабилизации зубного ряда при помощи различных видов съемных и несъемных шин, имеет существенное значение в комплексной терапии (О.Н. Бронников, 2005; А.В.Смирнова, Б.Т. Мороз, 2011; С.Е. Жолудев, А.В. Делец., 2013). С целью достижения высокой долговременной прочности в условиях существующей дисфункциональной перегрузки (Е.Н. Жулев, 2003, О.Н. Бронников, 2005, А.В. Акулович., 2010) для устранения существующих недостатков идет поиск альтернативных методов

шинирования и их усовершенствование с использованием современных технологий и материалов (А.В. Акулович, Л.Ю. Орехова, 1999; Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Лузина, 2004; Л.Б. Фролова, 2010; Р.С. Гулуев, 2013; Е.В. Гризодуб, И.Г. Лесовая, 2013)

Поиск оптимальных вариантов армирования композитных линейных шин, применяемых при парной иммобилизации в комплексной терапии пародонтита, в том числе локализованной формы, несмотря на значительный опыт исследований, остается актуальной проблемой современной стоматологии.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта путем усовершенствования методики и комбинации материалов (композит-стекловолоконный штифт) для линейного шинирования зубов при их подвижности

Результаты исследования. В этой связи несомненный интерес представляет композитная шина с органично включенным армирующим элементом в виде отрезка стекловолоконного штифта (Ю.Н. Кажлаев, А.З. Фаталиева, 2017). Благодаря модулю эластичности стекловолоконного штифта, схожим с дентином зуба, функциональная нагрузка при термомеханических воздействиях на шину распределяется равномерно, как в монолитной структуре. Единство штифта с твердыми тканями зуба (сходный с дентином модуль эластичности), высокие прочностные характеристики, использование той же органической матрицы, что и у светополимеризующихся композитов при их изготовлении, обеспечивает единый стекловолоконно-композитный шинный комплекс, улучшая восприятие и распределение жевательной нагрузки. Волокна представляют неорганический компонент штифта и являются его поддерживающей структурой, композиция волокно/смола проявляет высокую сопротивляемость излому и эластичность при восприятии жевательной нагрузки. Немаловажным является механизм фиксации армирующего элемента в композитной массе- металлические штифты основаны на механической фиксации, а стекловолоконные- химической адгезии с однородным материалом.

Предварительно проводят профессиональную гигиену полости рта и, при необходимости, местную противовоспалительную терапию. При шинировании в области передних зубов с оральной (небной или язычной) поверхности или жевательных зубов на жевательной поверхности, алмазным турбинным бором делают паз округлой или цилиндрической формы в участках коронки зуба и на глубину, безопасную с позиций близости пульпы зуба, в зависимости от диаметра применяемого штифта с учетом его последующего полного погружения в композит, и длиной 2-3 мм.

Подгоняют отрезок стекловолоконного штифта диаметром 1-1,2 мм путем отсечения необходимого размера алмазным турбинным бором или алмазным диском в зависимости от

индивидуальных анатомо-топографических особенностей (групповой принадлежности зубов, длины образованных полостей и пр.). Наносят травильный состав (гель или жидкость) на 30 секунд на эмаль и 15 секунд на дентин в соответствии с принципами тотального травления, смывают травильный материал водой в течении 30 секунд и высушивают подготовленные поверхности до степени увлажненного искрящегося дентина, матовости и белесоватости эмали, в том числе, и в участках прилегания к полости на 1-2 мм в соответствии с существующими общепринятыми рекомендациями.

После нанесения праймер-бондинговой системы в соответствии с инструкцией производителя с последующим высушиванием струей воздуха, производят засвечивание светополимеризационной лампой. Вносят в образованные полости смежных зубов слой жидкотекучего гелиокомпозита, в который погружают предварительно подготовленный отрезок штифта (травление кислотой или обработка пескоструйным способом - Air Flow, нанесение адгезива, светополимеризация), светополимеризуют с помощью гелиолампы в течение времени, рекомендованного производителем для данной разновидности и цветовой гаммы композита. Последующее восстановление дефекта проводят с использованием послойного внесения композита с удалением излишков материала путем сошлифовывания и окончательного полирования с помощью алмазных боров различной зернистости, шлифовальных гибких дисков и резиновых абразивных головок. Таким образом проводят попарную иммобилизацию смежных зубов различной протяженности в зависимости от требуемых клинических задач.

Выводы. Таким образом, использование стекловолоконных технологий, связанных с применением как ленточных, так и первично жестких (штифтовых) конструкций для армирования композита в современной клинике представляется актуальным направлением, связанным с поиском наиболее функциональных методов шинирования в комплексном лечении болезней зубов и пародонта, в частности, сопровождающихся необходимостью иммобилизации.

В этой связи предлагаемая конструкция в виду своей доступности, легкости в изготовлении, низкочувствительности, надежной фиксации при вертикальной и горизонтальной жевательных нагрузках, эстетичности и высокой клинической эффективности, с учетом применения сходных по химико-физическим характеристикам компонентов шины (стекловолоконный штифт-композит), образующим единое функциональное целое на химическом уровне, может служить вариантом оптимального выбора иммобилизации при подвижности зубов различного генеза для повышения эффективности комплексного лечения заболеваний, сопровождающихся патологической подвижностью зубов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «МЕТРОГИЛ ДЕНТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Р.С. Амиралиев, Н.А. Кяльбиева, Ф.М. Ягубова, Ф.Ф. Гасанов - ассистенты

Кафедра стоматологии детского возраста Азербайджанского медицинского университета,

Баку, Азербайджанская Республика

Научный руководитель - заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор Р.Г. Алиева

Проводимые регулярные эпидемиологические обследования среди населения выявляют тенденцию к увеличению заболеваний пародонта среди взрослых и детей.

Согласно данным азербайджанских исследователей, распространенность заболеваний пародонта у детей составляет в различных регионах страны от 54% до 72%.

Учитывая возрастные физиологические особенности детского организма представляет интерес поиск методов лечения заболеваний пародонта с минимальным использованием антибиотиков, максимальным сохранением целостности зубных дуг и не вызывающими дополнительные травмы тканей пародонта.

Цель исследования: изучение эффективности применения препарата «Метрогил Дента» в комплексном лечении заболеваний пародонта у детей.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 90 детей с заболеваниями пародонта: из них 60 детей страдали гингивитом, а 30 детей пародонтитом. Все дети были обследованы клинически с применением индекса РМА и пробы Шиллера-Писарева, а также проведены микробиологические исследования жидкости из десневой борозды.

Детям, у которых был диагностирован гингивит, на пораженные участки пародонта местно наносили 2 раза в день в течение 7-10 дней гель «Метрогил Дента». Детям у которых наблюдался пародонтит параллельно с аппликациями «Метрогил Дента» перорально назначали иммуномодулятор «Вобензим» - по 1-3 драже 3 раза в день в течение 14 дней.

Контроль эффективности лечения проводили непосредственно в дни лечения, в ближайшие дни и через 30-40 дней после его завершения. У всех детей визуально фиксировали состояние пародонта, у детей с гингивитом и детей с пародонтитом определяли пробу Шиллера-Писарева и индекс РМА, контролировали также микробиологический статус полости рта.

Результаты исследований обрабатывали следующими методами: средняя арифметическая взвешенная, критерий Ван-дер-Вардена, критерий Стьюдента, критерий χ^2 , коэффициент корреляции.

Результаты исследования. Нанесение геля 2 раза в день в течение 7-10 дней на пораженные участки оказалось эффективным у $73.8 \pm 4.3\%$ детей с гингивитом и у $57.9 \pm 6.6\%$ детей с пародонтитом ($\chi^2=4/40$; $p<0,05$). Наряду с этим произошли и позитивные изменения в

состоянии гигиены полости рта. Например, при гингивите до лечения преобладали случаи с высокими значениями индекса РМА – $57.7 \pm 3.6\%$. После лечения их частота снизилась до $8.4 \pm 2.7\%$ ($\chi^2=69.78$; $p<0.01$) и возросла частота случаев с очень низкими значениями индекса РМА – $26.2 \pm 4.3\%$ ($\chi^2=11.80$; $p<0.01$). При этом в $25.2 \pm 4.2\%$ случаях значения индекса оказались отрицательными, что свидетельствует об улучшении гигиенического состояния полости рта детей.

Эффективность применения аппликаций геля «Метрогил Дента» доказана проведенными нами микробиологическими исследованиями. При гингивите рост патогенной микрофлоры по средним показателям снизился с 24.7 ± 2.9 до 13.3 ± 1.3 колоний/см² ($t=3.58$; $p<0.001$), при пародонтите – с 45.3 ± 4.1 до 21.5 ± 2.8 колоний/см² ($t=4.80$; $p<0.001$) соответственно. Одновременно с этим изменилась и качественная структура микрофлоры. Если до лечения преобладали возбудители гингивита – большое число неподвижных и подвижных палочек, небольшое число кокков, а также специальные виды – *E.corrodens*, *T.denticola* и *W.recta* и пародонтита – преобладание подвижных палочек, достаточное число неподвижных палочек извитых форм, а также специфичные виды – *P.niger*, *P.denticola*, *P.intermedia* и *S.species* – соответственно 54.4 ± 6.7 и $61.5 \pm 6.8\%$ случаев, то после лечения их частота резко снизилась – до $7.6 \pm 3.0\%$ ($t=6.38$; $p<0.001$) и $9.3 \pm 5.4\%$ ($t=6.08$; $p<0.001$) и столь же резко возросло число случаев с преобладанием кокков при небольшом числе малых неподвижных палочек, т.е. представителей нормальной микрофлоры – $86.1 \pm 3.9\%$ ($t=15.86$; $p<0.001$) и $77.4 \pm 7.6\%$ ($t=7.62$; $p<0.001$).

Заключение. Анализ результатов исследования показывает эффективность применения аппликаций препарата «Метрогил Дента» в $94.3 \pm 2.5\%$ случаях при лечении гингивита и $84.2 \pm 6.0\%$ случаев при лечении пародонтита соответственно.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют рекомендовать использование препарата «Метрогил Дента» при лечении заболеваний пародонта у детей.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

М.Г. Магомедова - студентка 306 группы стоматологического факультета, С.С.-М. Исаева

Кафедры пропедевтической и профилактической стоматологии

и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - ассистент Э.А. Макаева

Актуальность. Мостовидное протезирование зародилось в прошлом веке, и в связи с большим практическим интересом к этому виду протезирования начали создаваться самые

различные по материалам и конструкциям протезы. В начале своего развития мостовидное протезирование не имело под собой прочной научной базы и часто выбор той или иной конструкции основывался только на личном опыте врача. Только значительно позднее стали закладываться научные основы зубного протезирования, в результате чего у большинства стоматологов, как в нашей стране, так и за рубежом, утвердилось мнение, что зубной протез должен служить не только целям жевания, дикции и эстетики, но способствовать сохранению, лечению и профилактике заболеваний зубов и полости рта в целом.

Цель. Выбор более правильной и наиболее ценной в функциональном отношении конструкции мостовидного протеза является важнейшей задачей современной ортопедической стоматологии.

Материал и методы исследования. Физиологическое равновесие зубочелюстного аппарата в нормальных условиях обеспечивается непрерывностью зубных рядов и утрачивается при потере зубов, при этом в большинстве случаев возникают расстройства во всем зубочелюстном аппарате.

Мостовидные протезы предназначены для предупреждения возникновения функциональных нарушений в зубных рядах, преимущественно при наличии ограниченных дефектов.

При строгом соблюдении показаний и техники изготовления мостовидного протеза, от него можно ожидать выраженного эффекта исключаящего какой-либо вред. Однако, избавиться от всех недостатков не удалось и до наших дней.

Выявлению причин преждевременного снятия мостовидных протезов посвящено немало работ как отечественных, так и зарубежных авторов (З.Я. Шур, 1963; М. Юргайтена, 1965; Б.В. Пинчук, 1970; Конторович, 1968; К.А. Азизов, 1987 и др.).

По их данным основными причинами преждевременного снятия мостовидных протезов являются:

1. Заболевания опорных зубов в результате из перегрузки;
2. Поломка протеза в области спайки опорных коронок с промежуточной частью;
3. Стертость коронок;
4. Расцементировка коронок;
5. Образование пролежней под протезами;
6. Разрушение зубов под коронками.

Нами было проведено клиническое обследование больных с преждеременно снятыми мостовидными протезами, используя комплекс общих методов исследования. Опрос, получение анамнестических данных и выявление общих заболеваний, определяли сроки пользования мостовидными протезами. Обследовали состояние зубов и зубных рядов,

которое включало определение вида прикуса и форсы окклюзионных кривых, протяженности дефектов зубных рядов с оценкой состояния мостовидных протезов и качества их изготовления, исследование соотношений антагонизирующих с протезами зубов, наличие преждевременных контактов. Оценивали состояние слизистой оболочки с концентрацией внимания на зоны, прилегающие к нему протеза.

При выполнении данной работы на кафедре пропедевтической и профилактической стоматологии нами было обследовано 36 больных, которым в разные сроки были изготовлены 42 мостовидных протеза.

Результаты исследования. У 12 больных наблюдался отлом промежуточной части мостовидного протеза в результате чего было снято 13 протезов.

Чаще всего отрыв тела протеза наблюдается при недостаточной площади спая коронок и тела мостовидного протеза. Такие условия имеются при низких коронках, глубоком прикусе, зубоальвеолярном удлинении антагонистов. Поломка мостовидных протезов в области спайки опорных коронок с промежуточной частью может быть и в результате некачественной спайки, что было выявлено в результате исследования снятых протезов.

У трех больных в результате расцементировки было снято четыре протеза. Причиной расцементировки являлось: а) попадание слюны при обработке зубов; б) некачественное замешивание цемента (образование комков).

У 14 больных в результате расшатывания опорных зубов было снято 18 мостовидных протезов. Расшатывание произошло в результате перегрузки опорных зубов, расширения показаний к применению мостовидных протезов (при больших дефектах зубных рядов и неправильном выборе количества опорных зубов).

У 7 больных в результате стертости опорных коронок было снято 8 мостовидных протезов, что произошло в результате длительного использования протеза и перегрузки зубами антагонистами.

Возраст обследуемых пациентов составлял от 20 до 75 лет. Сроки пользования снятыми мостовидными протезами составляли от 1 года до 10 лет и более.

3 больных пользовались мостовидными протезами от 1 до 2-х лет, 5 больных пользовались протезами от 3-х до 4-х лет, 15 больных – от 5 до 6 лет, 12 больных – от 7 до 8 лет и 1 больной более 10 лет.

После клинического обследования больным было проведено комплексное лечение и повторное протезирование с соблюдением технологии, необходимых показаний к изготовлению мостовидных протезов.

Выводы. Анализ снятых мостовидных протезов позволяет заключить, что основными ошибками при их изготовлении являются:

1. необоснованное расширение показания к этому виду протезирования;
2. неправильный выбор конструкции протеза;
3. ошибки, допущенные на клинических и лабораторных этапах изготовления.

Разнообразие причин, приводящих к снятию мостовидных протезов, недостаточная информация, получающаяся в результате клинических наблюдений, требуют проведения специальных исследований для оценки качества и надежности протезов с применением современных высокоэффективных методов (оптической голографии, фотоупругости, тензометрии и др.).

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОТДАЛЕННОГО НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

М.Г. Магомедова - студентка 306 группы стоматологического факультета

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент О.Г. Омаров, к.м.н., доцент Х.О. Омарова

Актуальность. В образовании зубочелюстной деформации большую роль играет нарушения функции мышц. Применение функциональных методов исследования позволяет оценить состояние мышц челюстно-лицевой области.

Цель. В связи с этим целью исследования явилось комплексное изучение функционального состояния мышц челюстно-лицевой области у лиц с дефектами зубных рядов после отдаленного протезирования в динамике.

Материал и методы исследования. При обследовании пациентов с частичной утратой зубов отметили наличие включенных дефектов зубных рядов, их расположение в боковых участках. Зубы были удалены в срок от 2 до 10 лет. Причиной удаления явился осложненный кариес. Ортопедическое лечение проводилось по обычной методике несъемными мостовидными протезами.

Электромиограмму височных и жевательных мышц проводили с помощью накожных электродов на 8-ми канальном электроэнцефалографе фирмы «Медикюр». Применяли биполярный способ отведения биопотенциалов накожными электродами, что позволяло регистрировать суммарную электромиограмму, представляющую собой результат интерференции биопотенциалов действия многих двигательных единиц, находящихся в области отведения. Электромиографические исследования проводили через 7, 30, 60 дней после фиксации протезов.

Результаты исследования. Через 7 дней после фиксации протезов больные жалоб не предъявляли, при обследовании протезы соответствовали всем требованиям. При визуальном анализе электромиограмм отмечали сохранение асимметрии активности, что объясняется привычкой пациентов жевать на одной стороне, Восстанавливается ритмичность, одиночных осцилляций не отмечали. Амплитуда биопотенциалов височных мышц при произвольном жевании возросла справа до 56 МкВ /до лечения - 267 ± 68 / и слева до 327 ± 29 МкВ /до лечения - 309 ± 56 /, жевательных мышц справа до 404 ± 62 МкВ /до лечения - 329 ± 50 /, слева до 281 ± 51 МкВ /до лечения - 248 ± 25 /, но продолжает оставаться значительно меньше нормы, В норме амплитуда биопотенциалов височных мышц справа 561 ± 44 МкВ, слева 563 ± 66 МкВ, жевательных мышц справа 525 ± 30 МкВ, слева 502 ± 19 МкВ / $P < 0,01$ /. Время биоэлектрической активности и биоэлектрического покоя височных мышц равно слева $0,27 \pm 0,05$ и $0,51 \pm 0,08$ сек.,, справа - $0,28 \pm 0,06$ и $0,50 \pm 0,08$ сек, соответственно, жевательных мышц слева $0,32 \pm 0,09$ и $0,52 \pm 0,05$ сек., справа - $0,28 \pm 0,08$ и $0,49 \pm 0,07$ сек. соответственно, что свидетельствует о продолжающихся оставаться нарушениях внутри динамического цикла /биоэлектрическая активность биоэлектрический покой/. Это находит отражение в коэффициенте «К», который равен у височных мышц 0,55 слева и 0,59 справа, у жевательных мышц 0,64 слева и 0,62 справа.

Продолжительность жевательного периода $19,8 \pm 3,9$ сек./ и количество жевательных движений $24,2 \pm 5,4$ / продолжают оставаться достоверно больше нормы /норма - $14,2 \pm 0,8$ сек. И $17,2 \pm 1,0$ / соответственно / $P < 0,01$ /. Проба на сжатие выявила увеличение величин биопотенциалов жевательных мышц по сравнению с данными до лечения, но они продолжают оставаться меньше нормы / $P < 0,01$ /, что позволяет говорить о сохраняющемся существенном снижении силы сокращения жевательных мышц.

Через 30 дней после фиксации мостовидных протезов при визуальном анализе ЭМГ отмечали сохранение функциональной асимметрии, хотя в значительной меньшей степени.

Амплитуда биопотенциалов возросла у височных мышц справа до 511 ± 37 МкВ, слева до 439 ± 41 МкВ у жевательных мышц справа до 450 ± 51 МкВ, слева 386 ± 51 МкВ и имеют достоверное отличие от показателей контрольной группы / $P < 0,05$ /. Показатели времени биоэлектрической активности равны данным контрольной группы, у височных мышц справа $0,34 \pm 0,04$, слева $0,32 \pm 0,02$ сек, у жевательных мышц справа $0,34 \pm 0,02$, слева $0,32 \pm 0,02$ сек., а показатели биоэлектрического покоя значительно больше нормы, отсюда значительное снижение коэффициента "К", височных мышц справа 0,56, слева 0,58, жевательных мышц справа 0,69 и слева 0,60. Количество жевательных движений также больше нормы - $20,0 \pm 2,0$ и время жевания больше данных контрольной группы - $17,2 \pm 1,5$ сек. / $P < 0,05$ /. Показатели амплитуды биопотенциалов при пробе на сжатие остаются меньше нормы, что указывает на

сохраняющееся снижение силы сокращения жевательных мышц в то же время эти показатели отличаются от данных, полученных до лечения, височных мышц справа и слева — 524 ± 51 и 450 ± 23 МкВ, /до лечения - 280 ± 50 и 315 ± 44 МкВ/ соответственно, жевательных. мышц справа и слева - 469 ± 35 МкВ и 398 ± 43 МкВ /до лечения - 340 ± 38 и 255 ± 30 / соответственно / $P < 0,01$ /. Через 60 дней после фиксации протезов отмечается восстановление функциональной симметрии. Показатели амплитуд биопотенциалов в пределах нормы у височных мышц справа и слева 593 ± 21 и 540 ± 26 МкВ /норма - 551 ± 44 и 563 ± 66 МкВ/ соответственно, у жевательных мышц справа и слева 507 ± 54 и 462 ± 39 МкВ соответственно, /норма 525 ± 30 и 502 ± 19 МкВ/ и достоверно выше показателей до лечения / $P < 0,01$ /, что указывает на восстановление силы сокращения жевательных мышц, Это подтверждают данные пробы на сжатие, которые имеют недостоверное отличие от данных контрольной группы / $P < 0,05$ /. Однако нарушения внутри динамического цикла /биоэлектрическая активность - биоэлектрический покой/, т.е. удлинение биоэлектрического покоя и, как следствие, снижение коэффициента "К" у височных мышц справа и слева 0,71 и 0,70, у жевательных мышц 0,70 и 0,63 соответственно, говорят об остающихся нарушениях функционального состояния жевательных мышц,

Выводы. Таким образом, в результате анализа данных проведенных исследований установлено, что после ортопедического лечения несъемными мостовидными протезами в отдаленные сроки после частичной утраты зубов отмечается постепенное восстановление функции жевательных мышц в динамике, однако к 2 месяцам наблюдений, возникшие после удаления зубов патологические изменения полностью не исчезают, а отмечается тенденция к нормализации функционального состояния жевательных мышц.

**РОЛЬ НОВОГО ОРТИМИЗАТОРА РЕГЕНЕРАЦИИ В СОХРАНЕНИИ КОРНЕВОЙ
ПУЛЬПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ
М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов**

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

терапевтической стоматологии

Актуальность. На сегодня самым распространенным при лечении всех форм пульпита является экстирпационный метод (девитальная и витальная экстирпация) из-за высокой надежности и отсутствия осложнений и рецидивов воспалительного процесса. Однако при применении этого метода в многокорневых зубах часто возникают трудности, связанные с анатомическим искривлением корней, затрудненным доступом к ним,

облитерацией каналов, особенно в зубах мудрости, а также у детей с незаконченным формированием верхушек корней [3, 5, 6]. Кроме того, использование данного экстирпационного метода сопряжено с неоднократными эпизодами лучевой нагрузки [4].

В настоящее время получены подробные данные о морфологических особенностях корневой пульпы, что позволяет в перспективе рассчитывать на ее сохранение и восстановление. Рационально в практику внедрять витальные методы, в частности ампутационный, дающий высокий процент положительных результатов [1].

Кроме того, нужно учитывать, что живая пульпа в корневых каналах зубов является самым надежным барьером для проникновения микроорганизмов в периапикальные ткани, препятствуя развитию одонтогенной инфекции.

До настоящего времени способ лечения пульпита методом витальной ампутации пульпы предусматривал использование препаратов на основе гидроокиси кальция, эвгенола и других, которые не всегда давали положительный результат.

Большую роль в решении этого вопроса сыграло появление на рынке стоматологической продукции отечественного остеопластического материала «Гидроксиапол» на основе гидроксиапатита и трикальцийфосфата, созданного и разработанного в ООО «Научно-производственная компания «ПОЛИСТОМ» [1]. Согласно инструкции по применению материала, он показан для использования в эндодонтии и хирургической стоматологии. Гидроксиапол является основой неорганического матрикса костных тканей. Характеризуется биосовместимостью с тканями человека и не вызывает реакции отторжения, стимулируя остеогенез.

Препарат относится к малотоксичным веществам и не вызывает отдаленных нежелательных последствий (воспалительных аллергических реакций, не обладает мутагенным и иммуномодулирующим действием, не влияет на течение беременности и развитие плода).

Цель настоящего исследования - разработка нового способа лечения хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации с применением гидроксиапола в качестве лечебной прокладки.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование проводили на 50 зубах 29 собак. Под гексанальным наркозом на жевательной поверхности моляров и промоля-ров турбинной бормашиной формулировали полости 1 класса, соответствующие по глубине дефектам при глубоком кариесе. Модель хронического фиброзного пульпита создавали путем перфорации острым зондом дна сформированной полости в области рога пульпы и оставлением такого зуба без лечения в течение 7 суток.

Лечение зубов производили методом витальной ампутации через 7 суток от начала опыта с применением в качестве лечебных прокладок гидроксиапола (опытная группа) и Кальцевит фирмы «ВладМива» (контрольная группа).

Результаты исследования и их обсуждение. При гистологическом исследовании в корневой пульпе зубов 1-й группы, как в ранние сроки (до 14 суток), так и в поздние сроки (от 90 до 180 суток) окончания лечения происходило послойное образование заместительного дентина в области устьев корневых каналов и восстановление ее структуры, чего не наблюдалось в зубах 2-й группы, при которых в пульпе сохранялось хроническое воспаление с большим количеством петрификатов.

Методом витальной ампутации проведено лечение хронического фиброзного пульпита пациентам в возрасте от 17 до 50 лет с применением в качестве лечебных прокладок гидроксиапола (42 моляра и промоляра у 39 больных) - 1-я группа и кальмецина (39 моляра и промоляра у 34 больных)-2-я группа.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 35 больных (35 зубов) 1-й группы и у 31 больного (31 зуб) 2-й группы. При этом с помощью клинических, электроодонтометрического и рентгенологического методов исследований в 100% случаев в 1-й группе получены положительные результаты, а во 2-й группе - в 32% случаев неудовлетворительные результаты.

Таким образом, полученные результаты показали высокую эффективность лекарственного воздействия на корневой дентин и пульпу зубов лечебной прокладки из гидроксиапола при терапии хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации, что дает возможность рекомендовать его для широкого внедрения в клинику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова Н.П. Клинические результаты витальной ампутации пульпы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-4. – С. 505-507.
2. Байтус Н.А. Синтетические остеопластические препараты на основе гидроксиапатита в стоматологии //Вестник ВГМУ, 2014, Том 13, №3. - С. 29 - 34.
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Медицинская книга; 2001. 2-е изд., стереотип. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. — 304 с. — ISBN 5-86093-077-1.
4. Сарычева И.Н., Янушевич О.О., Минаков Д.А. и др. Ранняя диагностика кариеса зубов методом лазерно-индуцированной флуоресценции /Российская стоматология. 2012; 3: 47-58.
5. Brodbelt RH, O'Brien WJ, Fan PL, Frazer-Dib JG, Yu R. Translucency of human dental enamel. J Dent Res. 1981 Oct;60(10):1749-53. doi: 10.1177/00220345810600100401.

6. Deshpande AS., Fang P-A., Simmer JP. et al. Amelogenin-collagen interactions regulate calcium phosphate mineralization in vitro. J Biol Chem. 2010 Jun 18;285(25):19277-87. doi: 10.1074/jbc.M109.079939.

СВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНИЗМА

А.А. Осадчая, А.М. Салова – ординаторы II года обучения

*Кафедра стоматологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического
образования ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.Н. Куркина

Актуальность. Сегодня связь большинства патологических процессов на **слизистой оболочке рта (СОР)** и соматических заболеваний организма ни у кого не вызывает сомнений. Изменения слизистой оболочки и красной каймы губ связывают с заболеванием органов и систем целостного организма. Часто изменения на СОР являются первыми клиническими проявлениями системных заболеваний еще до возникновения других симптомов. Поэтому пациенты в первую очередь обращаются к врачу-стоматологу, который, в свою очередь, должен правильно идентифицировать симптоматику, а возможно, и диагностировать заболевание. Примером служит наличие патологии СОР у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 45-70% случаев, а у пациентов с заболеваниями ЖКТ эта цифра достигает практически 100%.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь патологических изменений СОР с системными заболеваниями организма.

Материалы и методы исследования. Во время проведения исследования изучены данные медицинских карт (Ф043/у), собраны жалобы и подробный анамнез, проведено объективное обследование. Проанализированы распространенность и интенсивность поражений СОПР при данных системных заболеваниях:

1 группа – пациенты с заболеваниями ЖКТ.

2 группа – пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3 группа – пациенты с эндокринными заболеваниями (сахарный диабет, Аддисонова болезнь, болезнь Иценко-Кушинга и др.)

При наличии патологических очагов учитывалась их локализация, интенсивность окрашивания, количество, симметричность, размер, болезненность, характер контуров.

Результаты исследования. При обследовании пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): желудка, печени и кишечника (1 группа) было выявлено, что в полости рта у детей проявляется и поддерживается налет на языке, имеют

место хронические гингивиты, а также отечность слизистой оболочки. Вызывая аллергическую реакцию организма, данные заболевания могут стать причиной рецидивирующего афтозного стоматита. При хронических заболеваниях печени, следствием которых является тромбоцитопения, во рту возможно появление геморрагий.

Обследовано 20 детей с заболеваниями ЖКТ, среди них: с хроническим гастритом – 12 человек, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 8 человек.

При хроническом гастрите обнаружены гиперпластический глоссит у 8 человек (66%), гипопластический – у 4 (33%).

При язвенной болезни желудка и ДПК (вне стадии обострения): у 5 детей (62,5%) – язык обложен серовато-желтым налетом в задних отделах, у 3 детей, что соответствует 37,5% налетом покрыта вся спинка языка (заболевание в стадии обострения).

1) При заболеваниях сердечно-сосудистой системы большую роль в проявлении на СОПР играет компенсация нарушений кровообращения. Так при значительной гипоксии слизистая оболочка и губы имеют синюшный оттенок; при наличии застойных явлений в большом круге кровообращения, выражена отечность СОР. В детском возрасте резкое нарушение трофики приводит к развитию тяжелых некротических процессов в полости рта. Заболевание часто начинается с травмы слизистой кариозным или острым бугром интактного зуба – образуется язва, которая быстро увеличивается в размере, углубляется, проникая в мышечный слой, а при локализации на альвеолярном отростке, может привести к обнажению кости. Для данного состояния характерна полная или практически полная анергия, отсутствует гиперемия, слабо выражена инфильтрация краев. Некротизированные ткани долгое время не отторгаются, болезненность незначительна или полностью отсутствует, лимфаденит выражен очень слабо. Течение длительное, выздоровление зависит от общего состояния организма ребенка.

Обследованы дети с врожденными пороками сердца, а также с аритмией. Всего – 12 человек, из них: цианоз СО у 10 человек (83%), сухость СО у 6 человек (50%), отечность – у 8 человек (66%).

2) Эндокринные заболевания у детей вызывают нарушение многих жизненно важных функций. На фоне таких поражений могут изменения и на СОР. Так, при сахарном диабете кроме гингивита или пародонтита отмечаются сухость губ, щек и, в особенности, языка, а также жжение и гиперемия. При микседеме слизистая оболочка отечна, за счет чего на боковых поверхностях языка и щеках появляются глубокие отпечатки зубов. При нарушении функции щитовидной и паращитовидных желез у детей возможно развитие хронического кандидомикоза, резистентного к подавляющему большинству лекарственных средств. Грибы рода *Candida* выявить сложно, так как они прорастают внутрь языка, а не

скапливаются на его поверхности. При болезни Иценко-Кушинга и аналогичном синдроме, который связан с длительным приемом ребенком ГКС, возможно развитие неспецифических воспалительных процессов на слизистой оболочке вследствие снижения местного иммунитета. Часто развивается молочница, при этом общее состояние остается удовлетворительным, а болевые ощущения во рту незначительны.

Обследовано 8 детей, из них: при заболевании сахарным диабетом у 100% обследуемых слизистая оболочка сухая, отечная, блестящая. Данные симптомы сочетаются с жжением. Также: у 3 человек обнаружены трофические язвы и эрозии (37,5%), у 2 – присоединение вторичной инфекции (25%), у 5 – катаральный гингивит (62,5%), у 1 катаральный глоссит (12,5%).

Выводы. Слизистая оболочка полости рта является индикатором общего состояния организма, отражая его взаимосвязь с окружающей средой. Проанализировав полученные результаты, мы сделали вывод, что при системных заболеваниях поражение слизистой очень велико. Роль врача-стоматолога, в том числе детского, заключается в правильной дифференцировке поражений при совместной работе с другими специалистами.

НОВЫЙ ОПТИМИЗАТОР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА
М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Современный уровень воспалительных заболеваний пародонта предусматривает сочетанное использование целенаправленных высокоэффективных патогенетических медикаментов в комплексе с хирургическими методами лечения пародонтита. При развитии воспалительного процесса в пародонте страдают сосуды микроциркулярного русла, снижается активность ферментов, угнетаются энергетические процессы [1 - 6]. Остается актуальной проблема изыскания препаратов, способствующих улучшению кровоснабжения и быстрому купированию воспалительного процесса в пародонте.

С этой целью нами применен препарат пародиум-гель в комплексном лечении гингивита и пародонтита.

В состав пародиум-геля входят следующие ингредиенты: вода, пропиленгликоль, карбомер, ароматизатор, CI 16255, хлоргексидина биглюконат (0,02%), эвгенол, лимонен, мальтодекстрин, калия карбонат, экстракт ревеня пальчатого, кремний, натрия гидроксид, натрия метилпарабен, натрия пропилпарабен, натрия сахаринат.

Входящие в состав пародиум-гель экстракт ревеня пальчатого эффективно снимает воспаления, оказывают вяжущее и обезболивающее действия, а хлоргексидин активно борется с бактериями и обеззараживает ткани полости рта, обеспечивая им длительную защиту.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования пародиум-геля в комплексном лечении пародонтита.

Материал и методика. Проведено комплексное лечение 138 больных в возрасте от 18 до 50 лет с воспалительными заболеваниями пародонтита. У 25 больных диагностирован гингивит: катаральный - у 20, гипертрофический - у 5. Пародонтит выявлен у 145 больных. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 95 человек, при лечении которых местно применяли повязки, содержащие пародиум-гель. В контрольной группе (100) проводили общепринятое лечение с использованием лекарственных трав растительного происхождения. Лечение больных основной группы с пародонтитом начинали с скейлинга, перед снятием зубных отложений на воспаленные участки десен наносили пародиум-гель, одновременно обучали больных гигиене полости рта. Больным, в зависимости от степени тяжести пародонтита, проводили хирургическое вмешательство: 75 - открытый кюретаж с применением колапола, 20 - лоскутную операцию с применением колапола по общепринятой методике. Эффективность комплексного лечения оценивали по клиническим признакам состояния тканей пародонта (цвет, отечность, плотность прилегания, рецессия десны, глубина пародонтальных карманов, подвижность зуба, состояние фуркации, наличие экссудата). Также оценивали состояние пародонта по общепринятым показателям индексной системы (ГИ, РМА, ПИ, СРITN)

Результаты исследования и их обсуждение. До лечения индекса РМА и ИГ составили соответственно у больных хроническим гингивитом в среднем 34,7% и 2.8, у больных с пародонтитом средней степени тяжести 67.8% и 3.5; у больных с пародонтитом тяжелой 99,1% и 4.7, соответственно. При хроническом гингивите наступило клиническое выздоровление после 4-х кратного применения повязки, содержащей пародиум-гель. Соответственно индекс РМА снизился до 0, а ИГ составил 2.2. Десневой край приобрел бледно-розовую окраску и плотность, симптом кровоточивости не выявлялся. После 3-4 кратного применения повязок с пародиум-гель уменьшилась отечность, гиперемия, боль, кровоточивость десен. При гингивите стало достаточным применение 4-5 лечебных повязок, чтобы десна приобрела бледно-розовую окраску, плотно охватывала шейки зубов. Также оценивали состояние зубов по степени подвижности зубов.

(пусть 6 мес. в контрольной группе частота случаев с I степенью было в 3.8 раза меньше, чем до лечения, в основной - в 5.1 раза, чем до лечения. Подвижность зубов II

степенью уменьшилось в контрольной группе в 7.9, в основном - в 6.3 раза. Через 12 мес. после лечения число больных в обеих группах с подвижностью I степенью заметно повысилось по сравнению с предыдущим сроком наблюдений, но остался на уровне, существенно меньший, чем исходный. Частота гнойного отделяемого из пародонтальных карманов, как один из часто встречающихся признаков пародонтита, у больных контрольной группы через 6 мес. вовсе не отмечалось, через 12 мес. уменьшилось в 5.7 раза по сравнению частотой до лечения.

В основной группе частота гноетечения характеризовалась следующими показателями: до 12 мес. этот симптом вовсе не отмечался, через 2 года гноетечение уменьшилось в 8 раз, по сравнению с частотой этого симптома до лечения в основной группе больных

При реопародонтографическом исследовании количественная характеристика реографических показателей (РИ, ПТС, ИЭ, ИПС) до лечения имело ряд отклонений от нормы. Так, РИ - был $0,11 \pm 0,02$ Ом на верхней челюсти и $0,13 \pm 0,04$ Ом на нижней челюсти в контрольной группе. В результате лечения РИ снизился на 0.02 Ом на верхней и нижней челюстях в основной группе, это свидетельствует об улучшении кровотока в пародонте.

Тенденция к снижению РИ сохраняется в течение 6 мес, но достоверной разницы по отношению к исходным данным до лечения не было выявлено. К 12 мес. средние показатели РИ были меньше исходных, хотя разница не имела статистически значимого характера ($P > 0.05$).

В течение первых 6 мес. после лечения ПТС имеет тенденцию к снижению, через 6 мес. в обеих группах его значение приблизилось к норме, по разнице не достоверна по сравнению с исходными данными. Через 12 мес. после комплексного лечения отмечается дальнейшая тенденция к улучшению данного показателя, особенно заметная в основной группе с достоверной разницей по отношению к исходным показателям.

Положительные изменения выявлены и по данным индекса эластичности. В течение первых 6 мес. отмечается тенденция к возрастанию этого показателя. Спустя 6 мес. после лечения в основной группе выявлено достоверное увеличение ИЭ по отношению к исходным показателям, тенденция к нормализации ИЭ в обеих группах выявлено через 12 мес., разница достоверна по отношению к исходным ($P < 0.001$). Через 24 мес. после лечения отмечается тенденция к снижению ИЭ в обеих группах. Соответственно, наблюдались высокие значения ИПС у больных пародонтитом до лечения в обеих группах. Сразу после лечения в обеих группах разница по отношению к исходным становилась достоверной. К 12 месяцам после лечения показатели ИПС были больше, чем через 6 месяцев, но ниже исходных. Разница средних показателей ИПС оказалось достоверной в этот срок в обеих группах. Через 24 мес.

в обеих группах отмечался рост значений ИПС, но средние показатели оставались значительно меньше исходных, разница статистически не достоверна.

Таким образом, комплексное лечение пародонтита с применением пародиум-геля улучшает кровоток в пародонте. По ряду показателей РПГ состояние кровотока после комплексного лечения с применением данного препарата оказались лучше, нежели без его использования.

Данные рентгенологических исследований показали стабилизация через год у 89% больных со средней степенью тяжести пародонтита, и 73% у пациентов с тяжелой степенью тяжести пародонтита. Через 2 года соответственно 78% и 69%. На рентгенограммах отмечалось уплотнение кортикальной пластинки краев и ранее резорбированных межальвеолярных перегородок, исчезновение очагов пятнистого остеопороза, восстановление костной ткани.

Клинические и рентгенологические данные достоверно подтверждают преимущество оперативного устранения патологического очага с применением пародиум-геля, особенно при сочетании его с ортопедическим лечением и контролируемой чисткой зубов. Применение препарата пародиум-гель в комплексном лечении пародонтита в составе лечебной повязки позволяет быстрее купировать воспалительный процесс в пародонте, снимает послеоперационную боль, ускоряет процессы послеоперационного заживления, удлиняет период ремиссии заболевания.

Литература.

1. Грудянов А.И., Зорина О.А. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009.
2. Зюлькина Л.А., Сабаева М.Н., Иванов П.В., Шастин Е.Н. Микроциркуляция тканей пародонта: причины нарушений и механизмы коррекции // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26259>.
3. Кречина Е.К., Мустафина Ф.К., Ефремова Н.В., Ефимович О.И., Маслова В.В. Особенности микроциркуляторных нарушений при воспалительных заболеваниях пародонта. Стоматология. 2014;6:28.
4. Lira-Junior R, Figueredo CM, Bouskela E et al. Severe chronic periodontitis is associated with endothelial and microvascular dysfunctions: a pilot study. J Periodontol. 2014;85(12):1648-1657. doi: 10.1902/jop.2014.140189.
5. Retzepi M, Tonetti M, Donos N. Gingival blood flow changes following periodontal access flap surgery using laser Doppler flowmetry. J Clin Periodontol. 2007;34(5):437-443. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01062.x.

6. Scardina GA, Pisano T, Cacioppo A et al. Periodontal alteration of the microcirculation and hypercholesterolemia: a possible correlation? South Med J. 2011;104(2):116-120. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318205ddf1.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА

Д.М. Османова - ассистент, Х.А. Ордашев, А.М. Тагирова – ассистент
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к. м. н., доц. Х.А. Ордашев

Актуальность. Практика показывает, что встречающиеся повреждения дна верхнечелюстной пазухи (ПДВЧП) так или иначе связаны с зубами. Среди обстоятельств, способствующих повреждению нижней стенки пазухи, обычно выделяют три: анатомические предпосылки, т.е. близость дна пазухи к верхушкам зубов, патологические процессы, приводящие к разрушению костной пластинки, составляющей дно пазухи и, наконец, погрешности в методике, т.е. грубое удаление зуба [1,2,6]. Не всегда можно точно определить, какое из указанных обстоятельств является решающим. Выяснению этого вопроса посвящена настоящая работа.

Цель исследования. Изучить особенности и выработать тактику лечения при повреждении дна верхнечелюстной пазухи после удаления зубов верхней челюсти.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением (2010-2020гг.) в челюстно-лицевой и оториноларингологической клиниках Даггосмедуниверситета находилось 402 больных с одонтогенным и 220 больных с риногенным синуситом. Использовали все возможные в наших условиях методы диагностики, в том числе рентгенографические и эндоскопические исследования.

Наш опыт показывает, что ведущей причиной одонтогенного синусита являются верхушечные патологические процессы. В то же время грубое удаление зуба или анатомические предпосылки в действительности очень редко оказываются причиной синусита. Это совпадает с мнением других авторов [2,5,7]. Повреждение дна пазухи во время удаления зуба не является причиной, а только следствием хронического периапикального процесса. При этом костная перемычка между верхушкой корня и слизистой оболочки пазухи постепенно разрушается, и очаговый воспалительный процесс распространяется на прилежащую костную ткань и слизистую оболочку пазухи, создавая предпосылку для перфорации. Вместе с тем обстоятельства, при которых встречается ПДВЧП, весьма разнообразны, их необходимо различать в деталях, так как от этого напрямую зависит лечебная тактика.

Среди субъективных признаков следует отметить жалобы на необычные ощущения, возникающие вследствие попадания воздуха или жидкости в полость носа, а также изменения тембра голоса – ринолалию, появляющуюся сразу после удаления зуба. Среди объективных признаков нужно отметить появление крови или гноя из носа после удаления зуба, выделения из лунки крови с пузырьками газа или необычно большого количества гноя, проникновение пуговчатого зонда гораздо глубже, чем длина лунки, результаты «ротовой» и «носовой» проб. «Ротовая» проба: при зажатии пальцами носа и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку зуба. «Носовая» проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки не надуваются. Возможно использование специальных методов исследования: обзорной рентгенографии пазухи с введением зонда через перфорацию, контрастной рентгенографии пазухи, эндоскопического исследования, ультразвуковой диагностики и др. Все полученные сведения следует сопоставлять друг с другом и подтверждать или отвергать факт перфорации. Необходимо иметь в виду возможность затруднения прохождения воздуха в пазуху и нос за счет полипоматоза, грануляций, отека слизистой оболочки пазухи, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Результаты исследования. Среди перфораций верхнечелюстной пазухи, возникающих при удалении зуба, в зависимости от конкретных обстоятельств мы предлагаем выделять несколько видов: случайную или предполагаемую, распознанную или нераспознанную, осложненную или неосложненную при законченном или незаконченном удалении зуба. Суть каждой формы перфорации ясна из названия: например, неосложненная или осложненная – имеется в виду перфорация, сочетающаяся с интактной или воспаленной пазухой и т.д.

Приведем наиболее типичные ситуации повреждения дна пазухи и наиболее рациональные лечебные мероприятия.

Перфорация случайная, распознанная, неосложненная при полном удалении причинного зуба. Здесь, прежде всего, возникают психоэмоциональное напряжение, тревога со стороны больного, возможна растерянность врача ввиду неожиданности осложнения. Поэтому у опытного врача случайной перфорации быть не должно. Ее всегда следует предвидеть. Если перфорация дна верхнечелюстной пазух оказалась без признаков воспаления со стороны пазухи, то оптимальным вариантом лечения является сохранение сгустка крови в лунке. Большинство авторов [2, 5, 6] и мы в том числе, убеждены, что для этого лунку следует зашить или прикрыть слизисто-надкостничным лоскутом, взятым одним из известных способов. Сделать это следует не позже 48 часов после удаления зуба, так как в дальнейшем вероятность воспаления возрастает.

Другие авторы [1,6] пытаются сохранить сгусток крови путем тампонады нижней челюсти лунки. Однако этот способ ненадежен. Некоторые [5] считают его даже порочным, потому что тампон быстро пропитывается кровью, ротовой жидкостью становится источником инфекции и разрушает сгусток.

В случае перфорации распознанной, неосложненной, но при незавершенном удалении зуба больного лучше всего госпитализировать, дообследовать, уточнить место расположения корня. Если подтверждается, что корень все же находится в пазухе, целесообразно расширить лунку, удалив межкорневую перегородку, и попытаться инструментом через лунку добыть корень или промыть пазуху струей антисептика. В результате раздражения слизистой оболочки носа и пазухи возникает чихание, благодаря которому корень может вылететь через нос или со стороны лунки. Наконец, удалить остаток зуба можно вскрыв переднюю стенку пазухи. Если слизистая оболочка пазухи окажется невоспаленной, то ее сохраняют, обнаруживают и извлекают корень, но соустье с носом не делают. Разрез для синусотомии проводят с учетом одновременного закрытия ороантрального сообщения. Помимо всего сказанного, мы в таких случаях, вскрывая переднюю стенку пазухи, сохраняем костно-слизистую пластинку и после ревизии пазухи производим с помощью такого сложного аутоотрансплантата костную пластинку передней стенки пазухи [3,4].

В случае осложненной перфорации дна пазухи при полном удалении зуба больного лучше направить на лечение в стационар. Оно должно состоять в промывании пазухи антисептиком или целенаправленном введении антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры. Больному следует изготовить пластинку для предотвращения попадания пищи и ротовой жидкости в пазуху. Обычно через 2-3 дня после начала лечения отделяемое из пазухи исчезает, промывные воды становятся чистыми и перфорационное отверстие начинает сужаться, а самочувствие больного улучшается. Промывание продолжают 8-12 дней. Убедившись в клиническом исчезновении синусита, больного выписывают под амбулаторное наблюдение. Больной продолжает пользоваться защитной пластинкой во время приема пищи. Через 1.5-2 мес. больного осматривают. При этом можно обнаружить три основных исхода: выздоровление больного с исчезновением синусита и сообщения с пазухой, исчезновение явлений синусита, но сохранение сообщения с пазухой. В этом случае остается только закрыть свищ. И, наконец, в редких наблюдениях могут оставаться явления синусита и сообщения с пазухой, когда показана синусотомия с выскабливанием патологически измененной слизистой оболочки, созданием соустья с нижним носовым ходом и зашиванием сообщения с полостью рта. В этих случаях мы проводим костную пластику передней стенки верхнечелюстной пазухи.

В случае осложненной перфорации дна пазухи, при незаконченном удалении зуба больного следует госпитализировать, дообследовать, уточнить положение остатка зуба или корня и в течение первых дней путем промывания пазухи антисептическими растворами снять явления воспаления. Затем нужно произвести ревизию пазухи через переднюю стенку, удалить инородное тело, выскабливать явно измененную слизистую оболочку пазухи, создать соустье с нижним носовым ходом и защитить сообщение полости рта с пазухой. Целесообразно при этом провести также пластику передней стенки пазухи.

В заключение подчеркнем, что ПДВЧП во время удаления зуба в ряде случаев является неизбежным и его следует предвидеть. При этом, прежде всего, нужно решить вопрос о состоянии слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Если явных признаков синусита нет, то важнейшим мероприятием считаем сохранение сгустка крови в лунке удаленного зуба и категорически отрицаем тампонаду лунки.

Выводы. При перфорации дна пазух с явлениями гайморита первостепенным является интенсивное консервативное лечение синусита путем промывания пазухи через ороантральное сообщение, целенаправленная антибиотикотерапия необходима в случаях бурного воспаления (в стадии обострения хронического синусита) верхнечелюстной и других придаточных пазух, показана гайморотомия и ревизия других заинтересованных пазух. Если повреждено дно пазухи и не завершено удаление причинного зуба, то зуб необходимо удалить, в том числе путем расширения лунки. В крайнем случае можно идти на ревизию пазухи из наружного доступа, тогда следует максимально стремиться завершить операцию пластикой передней стенки пазухи.

Литература.

1. Бернадский Ю.И., Заславский Н. И. Одонтогенный гайморит. – Киев, 1988.
2. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. – М., 1995.
3. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И // Открытия. – 1999. - №32.
4. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск, 2001.
5. Сабо Е.К. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта: Пер. с венг. – Будапешт, 1997.
6. Хирургическая стоматология / Под ред. В.А. Дунаевского. – М., 1989.
7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М., 1995.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ С ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ ГЕРАНИ БОЛОТНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Ф.В. Самедов, к.м.н., ассистент, Г.М-А. Будаичиев, к.м.н., ассистент, З.К. Махмудова, ассистент

Кафедра клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПМФИ - филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Пятигорск

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор Д.А. Доменюк

Актуальность. Для лечения воспалительных заболеваний полости рта удобно использовать стоматологические пленки (СП), на которые можно наносить разные лекарственные средства. Под действием слюны пленка рассасывается и лечебные компоненты диффундируют в пораженные ткани. Актуальным остается использование растительного сырья в стоматологии, поэтому мы нанесли на стоматологические пленки экстракт травы герани болотной.

Целью нашей работы было изучить противовоспалительную активность изготовленной стоматологической пленки с экстрактом травы герани болотной.

Материалы и методы исследования. Исследование противовоспалительной активности, изготовленной стоматологической с экстрактом травы герани болотной проводились на основе карагениновой модели воспалительного отека лап крыс в соответствии с международными условиями проведения экспериментов с лабораторными животными. Для сравнения изучали диклофенак, кетанов и кварцетин. За 40 мин до введения 0,1 мл 2% раствора карагенина животным внутрижелудочно вводили исследуемые вещества.

Результаты исследования. Выявлена противовоспалительная активность стоматологических пленок с экстрактом травы герани болотной, которая лишь на 17 % ниже, чем при применении диклофенака, и на 12 % ниже, чем при применении кетанова, но учитывая при этом отсутствие побочных эффектов исследуемого растительного сырья. Кварцетин практически не проявил противовоспалительной активности.

Выводы. Исследования доказывают, что изготовлена стоматологическая пленка с нанесенным на нее фитокомплексом герани болотной хорошо рассасывается, проявляет противовоспалительную активность, является безопасным и перспективным лекарственным средством для внедрения в стоматологическую практику.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Тагирова - ассистент, Х.А. Ордашев, Д.М. Османова – ассистент

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Актуальность. Лечение больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области (ЧЛО) на фоне сахарного диабета (СД) является трудной задачей для врачей-клиницистов [5]. Трудность лечения объясняется взаимным отягощением инфекции и диабета, возникает "порочный круг", что и усугубляет течение обоих процессов.

Цель исследования. Изучить особенности и выработать тактику лечения больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД.

Материал и методы исследования. В основу нашей работы положен анализ результатов комплексного обследования и лечения 70 больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО с сопутствующим СД: инсулинзависимым (СД I типа) – 38 и инсулиннезависимым (СД II типа) – 32 больных. При поступлении в клинику всем больным по необходимости проводили клинико-лабораторные, микробиологические, рентгенологические и иммунологические исследования.

В литературе существуют различные мнения в отношении готовности больного СД при экстренных хирургических вмешательствах. Некоторые авторы [1, 3, 4] считают, что предоперационная подготовка при экстренных хирургических вмешательствах должна быть направлена на устранение кетоацидоза и снижение гипергликемии с продолжительностью подготовки не более трех часов. Основным принцип экстренного хирургического лечения гнойно-воспалительного процесса ЧЛО заключался в широком рассечении полости гнойника, эвакуации гноя, максимальном удалении некротических тканей, обработки гнойной полости раствором антисептиков с дальнейшим ее дренированием. При лечении интоксикации была проведена дезинтоксикационная терапия, которая заключалась в блокировании и нейтрализации токсического фактора, связывании его белком и выведении его из организма. По показаниям было проведено парентеральное введение различных жидкостей, в первую очередь - белковых препаратов (кровь, плазма, протеин, альбумин, гамма-глобулин и др.). Одновременно, с целью уменьшения интоксикации, назначалось большое количество жидкости: гемодез, реополиглюкин, физиологический раствор, 5 % раствор глюкозы с инсулином из расчета 1 ЕД на 4г глюкозы. Общеукрепляющая и стимулирующая терапия обязательно включали использование витаминов В₁, В₆, В₁₂, С.

В литературе имеются данные результатов местного применения различных фармакологических, биологических, гормональных, белковых, а также антибактериальных препаратов при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО на фоне СД [2,3]. Принцип местного лечения заключается в том, что введение лекарственных

веществ непосредственно оказывает влияние на скорость биохимических и гистохимических реакций в ране, тем самым ускоряя или замедляя процессы очищения раны, регенерацию тканей и формирование рубца. Исходя из этого, нами были применены протеолитические ферменты, тиосульфат натрия, антикоагулянты, инсулин, перманганат калия, физиотерапия, различные мази. Для ускорения регенеративных и обменных процессов использовались протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин) и ферменты микробного происхождения. С целью нормализации гемодинамики в системе микроциркуляции в очаге воспаления проводилось введение антикоагулянтов.

По данным Кулешова Е.В. [2], 1 мл гноя инактивирует 10-15 ЕД инсулина. Исходя из этого, мы применяли инсулин местно на рану. Необходимость местного применения инсулина обусловлена тем, что в раневой ткани имеется дефицит инсулина вследствие его разрушения протеолитическими ферментами микробов. Все сказанное позволяет заключить, что у всех больных при лечении вышеуказанными методами ускорялась фаза гидратации и наблюдался ранний период перехода процесса в фазу дегидратации. Отмечалось быстрое уменьшение и исчезновение воспалительных явлений, очищение ран от некротических тканей, раннее появление грануляции и эпителизации.

Успех лечения больных с гнойно-воспалительными процессами на фоне СД во многом зависит от коррекции углеводного обмена, для которого требуется правильное введение нужного вида и дозы инсулина в зависимости от компенсации диабета. До развития гнойно-воспалительных процессов 35 больных (50 %) получали инсулин различных видов, 24 больных (34,29 %) принимали таблетированные сахароснижающие препараты (манинил, диабетон, букарбан и др.), 7 больных (10 %) применяли сахароснижающие препараты в таблетках с инсулином, а у 4 больных диабет был впервые диагностирован в нашем стационаре и лечение проводилось инсулином.

СД I типа и СД II типа был диагностирован на основании анамнеза, клинических и биохимических анализов крови, а также с помощью определения С-пептида в сыворотке крови. СД I типа был у 38 больных (18 мужчин, 20 женщин), СД II типа - у 32 больных (10 мужчин, 22 женщины). При поступлении в стационар у 12 больных диабет был компенсирован, у 30 - субкомпенсирован и у 28 диабет был декомпенсирован. У 8 больных общее состояние расценено как тяжелое, у 22 - средней тяжести, а у 40 - состояние было расценено как удовлетворительное. Однако среди больных СД I типа в большинстве случаев общее состояние было расценено как тяжелое и средней тяжести, что и подтверждалось результатами иммунологических исследований. Всем больным этой группы под местной анестезией была произведена вскрытие гнойных очагов.

В настоящее время в процессе лечения больного с гнойным заболеванием при СД уже нельзя руководствоваться одной необходимостью решения чисто хирургических проблем, связанных с устранением источника, путем вскрытия и дренирования. Компенсация диабета у больных, получавших малые дозы инсулина короткого действия, отмечалась стабильностью, снижение уровня глюкозы крови у них проходило плавно, а у больных, получавших пролонгированную большую дозу инсулина, отмечены выраженные колебания глюкозы крови и компенсация диабета не стабильна. При оценке показателей числа Т-лимфоцитов в результате применения дробно малых доз инсулина короткого действия нами было отмечено достоверное его повышение как у больных СД I типа, так и у больных СД II типа по сравнению с показателями, которые наблюдались при применении пролонгированной большой дозы инсулина.

Результаты исследования. Таким образом, результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД с применением малой дозы инсулина короткого действия в комплексной терапии имеет большие преимущества перед пролонгированной дозой инсулина. Эти преимущества выражались в равномерной стабилизации компенсации диабета за короткие сроки (24-36 часов), плавном снижении уровня глюкозы крови, значительном повышении числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности, а также в значительном улучшении общего состояния больных. В связи с этим удавалось быстрее выводить больных из стадии декомпенсации диабета, у них ускорилось заживление гнойных ран, что способствовало снижению сроков нахождения больных в стационаре в среднем на 4-5 суток у больных СД I типа и на 5-7 суток у больных СД II типа.

Выводы. Наши наблюдения показали, что характер течения гнойно-воспалительных процессов ЧЛО у больных с СД в значительной степени зависит от сниженной иммунореактивности организма. Причем течение гнойно-воспалительных процессов и состояние иммунитета находятся в прямой зависимости от типа, компенсации и тяжести течения СД. Применение в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД малых доз инсулина короткого действия и иммунокорригирующей терапии привело к быстрой компенсации диабета и повышению иммунитета, а это в свою очередь способствовало более быстрому очищению гнойных ран от некротизированных тканей, что нашло свое отражение в улучшении результатов лечения данной категории больных. Гнойно-воспалительный процесс ЧЛО у больных СД протекает значительно тяжелее при декомпенсированном СД, в прямой зависимости от нарушения иммунного статуса. При лечении больных данной категории необходимо определить форму СД и его компенсации, так как именно от этих причин и состояния иммунитета зависят исходы лечения.

Литература:

1. Ефимов А.С., Скробонская Н.А. Этиология и патогенез сахарного диабета// Проблемы эндокринологии.–1995.–т.31, №6–с.41-45.
2. Кулешов Е.В. Хирургические заболевания и сахарный диабет: Методическое пособие для хирургов и эндокринологов. – Пенза, 1993.
3. Потемкин В.В., Кадагидзе З.Г., Вескова Т.К. и др. Изменение некоторых показателей иммунной системы у больных сахарным диабетом// Проблемы эндокринологии.-1996.-т.32, №1-с.3-5.
4. Ушаков Р.В. Комплексное лечение больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на основании клинического, микробиологического и иммунологического изучения: Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1995.-с.246.
5. Хуршудян А.Г. Стимуляция регенерации гнойных ран при сахарном диабете: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 1992.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов,

Н.Д. Меджидова врач-педиатр

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ РД «Детская поликлиника № 1», Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Меджидов М.Н.

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) является наиболее распространенным заболеванием слизистой оболочки полости рта. Он составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике, и поражает до 20% населения [1,3].

Этиология РАС остается не до конца выясненной. Результаты современных исследований доказывают, что заболевание представляет собой иммунопатологический процесс с развитием клеточной цитолитической активности, которая приводит к нарушению тканевой интеграции.

Так как этиология афтозных поражений недостаточно изучена, часто применяемая терапия является симптоматической и направлена на устранение боли, улучшение процесса эпителизации афтозной поверхности и подавление вторичной инфекции.

В этой связи приобретает актуальность поиск новых эффективных препаратов для местного и общего лечения РАС.

Среди них новый отечественный комбинированный препарат в аэрозольной форме «Гипозоль», который благодаря синергизму трёх активных входящих в его состав ингредиентов (облепиховое масло, метилурацил, этазол-натрий, эмульсионная основа) оказывает местное противовоспалительное, регенерирующее, противоожоговое и анти-септическое действие, стимулирует регенеративные процессы в мягких тканях.

«Тантум Верде» - нестероидное противовоспалительное средство для местного применения. Действующее вещество - бензидамина гидрохлорид, производное индозолов. При локальном использовании обладает противовоспалительными и обезболивающими свойствами благодаря подавлению синтеза простагландинов и стабилизации мембран клеток. Всасывается через слизистые оболочки хорошо, накапливается в воспаленных тканях.

В связи с тем, что бензидамин является основанием, ему свойственны быстрый противоотечный, болеутоляющий, противозастойный эффекты (снимает симптомы гиперемии, уменьшает отек), он снижает процессы экссудации в воспаленных тканях, препятствует развитию патогенных бактерий и грибов, а также усиливает действие антибиотиков.

«Полиоксидоний» обладает иммуномодулирующими и рецепторокорректирующими свойствами, выраженными антиоксидантным и мембраностабилизирующим действиями.

На протяжении последних четырёх лет нами были изучены сравнительные клинико-иммунологические аспекты эффективности применения отечественных препаратов «Полиоксидония» и «Метилурацила» в комплексном лечении заболеваний пародонта у пациентов с хроническим пиелонефритом. Был установлен более выраженный терапевтический эффект использования полиоксидония в комплексном лечении вышеуказанных заболеваний по сравнению с применением метилурацила для этой цели (Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., 2010; 2011; 2012).

Доказано, что метаболический препарат «Милдронат» стимулирует репаративные процессы, ингибируя фермент гамма-бутиробетаин-гидроксилазу и биосинтез карнитина. Это приводит к торможению β - окисления жирных кислот и активирует механизмы окисления глюкозы. В лимфоидных клетках в норме именно гликолиз является основным источником АТФ. К.А. Frauwirth, СВ. Thompson (2004) отметили более высокую эффективность сочетанного применения иммуномодулирующих и метаболических препаратов [2].

Все вышеизложенное позволило считать целесообразным включить в схему комплексного лечения РАС препараты с обезболивающим, иммуномодулирующим и стимулирующим метаболические и регенераторные процессы действиями.

Целью нашего исследования стало клиническое изучение терапевтической эффективности препаратов: обезболивающего действия «Тандум Верде», стимуляторов регенерации «Гипозоля», метаболических процессов «Милдроната» и иммуномодулятора «Полиоксидония» в комплексном лечении больных РАС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 36 больных (12 мужчин и 24 женщины) РАС в возрасте 25-50 лет с длительностью заболевания от полугода до 8 лет (в среднем $6,2 \pm 0,5$ лет).

Для исследования отбирались больные, имеющие несколько афт (в среднем $2,42 \pm 0,4$).

Афты чаще локализовались на слизистой губ (36,2%), щек (26,6%), нижней поверхности языка (25,3%). Мягкое нёбо, переходная складка и дно полости рта поражались реже - в 11,9% случаев.

Все больные получали «Полиоксидоний» в таблетках по 24 мг 2 раза в день с интервалами 12 ч, «Милдронат» - в капсулах по 250 мг 3 раза в день, «Мульти tabs» - по 1 таблетке 3 раза в день. Местное лечение включало полную санацию полости рта, полоскание 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата.

Для оценки эффективности «Гипозоля» и «Тантум Верде» все обследованные больные были разделены на 2 группы, примерно одинаковые по возрасту, длительности заболевания. В основной группе местную антисептическую обработку завершали аппликацией на афтозную поверхность вначале спреем «Тантум Верде» для обезболивания, затем аэрозолем «Гипозоль», в группе сравнения - в качестве аппликата использовали масляный раствор витамина А. Аппликации проводились от 3 до 5 раз в день на предварительно высушенную эрозивную поверхность.

Спрей «Тантум Верде», аэрозоль «Гипозоль» применяли местно, нанося их пены поочередно на пораженные участки на 10-15 мин от 3 до 5 раз в сутки.

Лечение пациентов обеих групп проводилось амбулаторно. Оценку эффективности терапии проводили на 3, 7, 10-й и 14-й дни по следующим критериям: глубина и продолжительность обезболивания, размер очага поражения, количество высыпаний, сроки полной эпителизации. При каждом посещении больного все показатели заносились в специальную карту.

Результаты исследования и их обсуждение. Обезболивающий эффект при применении «Тантум Верде» наступал через $15,5 \pm 0,5$ секунд и сохранялся в среднем $1,9 \pm 0,5$ часа. В случае использования в качестве аппликаций кератопластика - витамина А обезболивание не отмечалось пациентами.

При изучении динамики размеров язвенного очага поражения (вычисляемого в процентах от исходного размера) установлено, что на 3 день в первой группе больных размер изъязвлений составил $68 \pm 2\%$, а в группе контроля $71 \pm 3\%$ от исходной величины очага поражения. К 7-му дню эти показатели достигли соответственно $12 \pm 0,5\%$ и $39 \pm 1\%$.

Аналогичная тенденция наблюдалась и в динамике уменьшения количества высыпаний. К 3-му дню лечения количество высыпаний составило $57 \pm 1,5\%$ в основной группе и $79 \pm 2\%$ в группе контроля от исходного количества высыпаний. К 7-му дню эти показатели составили $11 \pm 1\%$ и $53 \pm 2,5\%$ соответственно.

Полная эпителизация очага поражения происходила к 10-му дню в основной группе больных и только к 20-му дню в группе контроля.

Эти препараты хорошо переносились всеми больными, побочных проявлений отмечено не было.

Таким образом, препараты «Гипозоль», «Тантум Верде», «Полиоксидоний» и «Милдронат» могут быть рекомендованы как эффективные средства местного и общего лечения РАС.

Литература

1. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Панфилова Е.Л., Бахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит - этиология, патогенез (часть Г) // Стоматология: Научно-практический рецензируемый ж-л. 2010. Том 89, N 1. С. 71-75.
2. Frauwirth K.A., Thomson C.B. Regulation of T lymphocyte metabolism. J. Immunol. 2004 Apr 15; 172(8):4661-5.
3. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46:198—206.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

В структуре стоматологических заболеваний значительное место отводится воспалению пульпы зуба - от 25% до 40%, по данным различных авторов [1,6]. Если учесть 390 млн. ежегодных обращений к стоматологу, то становится ясной значимость этой проблемы [3, 4].

Качественное лечение различных форм воспаления пульпы в конечном итоге является профилактикой верхушечного периодонтита. Эндодонтические вмешательства составляют основу лечения пульпита. Клинический опыт показывает, что качество заполнения корневых каналов, особенно моляров, остается низким, несмотря на то, что именно данный этап является решающим в их лечении. Из сказанного ясно, почему метод лечения пульпита с сохранением всей пульпы (биологический) является наиболее перспективным и совершенным.

На долю пульпосохраняющего метода в практических учреждениях приходится от 2,6% [6] до 7,71% [2] случаев лечения пульпита. Такая ограниченность применения метода сохранения жизнеспособности всей пульпы объясняется недостаточным владением врачами техникой выполнения метода. Можно допустить, что там, где санация полости рта и профилактика стоматологических заболеваний обеспечены недостаточно и продолжается обслуживание населения по обращаемости, врачи чаще имеют дело с пациентами с развившимися формами пульпита. Кстати, поэтому и нередко случаи позднего обращения к стоматологу.

При решении вопроса о выборе метода лечения необходимо, прежде всего, выяснить практически важный вопрос - излечим ли вообще конкретный вид острого пульпита. В результате воздействия средствами консервативного лечения (биологический метод) может наблюдаться клиническое излечение острого очагового и травматического пульпита.

Прогресс лечения острого очагового и травматического пульпита тесным образом связан с разработкой новых лечебных прокладок. Большое внимание уделяется материалам, обладающим пролонгированным действием на воспаленную пульпу, усиливающим ее одонтотропную функцию, и реминерализующим дно кариозной полости при однократном посещении больным врача [7, 8].

Перспективным в этом отношении является отечественный препарат «Гидроксипол».

В ранее выполненной нами работе [5] проведена клиническая апробация гидроксипола, применяющегося в качестве корневого пломбировочного материала при лечении деструктивных форм хронического периодонтита. Указанная терапия способствовала усиленной регенерации и восстановлению костной ткани в периапикальном очаге, а также предотвращала обострение в постпломбировочном периоде.

Целью настоящего исследования явилось изучение лекарственной эффективности нового отечественного препарата «Гидроксипол» в качестве основного компонента лечебной прокладки при терапии больных острым очаговым и травматическим пульпитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных (21 женщина и 24 мужчины в возрасте от 18 до 40 лет), которым вылечено 45 зубов, пораженных острым очаговым (36 зубов) и травматическим (9 зубов) пульпитом.

Лечению подвергались 40 многокорневых и 5 однокорневых зубов.

Гидроксиапол выпускается в виде мелкокристаллического белого порошка (ВФС 42-237894), является основой неорганического матрикса костных тканей. Химическая формула - $\text{Са}(\text{РО})_4\text{б}(\text{ОН})_2$. Гидрооксиапатит стимулирует остеогенез, после заполнения костных полостей не рассасывается и не затвердевает, а замещается полноценной костной тканью. Относится к малотоксичным веществам и не вызывает отдаленных нежелательных последствий - воспалительных аллергических реакций, не обладает мутагенным и иммуномодулирующим действием, не влияет на течение беременности и развитие плода.

Подготовку и пломбирование кариозной полости производили по общепринятой методике.

В качестве средства для антисептической обработки кариозной полости послужил 20% раствор диметилсульфоксида (ДМСО). Лечебную прокладку в виде пасты готовили ex tempore на 20% растворе диметилсульфоксида из расчета: $\frac{1}{2}$ часть окиси цинка и 1Л часть гидроксиапола.

О результатах лечения судили на основании клинико-электрометрических и рентгенологических данных до пломбирования и через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения.

Полученные данные электрометрических исследований пульпы зубов подвергались статистической обработке по непараметрическим критериям: U - Вилкоксона-Манна-Уитни и Q - Розенбаума.

Результаты исследования и их обсуждение. При определении электровозбудимости пульпы со дна кариозных полостей 36 зубов, пораженных острым очаговым пульпитом, до лечения получены следующие результаты: 20-22 мкА в 25 зубах (69,4%), 23-25 мкА в 6 зубах (16,7%), 25-28 мкА в 5 зубах (13,9%).

По травматическому пульпиту были выявлены следующие показатели: 15-18 мкА в 4 зубах (44,4%) и 19-23 мкА - 5 зубах (55,6%).

Отдаленные результаты (до 12 месяцев) прослеживали у 31 больного (31 зуб) острым очаговым и у 8 больных (8 зубов) травматическим пульпитом.

У этих больных при повторном обследовании отсутствовали жалобы на температурные и другие виды раздражителей, реакции со стороны региональных лимфатических узлов не наблюдалось, перкуссия вылеченных зубов была безболезненной. Пломбы находились в удовлетворительном состоянии, зубы не изменились в цвете.

При повторном определении электровозбудимости пульпы цифровые показатели были, как правило, меньше первоначальных.

Так, в 21 зубе (67,7%), пораженного острым очаговым пульпитом, где до лечения и пломбирования имелось снижение чувствительности пульпы к электрическому току (20-22 мкА), произошла ее нормализация ($P < 0,05$) уже через 3 месяца. В более поздние сроки (от 6 до 12 месяцев) она не менялась ($P > 0,05$). В 5 зубах (16,1%), пораженных острым очаговым пульпитом, где до лечения и пломбирования показатели электровозбудимости пульпы составляли 23—25 мкА, нормализация этих показателей (2-6 мкА) произошла в сроки от 3 до 6 месяцев ($P < 0,05$). Далее (до 12 месяцев) они не изменялись ($P > 0,05$). Аналогичная картина была обнаружена в 3 зубах (9,7%), пораженных острым очаговым пульпитом, с первоначальными показателями электровозбудимости пульпы 25-28 мкА. Однако в 2 зубах (6,5%) с таким же диагнозом и значениями электровозбудимости пульпы, хотя и произошло увеличение электровозбудимости пульпы, но она не достигала нормальных показателей ($P > 0,05$).

У всех 8 больных (100%) травматическим пульпитом, явившихся на повторный прием, при измерении электровозбудимости пульпы уже через 3 месяца произошло полное восстановление показателей чувствительности пульпы к электрическому току до нормальных значений (2-6 мкА) ($P < 0,05$). Далее (до 12 месяцев) они не изменились ($P > 0,05$).

Рентгенологических изменений в пародонте, подвергнутых лечению зубов, не выявлялось как в ранние (до 3 месяцев), так и в поздние (от 6 до 12 месяцев) сроки наблюдения. Однако в указанные сроки наблюдалось утолщение в различной степени дна кариозных полостей за счет, по-видимому, его реминерализации и наслоения образовавшегося заместительного дентина.

Таким образом, полученные результаты показали, что применение пасты на основе отечественного препарата «Гидроксиапол» и 20% раствора диметилсульфоксида в качестве лечебной прокладки при терапии острого очагового и травматического пульпита способствует реминерализации дна кариозной полости, затуханию воспалительного процесса в пульпе и образованию заместительного дентина. Это позволяет рекомендовать данный способ лечения острого очагового и травматического пульпита к широкому использованию в клинической практике.

Литература

1. Гасимов Ф.Г. Современные методы лечения пульпитов // Вопросы общей стоматологии. Казань, 1964. С. 37-38.

2. Гречишников В.И. Реакция верхушечного периодонтита на различные методы лечения пульпита (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М, 1981. 20 с.
3. Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. Практическая эндо-донтия. М.: Медицина, 1964. - Гл. 2: Этиология и патогенез пульпита. С. 35 -38.
4. Иванов В.С., Урбанович Л.И., Бережной В.П. Воспаление пульпы зуба. М.: Медицина, 1990. Предисловие. С. 3-4.
5. Меджидов М.Н., Османов Т.А., Пакалов М.М. Применение гидроксиапола при лечении деструктивных форм хронического периодонтита //Сборник научных трудов Даггосмедакадемии. Юбилейный выпуск. Махачкала, 1998. С. 194-196.
6. Туробов В.А., Южный В.В. Обращаемость и основные методы лечения пульпитов //Материалы трудов 1-ой городской конференции общества стоматологов г. Ташкента. Ташкент, 1973. С. 26-27.
7. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П. и др. Диагностика, лечение и профилактика дефектов зубов некариозного происхождения, кариеса зубов и его осложнения. М., С.122-219.
8. Gangler P., Hoyer L., Koch J.-L. Pulpitistherapie. /Medizin aktuell, 1984. -Bd. 10, 4 - S. 176-178.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА
М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Кариес зубов является одним из самых распространенных заболеваний человека. Им поражено почти все взрослое население земного шара в экономически развитых странах: из 10 человек 8-9 нуждаются в лечении данного заболевания [2].

В качестве лечебных прокладок при терапии глубокого кариеса в настоящее время наиболее широкое распространение как в нашей стране, так и за рубежом получили препараты, содержащие гидроокись кальция [3,4, 9].

Однако, как показывают исследования многих авторов, применение препаратов гидроокиси кальция в качестве лечебных прокладок приводит к возникновению хронического воспалительного процесса в пульпе, усилению образования в ней дентиклей, появлению возможности полного обызвествления ткани пульпы в корневом канале, способности вызвать резорбцию дентина со стороны полости зуба [7, 10, П, 12].

В ранее выполненной нами работе проведена клиническая апробация нового отечественного препарата «Гидроксиапола», применяемого в качестве корневого пломбировочного материала при лечении деструктивных форм хронического периодонтита [5]. Указанная терапия способствовала усиленной регенерации и восстановлению костной ткани в периапикальном очаге, а также предотвращала обострение в постпломбировочном периоде.

В литературе имеются данные об эффективности использования мелкодисперсного гидроксиапатита при лечении кариеса у детей [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение лекарственной эффективности нового отечественного препарата «Гидроксиапол» в качестве основного компонента лечебной прокладки при терапии больных, страдающих глубоким кариесом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 42 больных (18 женщин и 24 мужчины в возрасте 18-45 лет), которым вылечено 45 зубов, пораженных глубоким кариесом. Лечению подверглись 12 однокорневых и 33 многокорневых зуба.

«Гидроксиапол» выпускается в виде мелкокристаллического белого порошка (ВФС 42—237894), является основой неорганического мат-рикса костных тканей. Химическая формула — $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_4 \cdot (\text{OH})_2$. Гидро-ксиапатит стимулирует остеогенез, после заполнения костных полостей не рассасывается и не затвердевает, а замещается полноценной костной тканью. Относится к малотоксичным веществам и не вызывает отдаленных нежелательных последствий — воспалительных аллергических реакций, не обладает мутагенным и иммуномодулирующим действием, не влияет на течение беременности и развитие плода.

Подготовку и пломбирование кариозной полости производили по общепринятой методике.

В качестве средства для антисептической обработки кариозной полости послужил 20% раствор диметилсульфоксида (ДМСО). Лечебную прокладку в виде пасты готовили ex tempore на 20% растворе ди-метилсульфоксида из расчета: Vi часть окиси цинка и Уг часть гидро-ксиапола. О результатах лечения судили на основании клинико-электрометрических и рентгенологических данных до пломбирования и через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. При определении электровозбудимости пульпы со дна кариозных полостей 45 зубов, пораженных глубоким кариесом, до лечения получены следующие результаты: 2-6 мкА в 12 зубах (26,7%), 7-15 мкА в 29 зубах (64,4%), 16-25 мкА в 4 зубах (8,9%).

Отдаленные результаты прослежены у 39 больных (39 зубов). У этих больных при повторном обследовании отсутствовали жалобы на температурные и другие виды

раздражителей, реакции со стороны регионарных лимфатических узлов не наблюдалось, перкуссия вылеченных зубов была безболезненной. Пломбы находились в удовлетворительном состоянии, зубы не изменились в цвете.

При повторном определении электровозбудимости пульпы цифровые показатели были, как правило, меньше первоначальных. Так, в 10 зубах (26,6%) с первоначальными значениями электровозбудимости пульпы от 2 до 6 мкА показатели эти не изменились ($P>0,05$). В 27 зубах (69,2%), где до лечения и пломбирования имелось снижение чувствительности пульпы к электрическому току, произошла ее нормализация ($P<0,05$) через 3 месяца. В более поздние сроки (от 6 до 12 месяцев) она не менялась ($P>0,05$). В 2 зубах (37,2%) произошло увеличение электровозбудимости пульпы, однако она не достигала нормальных показателей ($P>0,05$).

Рентгенологических изменений в периодонте, подвергнутых лечению зубов, не выявилось как в ранние (до 3 месяцев), так и в поздние (до 12 месяцев) сроки наблюдения. Однако к этому сроку наблюдалось утолщение дна кариозных полостей за счет, по-видимому, его реминерализации и наслоения образовавшегося заместительного дентина.

Полученные данные продемонстрировали, что применение пасты на основе нового отечественного препарата «Гидроксиапола» и 20% раствора диметилсульфоксида (ДМСО) в качестве лечебной прокладки при терапии глубокого кариеса способствует реминерализации дна кариозной полости, затуханию начинающегося воспалительного процесса в пульпе и образованию заместительного дентина. Это позволяет рекомендовать данный способ лечения глубокого кариеса к использованию в широкой клинической практике.

Литература.

1. Бабаева М.Р. Применение мелкодисперсного гидроксиапатита для obtурации дентинных трубочек при лечении кариеса у детей (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ... к.м.н. М., 1999. 15 с.
2. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. М.: Медицина, 1980. -Гл.1.: Эпидемиология кариеса зубов. С.5-16.
3. Ершова Н.И., Дмитриева Л. А. Применение димексида при лечении глубокого кариеса и острого очагового пульпита// Стоматология. М., 1987. №4. С. 18-19.
4. Комнов Д. В. Сравнительная морфологическая характеристика реакции пульпы на прямое покрытие различными лечебными прокладками // Стоматология. М, 1989. №2. С. 4-6.
5. Меджидов М.Н., Османов ТА, Пакалов М.М. Применение «Гидроксиапола» при лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Сборник научных трудов Дагтосмедакадемии. Юбилейный выпуск. Махачкала, 1998. С.194-196.

6. Пархова Р.Л. Влияние гидроокиси кальция на пульпу зуба // Терапевтическая стоматология. Киев, 1975. Вып. 10. С. 136-138.
7. Чумаков А.А., Дмитриева Л. А., Комнова З. Д. и др. Влияние альгипора и кальмецина на состояние пульпы зубов обезьян при лечении экспериментального травматического пульпита // Стоматология. 1985. №5. С.6-9.
8. Forsten L, Karjalainen S. Effect of a Ca (OH)₂ solution and a chlor-hexidine based detergent on the microbial activity of human carious teeth. Acta Odontol Scand. 1977;35(6):275-80.
9. Leung RL, Loesche WJ, Charbeneau GT. Effect of Dycal on bacteria in deep carious lesions. J Am Dent Assoc. 1980 Feb; 100(2): 193-7.
10. Oehler V. [Therapy of caries profunda] [Article in German]. StomatolDDR. 1981 May;31(5): 359-69.
11. Ripp N. Pulp capping. A review. //N Y State Dent J. 1976 May; 42(5):285-90.
12. Sicha V. KHnische Bedeutung der Kalziumhydroxid - Tetrazyklin Pasten zur Vrtalerhaltung des Zahnmarkes // Stomat. DDR, 1984. - Bd, H. 10. - S. 640-645.

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ГИПОФОСФАТАЗИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

С.А. Османова – клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.И. Израилов.

Актуальность. _Гипофосфатазия – прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, вызванное дефицитом тканенеспецифической щелочной фосфатазы, характеризующееся широкой вариабельностью клинических проявлений и прогноза для пациента – от легкого течения с незначительным поражением костей и исключительно зубочелюстной системы до тяжелых форм с выраженными деформациями скелета, поражением нервной системы, легких, почек, приводящих к инвалидизации и смерти, в т. ч. внутриутробной. Выделяют 5 клинических форм ГФФ: перинатальная, инфантильная, детская, взрослая и одонтогипофосфатазия. Перинатальная форма является наиболее тяжелой. Однако несмотря на достигнутые успехи в патогенетической терапии, прогноз для жизни при данной форме заболевания, остается неблагоприятным.

Цель: продемонстрировать трудности клинической и лабораторно-инструментальной диагностики перинатальной формы гипофосфатазии.

Задачи: анализ клинического случая пациента с перинатальной формой гипофосфатазии, оценка результатов клинических и лабораторно-инструментальных методов

обследования, катamnестических данных и эффективности проведенной патогенетической терапии.

Материал и методы исследования: курация пациента, изучение данных проведенных методов обследования и катamnестических данных.

Представляем клинический случай гипофосфатазии у ребенка 3 месяцев жизни.

Ребенок, **Курбанов М. 11.05.2021 г.р.**, проживающий по адресу: Кизлярский район, Республика Дагестан. Клинический диагноз: Гипофосфатазия, перинатальная форма. Синдром мышечной дистонии. Дефицитная анемия легкой степени. ЗПМР. Удвоение почек.

Жалобы: на сниженный аппетит, отказ от пищи, обильную рвоту, поперхивание при приеме пищи.

Анамнез болезни: болеет с 2х-недельного возраста. Ранее находился на стационарном лечении в ОГВ ДРКБ с **клиническим диагнозом:** Последствия перинатального гипоксического поражения ЦНС, синдром вегето-висцеральных нарушений, синдром рвоты и срыгиваний, с жалобами на рвоту 2-3 р/сутки, эпизоды апноэ, цианоз. При дообследовании в биохимическом анализе крови выявлено снижение уровня ЩФ. При повторной госпитализации выставлен диагноз и назначено специфическое лечение.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала гладко. Роды естественные, на 39 неделе гестации. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. ВПР – 3800 г., рост – 54 см. Выписан из роддома на 6 сутки. Дома отмечалось вялое сосание, затем присоединилась обильная рвота фонтаном, отмечались эпизоды апноэ, цианоз. Ребенок был госпитализирован в ОПН в возрасте 2 недель с клиническим диагнозом: Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, синдром вегето-висцеральных нарушений. Наследственный анамнез – отягощен. Брак неродственный. Со стороны матери: родной брат – в анамнезе переломы, родная сестра – в анамнезе переломы. Родители: мать – заболевание почек. Со стороны отца: родной брат – отмечают боли в костях и мышцах, в анамнезе переломы ребер. Родители – у матери и отца артериальная гипертензия.

Status praesens: ВПП – 5300 г. Рост – 57 см. Состояние ребенка тяжелое по заболеванию. При осмотре вял, гиподинамичен, мышечный тонус резко снижен. Кормился через назогастральный зонд. Рвота фонтаном 1-2 раза в сутки. Голова округлой формы, б/р – 3х3 см. Голову не удерживает, на ножки не упирается. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Периоральный цианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка рахитической формы. Дыхание проводится по всем полям равномерно, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 34/мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС – 132/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стула на момент осмотра нет.

При обследовании в общем анализе крови: WBC – 12,3 x 10⁹/л, RBC – 3,2, HGB – 91 г/л, СОЭ – 15 мм/ч, PLT - 339, NEUT – 30,7 %, LYM – 53,4 %, MON – 14 %, EO – 1,6 %, BA – 0,3%.

В биохимическом анализе крови: креатинин – 32,9 мкмоль/л, мочевины – 4,6 ммоль/л, о/билирубин – 13,0 мкмоль/л, натрий – 136 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, ЛДГ – 379 Ед/л, ОЖСС – 64,5 мкмоль/л, сывороточное железо – 11,7 мкмоль/л, ферритин – 381,8 нг/мл, кальций – 3,36 ммоль/л, фосфор – 1,28 ммоль/л, ЩФ – 11 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки, нижних конечностей и черепа - истончение ребер, ключиц; разрежение и изъеденность проксимальных метафизов плечевых костей. Бокаловидные расширения, изъеденность контуров и метаэпифизов бедренных костей, большеберцовой и малоберцовой костей, остеопороз костей таза. В боковой проекции - истончение костей свода черепа, расхождение костей черепа в затылочной области.

УЗИ внутренних органов: *Правая почка* – 67x28 мм, удвоенная, пирамидки с гиперэхогенным ободком. ЧЛС нижней почки умеренно расширена: чашечки – 3 мм, лоханка – 7 мм. ЧЛС верхней почки не расширена. *Левая почка:* 65x32 см, удвоенная, пирамидки с гиперэхогенным ободком. ЧЛС нижней почки умеренно расширена: чашечки – 3 мм, лоханка – 11 мм. ЧЛС верхней почки не расширена.

Эхо-КГ: умеренная гипертрофия стенок левого желудочка. Регургитация на МК (+), ТК (+). ОО – 2,8 мм.

Молекулярно-генетическое исследование: в экзоне 10 обнаружен вариант с.1163A>G;p.(Tyr388Cys) в гомозиготном состоянии.

Консультирован генетиком: Гипофосфатазия, перинатальная форма. Рекомендована пожизненная патогенетическая терапия асфотазой – альфа, отмене не подлежит.

После проведенного обследования, телемедицинской консультации с НЦЗД, через фонд «Круг добра» получен препарат «Стрензик», начато специфическое лечение. Асфотазы-альфа по 0,2 мл подкожно – 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница).

Катамнез пациента: после выписки из ОГВ ДРКБ ребенок амбулаторно продолжал лечение препаратом асфотазы-альфа по указанной схеме. Несмотря на проведение патогенетической терапии, состояние ребенка прогрессирующе ухудшалось и окончилось летальным исходом.

Результаты: выявлены клинические проявления перинатальной формы гипофосфатазии, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, свидетельствующие в пользу указанного диагноза. Основываясь на катамнестических данных, проведена оценка эффективности назначенной патогенетической терапии.

Выводы:

Клинические проявления перинатальной формы гипофосфатазии неспецифичны и ошибочно могут быть приняты за другие заболевания, характерные для данной возрастной категории, в том числе и рахитоподобные. В основе лечения лежит пожизненная заместительная ферментная терапия препаратом асфотазы-альфа «Стрензик» с доказанной клинической эффективностью и безопасностью. Перинатальная форма ГФФ является наиболее тяжелой и практически всегда оканчивается летальным исходом.

**ФЕНОТИПИРОВАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
У РАНЕЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ В МОСКВЕ**

**М.А. Румянцев, М.К. Андреева, Д. Баймухамбетова, Е.И. Спиридонова, П.А. Бобкова,
Я.А. Эль-Тарави – студенты**

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научные руководители: PhD Д.Б. Мунблит, д.м.н., профессор И.М. Османов

Актуальность. COVID-19 явился большим потрясением для мира, но сейчас по мере разрешения пандемии выходят на первый план вопросы, связанные с последствиями коронавирусной инфекции.

Цель работы. Определить фенотипы и факторы риска, ассоциированные с постковидным синдромом (ПКС), через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19.

Материалы и методы исследования. В проспективном когортном исследовании по оценке последствий новой коронавирусной инфекции COVID-19 при сотрудничестве ПМГМУ им. И.М. Сеченова и ДГКБ им. З.А. Башляевой сбор информации по острой фазе COVID-19 осуществлялся путем экстракции данных из электронных медицинских карт. Оценка долгосрочных последствий COVID-19 у пациентов младше 18 лет проводилась в 6 и 12 месяцев после перенесённого заболевания путём анкетирования их родителей во время телефонного интервью. Сбор данных выполнялся согласно педиатрическим протоколам «международного консорциума по тяжелым острым респираторным заболеваниям и новым инфекциям» (ISARIC).

В данном исследовании ПКС определялся как состояние, сохраняющееся через 3 месяца после перенесенной коронавирусной инфекции и характеризующееся совокупностью симптомов, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Данное определение соответствует критериям ПКС Всемирной Организации Здравоохранения на момент октября 2021 года. Полученные данные о сохраняющихся симптомах категоризировались в группы, отражающие те или иные системы органов. Подтвержденная лабораторным методом новая коронавирусная инфекция COVID-19 и прохождение анкетирования в 6 и 12 месяцев являлись обязательными критериями включения в исследование.

Результаты исследования. в анализ были включены данные 360 детей (360/849, 42%) по двум контрольным точкам. Медианный возраст составил 9,53 лет

(интерквартильный интервал – 2,36-14,76), 48% (174/360) когорты – мальчики. По результатам опроса в 6 месяцев, постковидный синдром был выявлен у 20% детей. В 12 месяцев распространенность ПКС снизилась до 11%. Наиболее распространенными симптомами в 6 месяцев были усталость (9%), расстройства сна (7%), дерматологические (5%) и нейрокогнитивные (4%) проявления. К 12 месяцам об усталости сообщали 4% родителей, расстройствах сна – 1%, дерматологических и нейрокогнитивных симптомах – по 2%.

У 7% (25/360) детей в точке 6 месяцев отмечалось сочетание 2 и более симптомов. Наиболее частым фенотипом была комбинация неврологических нарушений и усталости (24%, 6/25). К 12 месяцам у половины (3/6) пациентов данные проявления полностью разрешились. По результатам логистического регрессионного анализа выявлены более высокие риски развития ПКС у детей с сопутствующими неврологическими заболеваниями в 6 – 4.38 (1.36, 15.67), и 12 месяцев – 8.96 (0.71, 6.39), и аллергическими респираторными заболеваниями через год – 2.66 (1.04, 6.47)

Выводы. 1 из 10 детей продолжает испытывать последствия перенесенного заболевания через год после острой фазы COVID-19. Более высокие риски развития ПКС имеют пациенты с неврологической патологией и аллергическими заболеваниями органов дыхания. ПКС у детей чаще протекает в виде отдельных симптомов, хотя возможно сочетанное преобладание в клинической картине усталости и неврологических нарушений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ФОНЕ АНТЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У РЕБЕНКА

П. О. Ерцкина – студентка 1 группы 4 курса педиатрического факультета

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - ассистент, И.В. Пизнюр

Актуальность. В структуре «обструктивных уропатий» врожденный гидронефроз (ВГ) составляет 50% всех патологий. Распространенность антенатально обнаруженного гидронефроза колеблется от 0,6 до 5,4% среди новорожденных, двухстороннее поражение наблюдается в 17–54% случаев. Поэтому тактика ведения детей с данной патологией требует пристального внимания педиатров и детских урологов.

Цель исследования. Представить клинический случай хронического пиелонефрита на фоне двухстороннего врожденного гидронефроза III степени у ребенка.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка И. (1 год).

Результаты исследования. Ребенок от 1-ой беременности, 1-ых срочных, самостоятельных родов. Во II триместре выявлена 2-х сторонняя пиелоэктазия. В III триместре – двухсторонний гидронефроз. Масса тела при рождении – 2970 г, длина тела – 48 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. УЗИ почек в 1-е сутки жизни: двухсторонний гидронефроз. В общем анализе мочи (ОАМ) – норма. На 6-е сутки жизни ребенок выписан домой.

В возрасте 21 день мальчик поступает в ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой г. Рязани в тяжелом состоянии, обусловленном гипертермией и интоксикацией. В ОАМ отмечается лейкоцитурия (сплошь в поле зрения), микрогематурия (8-10 в поле зрения), протеинурия (0,165 г/л), бактериурия. В общем анализе крови анемия, лейкоцитоз ($20,4 \times 10^9/\text{л}$), ускорена СОЭ (33 мм/ч). На в/в урографии – двухсторонний гидронефроз 3 степени. При цистографии патологии не выявлено. Пациент получал инфузионную и антибактериальную терапию, уросептики.

В возрасте 2-х месяцев планово госпитализирован в ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой г. Рязани. В ОАМ – лейкоцитурия (сплошь в поле зрения), протеинурия (0,66 г/л), бактериурия. Получал антибактериальную и симптоматическую терапию. На фоне лечения состояние улучшилось, но в анализе мочи сохранялась лейкоцитурия.

В возрасте 3-х месяцев мальчик госпитализирован в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» г. Москва, проведена операция - пластика лоханки и мочеточника справа. Послеоперационный период протекал гладко. Анализы мочи в динамике улучшились. В дальнейшем при амбулаторном проведении УЗИ выявлены признаки гидронефроза 2-3 степени слева, справа – 1 степени. В ОАМ патологии не выявлено. Ведется динамическое наблюдение.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрировал, что врожденный гидронефроз является причиной ранней манифестации пиелонефрита, однако своевременность диагностики и комплексная терапия позволяют избежать нефросклероза и развития почечной недостаточности.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА

А.В. Захарова – студент 5 курса 4 группы педиатрического факультета
Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - ассистент, И.В. Пизнюр

Актуальность. Воспалительная миофибробластическая опухоль – чрезвычайно редкий вид новообразования с неопределенным биологическим потенциалом, для которого характерна гетерогенность гистологических и молекулярно-генетических изменений,

лежащих в основе её развития. Частота встречаемости патологии составляет 0,04 – 1 % от всех новообразований легкого.

Цель исследования. Представление клинического случая воспалительной миофибробластической опухоли верхней доли левого легкого у пациента 8 лет.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Н.

Результаты исследования. Девочка 2014 г. рождения от 4 беременности, 3-их родов, срочных на 41 неделе. При рождении масса тела – 3620 г, длина тела – 55 см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 35 см, оценка по шкале Апгар – 8/9. Период новорожденности протекал без осложнений. Росла и развивалась соответственно возрасту.

В ноябре 2020 г. девочка поступила в стационар ГKB №11 г. Рязани с жалобами на субфебрильную температуру тела, одышку. По результатам обследования был выставлен диагноз: внебольничная пневмония, сегментарная, левосторонняя, верхнедолевая, ДН 1 степени. На фоне проведенного лечения на рентгенограммах грудной клетки сохранялись изменения в верхней доле левого легкого. При дообследовании выявлено объемное образование в верхней доле левого легкого. Направлена в 2021 г. в РНИМУ им. Пирогова (г. Москва).

На рентгенографии грудной клетки и КТ грудной клетки в проекции S I - II верхней доли левого легкого определяется вытянутой формы образование, 45 x 25 x 43 мм, с интенсивными включениями и четким контуром, прилежит и очевидно тесно связано с корнем левого легкого, с реакцией костальной плевры и деформацией интерстиция. В феврале 2021 г. была выполнена операция – верхнедолевая туморлобэктомия слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. По результатам гистологического исследования среди ткани легкого располагался очаг патологической ткани с четкими границами. При иммуногистохимическом исследовании клетки опухоли позитивны к антителам SMA, фокально Desmin, S100. Выставлен окончательный диагноз: Воспалительная миофибробластическая опухоль верхней доли левого легкого.

В августе 2021 года при плановом обследовании проведена рентгеновская компьютерная томография с внутривенным контрастированием – данных за наличие в области грудной клетки свежих очаговых и инфильтративных изменений не получено.

В настоящее время девочка жалоб не предъявляет и находится под наблюдением.

Выводы. Воспалительная миофибробластическая опухоль является уникальным видом новообразования. Промежуточный биологический потенциал опухоли обуславливает склонность к множественным локальным рецидивам. Клинические и лабораторные признаки неспецифичны и вариабельны.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА (СИНДРОМА АЛЬПОРТА) У ДЕВОЧКИ

И.А. Зверева - студент

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель – Ю.В. Деева

Актуальность. Синдром Альпорта (СА) – это генетическое заболевание, возникающее в результате мутаций в генах, кодирующих альфа-3, альфа-4 и альфа-5 цепи коллагена 4 типа. СА является Х-сцепленным и может передаваться аутосомно-рецессивным или аутосомно-доминантным образом. Частота регистрации в мире - 1:50000 новорожденных. Патология характерна для мальчиков, у девочек встречается крайне редко. По эпидемиологическим данным в США имеют данную патологию от 30000 до 60000 человек, в России частота СА среди детской популяции составляет 17:100000 населения.

Цель исследования. Представить клинический случай СА, выявленного у девочки в возрасте 8 месяцев, второго случая в семье.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации (форма 112/у).

Результаты исследования. Девочка от 4 беременности, 2-х срочных родов путём кесарева сечения, масса тела при рождении 2970 гр, длина 49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Беременность протекала с токсикозом легкой степени, на фоне анемии. Девочка находилась на грудном вскармливании до 1 года. Физическое, психомоторное развитие формировалось по возрасту. Семейный анамнез: у матери – хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, миопия высокой степени, рак щитовидной железы (оперирована до беременности); у дедушки (со стороны матери) – хроническая почечная недостаточность, тугоухость (со слов - приобретенная); у бабушки (со стороны матери) – тугоухость (со слов - приобретенная); у брата - в 11 лет диагностирован СА.

В возрасте 1 месяца у ребенка появились патологические изменения в анализе мочи: л - 16-18 в п/зр, эр - 20-25 в п/зр, при нормальных показателях общего анализа крови. После проведенной терапии Фурагином и Канефроном отмечается улучшение показателей мочи: л - 0-1 в п/зр, эр - отсутствуют. В возрасте 2-х месяцев (после перенесенного ОРВИ) отмечалась незначительная протеинурия (0,033 г/л), дальнейшем - периодически спонтанная протеинурия (до 0,066 г/л), лейкоцитурия (до 18 в п/зр) и микрогематурия (до 20 в п/зр). УЗИ почек без патологии.

В возрасте 8 месяцев девочка была госпитализирована в РДКБ г. Москвы, где был диагностирован СА, без нарушения функции почек. Назначено: диетотерапия для профилактики фосфатурии, Магне В6, ингибитор костной резорбции (Ксидифон) на 1 месяц.

В возрасте 1 г 3 мес, при повторной госпитализации в РОДКБ г. Москвы, отмечались протеинурия, гематурия. УЗИ почек в пределах нормы. Фильтрационная и концентрационная функции почек сохранены. Выписана в удовлетворительном состоянии с симптоматической терапией для дальнейшего наблюдения по месту жительства. Ребенку назначено: ингибиторы АПФ (Энап длительно, под контролем АД), Магне В6, Ксидифон (по схеме), Канефрон.

В дальнейшем и по настоящее время изменения в анализе мочи сохраняются: протеинурия - до 1,65 г/л, лейкоцитурия - до 8 в п/зр, периодически макрогематурия. Клинический и биохимические анализы крови в норме.

Выводы. Диагноз СА был поставлен на основании отягощенного семейного анамнеза ребенка и характерных изменений в анализе мочи. Случай интересен редкой встречаемостью у девочек, очень ранним проявлением и прослеживаемой наследственностью.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ

В.В. Никонорова - старший преподаватель

Кафедра педиатрии Медицинского института ФГБОУ ВО «ПГУ», Пенза, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.И. Краснова

Актуальность. При определении степени актуальности проблемы отклоняющегося поведения и повышенного уровня тревожности в популяции школьников и способов её профилактики в фокусе внимания специалистов педиатрических профилей оказываются методы раннего выявления отклонений в поведении школьников и оценка распространённости их отдельных типов с учётом гендерной принадлежности школьников. Под отклоняющимся поведением понимаются проявления скрытой и/или явной агрессии, направленной ребенком, как против других лиц, так и против самого себя, которые требуют психологической коррекции. Работа посвящена анализу особенностей распространённости отклоняющегося поведения и повышенного уровня тревожности у школьников для их профилактики с помощью выявления и коррекции. За основу взято исследование путем анкетирования учащихся школы.

Цель исследования: Анализ особенностей распространённости деструктивного поведения и повышенного уровня тревожности у школьников 1-11 классов.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено в апреле 2022 года на базе МБОУ СОШ №65/23 г.Пензы. Проанализировано 1019 анкет учащихся с помощью следующих методик: «Шкала манипулятивного отношения» (Т.Бант), «Шкала враждебности» (В.Кук, Д.Медлей), «Шкала доверия» (М.Розенберг), анкеты по выявлению трудновоспитуемых в классе, «Тест для оценки агрессивности в отношениях» (А.Ассингер), «Методика диагностики эгоцентризма у подростков» (Т.И.Пашуков), модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» (Дж.Сакс, С.Леви).

Результаты исследования: Исследовано 1019 анкет учащихся 1-11 классов, среди которых 509 принадлежали мальчикам, 510 - девочкам. У 0,7% (7 детей) выявлено отклоняющееся поведение в виде деструктивного (гневливость со вспышками агрессии) и повышенный уровень тревожности. Из них деструктивное поведение проявляют 2 ребенка (29%), повышенный уровень тревожности – 5 детей (71%). Установлены особенности распределения случаев отклоняющегося поведения и повышенного уровня тревожности в зависимости от пола детей. Деструктивное поведение обнаружено у 1 мальчика (50%) и 1 (50%) девочки. Исследован уровень тревожности среди учащихся 1-11 классов в зависимости от пола детей. Обнаружено, что повышенный уровень тревожности демонстрируют 2 девочки (40%) и 3 мальчика (60%). Проанализирована частота выявления отклоняющегося поведения у школьников 1-11 классов. Выявлены различия в следующих показателях: соотношении частоты встречаемости деструктивного поведения и повышенного уровня тревожности среди школьников в зависимости от пола детей.

Выводы:

- 1) В 0,7% исследованных случаев у школьников 1-11 классов выявляется отклоняющееся поведение и повышенный уровень тревожности.
- 2) Деструктивное поведение у обследованных школьников встречается в 2,5 раза реже, чем повышенный уровень тревожности.
- 3) По гендерному признаку деструктивное поведение с одинаковой частотой встречалось у изученных мальчиков (50%) и девочек (50%).
- 4) Из исследованных детей мальчики на 20% чаще демонстрируют повышенный уровень тревожности, чем девочки.
- 5) Выявленные закономерности необходимо использовать при определении наиболее приемлемых способов психологической коррекции у школьника

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ВИТАМИНЕ D И НАПРАВЛЕНИЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М.А. Сологуб - студент

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель – ассистент И.В. Пизнюр

Актуальность. Данные научной литературы, опубликованной за последние десятилетия, указывают, что витамин D (VD) выполняющий не только функцию регуляции фосфорно-кальциевого гомеостаза, но и множество «неклассических» биологических эффектов. Дефицит VD является фактором риска многих заболеваний, включая рахит у детей или остеопороз у взрослых, повышения риска развития онкопатологии, аутоиммунных, эндокринных и инфекционных заболеваний, сахарного диабета 1 и 2 типа, артериальной гипертензии и т.д. Недостаточность обеспечения VD зарегистрирована у половины населения мира.

Цель исследования. Изучение осведомленности родителей детей о роли VD в организме.

Материалы и методы исследования. Для исследования была разработана анкета, которая включала открытые и закрытые вопросы. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса 235 родителей детей, наблюдающихся в ГБУ РО ГДП №3 и ГБУ РО ГДП №7 г. Рязани. Статистическая обработка данных была проведена с помощью пакета Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. Среди опрошенных родителей, выделилась группа 20% (n=47), которая считает, что витаминопрофилактика дефицита VD помогает в развитии ребенка, 9% (n=21) - необходима детям для укрепления иммунитета, 8% (n=19) - используется в качестве профилактики рахита, 5% (n=11) - в лучшем усвоения кальция, 2% (n=5) - благоприятно влияет на кожу, 16% (n=38) - благоприятно влияет на опорно-двигательный аппарат, 24% (n=56) - оказывает укрепляющее действие на здоровье. При этом 16% респондентов (n=38) не знают для чего стоит принимать VD. Более половины опрошенных 89% (n=210) давали VD своему ребенку в течение первого года жизни. В большинстве случаев VD назначил врач 89% (n=209). На вопрос о необходимости назначения VD детям старшего возраста 83% (n=195) респондентов ответили положительно.

Среди опрошенных, 22% (n=52) респондентов отметили наличие хронического заболевания у своего ребенка. Из них 14% (n=7) имели в анамнезе атопический дерматит, 27% (n=14) - аллергический ринит, 18% (n=9) - имеют избыточную массу тела, 7% (n=4) – имеют сколиоз, 34% (n=18) – имеют бронхиальную астму.

На вопрос о длительности пребывания в летнее время на солнце 56% (n=131) родителей ответили весь день, 41% (n=95) респондентов отметили 2-4 часа в день, 3% (n=9) опрошенных - менее двух часов в день. При этом, большая часть респондентов считает, что дефицит VD можно восполнить с пищей (54%, n=127). «Морскую» инсоляцию VD осуществляет всего 71% (n=167) опрошенных.

Среди источников информации о VD, 52% (n=123) опрошенных указали на получение знания из средств массовой информации, 33% (n=78) – получили информацию от медицинских работников, 25% (n=34) респондентов затруднились ответить. Две трети опрошенных родителей (86%, n=204) хотели бы обследовать своего ребенка на уровень VD. Но из этой группы опрошенных обследовать своего ребенка хотели лишь 58% (n=118). Положительно относились к VD 66% (n=154) родителей, отрицательно (14%, n=34) респондентов, (20%, n=47) опрошенных родителей затруднились ответить.

Выводы. По результатам анкетирования можно заметить, что родители не в полном объеме владеют информацией об эффектах витамина D. Необходимо больше и доступнее информировать родителей о пользе профилактики VD.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Г.Ф. Байрамалиева- студентка 607 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.м.н. доцент Ф.В. Мейланова, к.м.н. доцент В.Т. Ашурбеков

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) - истечение крови в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Эту проблему рассматривать как отдельное заболевание - является осложнением самых нельзя различных патологий. ЖКК представляет опасный симптом, который требует немедленного определения его причины и устранения.

Цель. Выработать алгоритм диагностики и методов лечения ЖКК.

Материалы и методы исследования. В отделение ЭГХ ДРКБ за последние годы находились на лечении 54 детей с ЖКК. Мальчиков 33(61,1%), девочек 21 (38,9%). Возраст: до 5 лет - 15 (27,7%), 5-10 - 22 (40,7%), старше -17 (31,6%). Причины кровотечения: портальная гипертензия, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода - 13 (24%), язвенной болезни и 12 перстной кишки - 15 (27,8%), эрозивный гастродуоденит, после приема гастроагрессивных препаратов - 14 (25,9%), дивертикула Меккеля - 12 (22,3%). В тяжёлом состоянии поступило 31 (57,4%), средней тяжести - 23 (42,6%). Кроме клинического статуса, применялись ФГДС, УЗИ, Лапароскопия.

Результаты. Из 54 больных, консервативно пролечено 36 (66,6%), оперировано 18 (33,4%). Больные с портальной гипертензией (13) - в большинстве случаев эти дети ранее поступали в отделение, были на консультации Федеральных профильных центрах, предполагаются В оперативные вмешательства -сосудистые анастомозы. Эти больные, после стабилизации состояния, также направлены в профильные центры. Больные с язвенным кровотечением (15) - оперированы - 6, консервативно пролечено 9. Дети с эрозивном гастродуоденитом - консервативно. 12 детей с дивертикулом Меккеля оперированы (лапароскопия - 8, лапаротомия - 4). Осложнений и летальности не было. Все дети выписаны с улучшением и выздоровлением.

Выводы. Основная проблема возникновения ЖКК гастроагрессивных препаратов врачами без назначение учета возраста, вида медикаментов и степени медицинской грамотности родителей. Часто, при определённых ситуациях родители сами дают данные препараты детям, что приводит к осложнениям со стороны ЖКТ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
Г.Ф. Байрамалиева - студентка 607 группы педиатрического факультета
Кафедры детской хирургии и акушерства и гинекологии педиатрического,
стоматологического и медико-профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители - к.м.н., М.А. Идрисова, ассистент Г.Н. Рустамов

Актуальность. В настоящее время врожденная косолапость (ВК) является одним из ведущих в структуре врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата, частота встречаемости составляет 5-10 случаев на 1000 новорожденных. Надежным способом в лечении новорожденных является метод Понсети с эффективностью результатов до 90-95%. Но при изучении отдаленных результатов отмечается рецидив косолапости в 7% случаев, что требует дополнительного хирургического вмешательства.

Цель. Оценить результаты лечения рецидива ВК методом перемещения сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2021 гг. в отделении ортопедии ДРКБ им. Кураева состояло на лечении 185 детей с тяжелой ВК (240 стоп). Из них одностороннее поражение было отмечено у 130/185 детей (70%), двустороннее у 55/185 (30%). После консервативного лечения отмечены рецидивы деформации у 13/185 (7%) детей, в возрасте от 3 до 6 лет.

Результаты. Подавляющее число рецидивов определялось несоблюдением рекомендованного режима пользования брейсов, который врач на последнем визите определяет исходя из возраста ребенка.

Детям в возрасте от 3 до 6 лет для коррекции рецидива врожденной косолапости рекомендуется транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость стопы. Перемещение проводилось только при отсутствии структурной деформации, т. е., когда она является динамической (приведение - 10 гр., супинация - 7-8 гр.). Перед выполнением перемещения все компоненты деформации должны быть откорректированы с помощью 5 или 6 гипсовых повязок. Тыльно-медиальный разрез делается над местом инсерции сухожилия передней большеберцовой мышцы, сухожилие вскрывается и отсоединяется от места его прикрепления. Прошивается свободный конец сухожилия. Затем в подкожно-жировом слое продельвается туннель, чтобы позволить двигаться сухожилию в латеральном направлении. Нитки от сухожилия, заряженные в две иголки прокалываются через латеральную клиновидную кость, натягиваются и завязываются на пуговице на подошвенной поверхности. С этой целью используется рассасывающаяся плотная нить. Стопа должна спокойно оставаться без поддержки в нейтральном вальгус-

варусном положении и около 10 гр. подошвенной флексии. Разрез зашивается и место разреза укрепляется ленточным пластырем. Далее накладывается асептическая и гипсовая повязка на длину всей ноги. Через 4-6 недель к моменту снятия гипсовой повязки швы рассасываются.

После снятия гипсовой повязки рекомендуется носить тугор и специальную ортопедическую обувь в ночное время. Необходимость ношения брейсов отпадает. Осматривают ребёнка через 6 месяцев, чтобы определить эффект от перемещения сухожилия. Послеоперационные результаты нами оценены, как удовлетворительные, рецидив косолапости у оперированных детей не отмечался.

Выводы. На сегодняшний день в лечении рецидивов ВК в возрасте от 3 до 6 лет эффективным является метод предложенный по Понсети.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ТАРАНА

А.Н. Рустамов - студент 603 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрав России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова, ассистент Г.Н. Рустамов,

ассистент М.Т. Абдулмуслимов

Актуальность. Вертикальный таран – одна из самых тяжелых врожденных деформаций стоп при не своевременном лечении приводящий к инвалидизации.

Патология локализуется в таранно-ладьевидном суставе. Головка таранной кости наклонена к подошве, а ладьевидная – смещена в тыльную сторону. Вальгусное и эквинусное положение пяточной области, изогнутость, отведение переднего отдела формируют при выраженной патологии выпуклость по типу «качалки» в сторону подошвы.

Цель. Анализ результатов лечения врожденного вертикального тарана у детей.

Материалы. В ДРКБ им.Н.М Кураева г. Махачкала с 2019 по март 2022 г. прошли лечение 13 детей (19 стоп) с врожденным вертикальным тараном. Возраст детей от 7 дней до 4 лет, из них мальчиков 8 (11), девочек 5 (8). Правосторонняя 5 ребенка, левосторонняя 8 детей, с двух сторон 3 случая.

Результаты. Лечение всех пациентов начиналось с этапного гипсования предложенного Dobbs, обратный методу Ponseti. В среднем проводилось от 5 до 7 этапов гипсований, гипсование проводилось еженедельно, постепенно вправляя головку таранной кости в таранно-ладьевидный сустав. Закрытое вправление по методу Dobbs проведено у двоих детей.

Когда ткани становятся достаточно эластичными, у девяти детей произведено малоинвазивное вмешательство - дозированный релиз капсулы таранно-ладьевидного сочленения. Ладьевидная кость опускается до уровня головки таранной кости. Достигнув правильное соотношение в тарано-ладьевидном суставе фиксируют спицей Киршнера. Выполняется подкожная поперечная тенотомия ахилового сухожилия. Стопа выводится в положение тыльной флексии и фиксируется гипсовым сапожком. В последующем 6 детей носили Брейсы, пятеро детей индивидуальный тугтор из Turbocast.

Выводы. Ближайшие результаты лечения врожденного вертикального тарана по методу Dobbs с последующим релизом таранно- ладьевидного сустава дают отличные результаты.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРИ ЕДИНСТВЕННОМ ЖЕЛУДОЧКЕ СЕРДЦА

А.А. Агрусева, К.А. Кошелева - студентки 4 курса 2409 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, Казань, Россия.

Научный руководитель - д. м.н., проф. Л.М. Миролюбов

Актуальность: В современном мире одной из актуальных проблем детской кардиохирургии является такой врожденный порок сердца как единственный желудочек сердца (ЕЖС). Его частота приходится приблизительно 0,13/1000 новорождённых, среди всех врожденных пороков сердца (ВПС) – 2,5% случаев, а среди «критических» ВПС – 5,5% случаев. При естественном течении ЕЖ прогноз неблагоприятен: так без операции в течение первого года жизни умирают 55–67%, а к 10 годам – до 90% детей.

Цель работы. Проанализировать опыт выполнения операций гемодинамической коррекции при ЕЖС и рассмотреть осложнения у больных со сложными врожденными пороками сердца на базе отделения кардиохирургии Детской республиканской клинической больницы за период с 2006 по 2022 год.

Материалы и методы исследования. На базе детского кардиохирургического центра ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» 32-м пациентам с ЕЖ сердца была проведена операция Фонтена. Через первый этап (системно-лёгочный анастомоз, операция Мюллера, операция Норвуда) прошли 32 пациента. На втором этапе (ДКПА- двунаправленный кавопульмональный анастомоз (операция Глена)) было прооперировано 27 человек. На 3 этапе (операция Фонтена) – 25 человек.

Результаты исследования. После первого этапа летальность составила – 15,6%; после второго этапа– 3,5%, после третьего – 1,5% летальных исходов за последние

пятнадцать лет. С целью разбора постоперационных осложнений у пациентов, нами была рассмотрена выборка прооперированных больных с 2006 по 2022 г. в количестве 18 человек, из которых в 16,6% развилась белково-энергетическая энтеропатия, в 5,5% наблюдался гидроторакс и в 5,5% возникли аорто-легочные коллатерали.

Выводы. Гемодинамическая коррекция единственного желудочка сердца является одним из наиболее эффективных методов лечения ВПС. Данная операция, как альтернатива трансплантации сердца, позволяет продлить жизнь прооперированным детям за счёт восстановления адекватного кровообращения организма. Лечение ВПС методом этапной гемодинамической коррекции может успешно тиражироваться в региональных центрах. В 83,4% постоперационный период протекает без осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

А.А. Атавова – студентка 509 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. В настоящее время, в связи с наличием большого количества объемообразующих веществ, применяемых для эндоскопического лечения рефлюкса, актуальным вопросом является выбор подходящего материала для эндоскопической имплантации.

Цель. Оценка целесообразности и эффективности применения коллагена при эндоскопической коррекции рефлюкса.

Материалы и методы. Анализированы истории болезни 179 детей, получивших эндоскопическое лечение рефлюкса, введением коллагена, в детском урологическом отделении ДРКБ г. Махачкалы. Возраст детей составлял от 3 мес. до 5 лет. Девочек – 110, мальчиков – 69. С двухсторонним рефлюксом – 67, правосторонний – 59, левосторонний – 53. По степени рефлюкса дети распределились следующим образом: II ст. – 10, II-III ст. – 61, III ст. – 25, III-IV ст. – 80, IV-V ст. – 3.

Введение коллагена при эндоскопии осуществлялась по методикам STING, HIT 1 и HIT 2. Выбор метода осуществлялся индивидуально, в зависимости от формы и расположения устьев.

Результаты. Положительный эффект после эндоскопической коррекции наблюдался в 135 случаях, что составило 75,4%. У 71 (52,5%) ребенка рефлюкс прошел после

однократного введения коллагена, у 53 (39,2%) детей после повторной эндоскопической коррекции, в 11 (8,1%) случаях рефлюкс отсутствовал после трехкратного введения коллагена. Лучший результат был достигнут при лечении детей в возрасте до 3 лет с рефлюксом II и III степени.

Следует отметить, что у 14 детей выявлен рецидив рефлюкса, через 2 – 3 года после эндоколлагенопластики, что привело к уменьшению процента положительных результатов до 67,5%.

Выводы. Результаты эндоскопического лечения зависят от правильно выбранных показаний и техники выполнения процедуры. Несмотря на высокую конкуренцию в вопросах выбора объёмообразующих веществ для эндоскопического лечения рефлюкса, коллаген, благодаря полученным результатам, остается препаратом позволяющим с положительным эффектом применять его при лечении детей младшей возрастной группы.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОРАСТУЩИХ ГЕМАНГИОМ ЛИЦА

П.Б. Бекмирзаева - студентка 6 курса 7 группы педиатрического факультета

Кафедры стоматологии детского возраста и детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: к.м.н., ассистент А.Г. Жахбаров, к.м.н., доцент В.Т. Ашурбеков, ассистент И.Г. Алиев, к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Гемангиомы детей грудного возраста являются наиболее частой аномалией этого периода. Одной из особенностей гемангиом это их способность к регрессии, но в случаях критической локализации и быстрого роста выжидательная тактика может привести к развитию тяжелых косметических дефектов. Сосудистые опухоли, расположенные на лице, с прогрессирующим ростом представляют определенные трудности в лечении, поэтому требуют дифференцированного подхода.

Цель исследования. Выработать оптимальный алгоритм лечения гемангиом лица.

Материал и методы исследования. В отделении ЧЛХ ДРКБ за 2021 год находилось на лечении 48 больных с гемангиомами лица и шеи, преимущественно грудного возраста. Диагностика не затруднительна. Родители отмечают усиленный рост. Обращались к врачам по месту жительства. Направили на лечение. При обследовании: капиллярная гемангиома 15 (31,3%), комбинированные - 17 (35,4%), кавернозные-16 (33,3%). Оперировано 15 (31,3%), в основном шейная локализация. 33 детей получали консервативное лечение. Эти дети были консультированы кардиологом. Получали лечение В-блокаторами (Атенолол) по схеме: 0,5 мг на кг массы тела в первые сутки, 1 мг на кг массы тела на вторые сутки, 1,5 мг - на 3

сутки. При отсутствии побочных эффектов, дети выписывались на амбулаторное долечивание с рекомендациями продолжить лечение в среднем 4-6 месяцев.

Результаты исследования. Оперированы дети шейной локализации, после снятия швов, выписаны домой. Осложнений не было. Отдаленные результаты консервативного лечения- успешные. Гемангиомы полностью исчезают. Рубцовых изменений и рецидивов не было.

Выводы. Лечение гемангиом лица и шеи представляют определенные трудности. Применяемая нами методика лечения гемангиом лицевой локализации успешная. Необходимо повысить квалификацию участковых педиатров, чтобы они своевременно направляли детей с гемангиомами на лечение. Комплексное лечение детей с гемангиомами лицевой области путем дифференцированного подхода к выбору метода лечения дает нам возможность сократить сроки лечения, предупредить развитие осложнений, улучшить клиническое состояние и качество жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

П.И. Джабраилова - студентка 6 курса 6 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова, к.м.н., доцент В.Т. Ашурбеков

Актуальность. Атрезия пищевода является одним из врожденных дефектов несовместимых с жизнью ребенка без срочной оперативной коррекции. Частота атрезии пищевода составляет 1:3000-5000 новорожденных и в более чем половине случаев (63-72%) сочетается с другими пороками развития.

Цель исследования. Проведение анализа результатов лечения новорожденных с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Проанализировано 27 случая заболевания атрезией пищевода в период с 2019 по 2021 год, находившихся на лечении в клинике детской хирургии на базе ДГМУ. За 2019-7(25,9%) детей, за 2020-9(33,3%) детей, за 2021-11(40,7%) детей. Все дети поступили в течение первых суток жизни. Им было проведено полное клинорентгенологическое обследование. В подавляющем большинстве случаев у 25 (92,59%) детей – имело место форма атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем, тогда как у 2-х (7,40%) детей была бессвищевая форма атрезии. У 6 (22,2%) новорожденных атрезия пищевода сочеталась с тяжелой патологией других органов и систем.

Результаты. Из 27 новорожденных с атрезией пищевода оперативное вмешательство выполнено у 22(81,4%) пациентов. 5(18,6%) детей не оперированы, в связи с тяжестью

состояния, обусловленное сопутствующей патологией. 5(22,7%) новорожденным выполнена правосторонняя заднебоковая торакомедиастинотомия экстраплевральным доступом с наложением эзофагоэзофагоанастомоза «конец в конец». В 17(77,2%) случаях была выполнена тороскопическое лигирование ТПС, из этого числа 13(76,4%) больным с дистальным ТПС выполнен первичный анастомоз пищевода, 3(17,6%)-наложена гастростома после перевязки ТПС для последующего выполнения отсроченного эзофагоэзофагоанастомоза, Препятствием к выполнению первичного анастомоза пищевода во всех случаях был большой диастаз между сегментами пищевода (более 2 см). 1(5,8%) ребенку с бессвищевой формой АП наложены внутренние тракционные швы на проксимальный и дистальный концы пищевода без наложения гастростомы.

13 больным с первичным анастомозом пищевода 3 выполнена конверсия. Причиной конверсии в 2 случаях явились гемодинамические нарушения, в 1 – повреждена стенка непарной вены, последняя перевязана и пересечена. Другие виды оперативного лечения, в том числе первичная реконструкция с использованием заменяющих пластических операций на пищеводе, а также аллопластика не выполнялись. Послеоперационная летальность при торакотомии составила 3(16,6%) детей. А после тороскопической коррекции составила- 1 случаев (7,14%). Умерший ребенок: девочка с массой тела при рождении 2340 г с VACTER-ассоциацией, агенезией правой почки, тазовой дистопией левой почки, ДМПП, ОАП, перинатальным гипоксическим поражением ЦНС, ЦИ II степени, острым поражением почек. Послеоперационный период осложнился развитием пневмоторакса справа. Дальнейшее течение послеоперационного периода было крайне тяжелым, обусловленное сердечно-легочной и почечной недостаточностью. Умерла от полиорганной недостаточности. Тороскопическое лигирование трахеопищеводного свища выполненное в нашей клинике. Трахеопищеводный свищ был иссечен, мобилизован дистальный конец пищевода, для мобилизации проксимального конца пищевода был введен желудочный зонд Ch 14 для улучшения его визуализации и максимального низведения, На заднюю губу анастомоза накладывают один адаптирующий шов, после чего через носовой ход назогастральный зонд Ch 6 из орального в аборальный конец. Анастомоз формируют на зонде одиночными узловыми швами экстракарпорально, расстояние между швами 2 мм.

Вывод. Технические инновации, включая применение минимально инвазивного подхода позволило существенно снизить летальность и сократить сроки пребывания детей на стационарном лечении. Несмотря на это, на сегодняшний день, проблемой является сочетание атрезии с тяжелыми пороками развития других органов и систем.

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

М.А. Меджидова – студентка 5курса 9 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Острые заболевания органов мошонки сопровождаются отеком, гиперемией и болевым синдромом в этой области. Заболевания подразделяют на 2 группы: неинфекционные и инфекционные поражения. К первой группе относят: заворот яичка, острые поражения гидатиды, травматические повреждения органов мошонки. Ко второй: эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит.

Синдром отечной и гиперемированной мошонки часто встречается в детском возрасте. Диагностические трудности и отсутствие настороженности приводят к необоснованному долгому консервативному лечению.

Цель. Изучить структуру заболеваемости, ранней диагностики и лечения острых заболеваний органов мошонки у детей.

Материалы и методы исследования. В урологическом отделении ДРКБ за последние 10 лет находились на стационарном лечении всего 639 детей с острыми заболеваниями яичка. В том числе: перекрут яичка 113 (17,7%) детей, перекрут гидатиды яичка 367 (57,4%), орхоэпидидимит 159 (24,9%) детей. Все дети были в возрасте от 3 мес до 17 лет. Сроки поступления всех пациентов от 1 до 5 суток. Всем детям при поступлении было проведено ультразвуковое исследование с доплерографией. Всем детям с подозрением на перекрут яичка или гидатиды яичка производилось оперативное лечение, оперировано всего 560(87,6%) детей. Консервативное лечение получили 79 (12,4%). Орхэктомия произвели у 12(1,8%) детей.

Результаты исследования. Все дети находились под наблюдением уролога по месту жительства после выписки из стационара. По данным отдаленных результатов после оперативного лечения перекрута яичка у 16 (1,42%) детей отмечалась гипоплазия яичка, у 7(6,9%)-атрофия яичка.

Выводы. Активная хирургическая тактика при лечении острых заболеваний органов мошонки позволяет избежать диагностических ошибок, уменьшить время пребывания в стационаре и улучшить отдаленные результаты.

**ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ПОСЛОЙНОЙ ДЕРМОЛИПЭКТОМИИ (SHAVE-THERAPY)
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ВАРИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Е. А. Новикова – студентка 16 группы 4 курса лечебного факультета,

К.И. Дубровская – студентка 32 группы 6 курса лечебного факультета

2-я кафедра хирургических болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., ассистент А.И. Ославский

Актуальность. Хроническое заболевание вен представляет собой стойкую, многофакторную, прогрессирующую патологию, широко представленную в общей популяции, имеющую огромное социально-экономическое, физическое и психологическое воздействие. Важность вопроса заключается в том, что, несмотря на успехи, достигнутые в области флебологии, касающиеся диагностики и видов лечения варикозной болезни нижних конечностей, она является самой распространенной патологией периферического сосудистого русла.

В России 35–38 млн. человек страдают варикозной болезнью нижних конечностей и последствиями перенесенного ранее тромбофлебита, а в Республике Беларусь, по данным А.Н. Косинца (2009 г.), не менее 28,04% работников промышленности имеют варикозное расширение вен нижних конечностей.

Трофические язвы, осложняющие течение варикозной болезни в 15–18% случаев, встречаются у 0,3–2% взрослого трудоспособного населения и 4–5% пациентов старше 65 лет. Надлежащее клиническое ведение пациентов с данной патологией имеет важное значение для предотвращения потенциальных осложнений заболевания, которое также влечет за собой значительную потерю качества жизни у этих лиц. Такие пациенты регулярно нуждаются в оказании медицинских услуг, расходы на которые порой достигают 1–2% всего бюджета здравоохранения страны. Таким образом, снижение расходов на лечение указанных патологий является несомненным.

Цель. Оценить результаты нашей практики лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей варикозной этиологии с выполнением методики послойной дермолипэктомии - shave-therapy и методики быстрого заживления донорских ран.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены результаты (в течение одного года после операции) оперативного лечения пациентов с трофическими язвами варикозной этиологии. Под нашим наблюдением находились 27 пациентов с диагнозом С6ЕсAsPr-о (открытая трофическая язва). Основная группа состояла из 10 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов данной группы составил – $48,9 \pm 1,41$ лет. Площадь

трофической язвы в среднем составила $70,2 \pm 11,6 \text{ см}^2$. Пациентам данной группы выполнялись оперативные вмешательства на поверхностных и перфорантных венах. У пациентов основной группы оперативные вмешательства были дополнены выполнением послойной дермолипэктомии с последующей кожной пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. Дерматомом послойно удаляли трофические язвы и фиброзно-измененные ткани голеней. Обязательно выполняли удаление грануляций, рубцовых и индурированных тканей. За критерий адекватного удаления рубцовых тканей принимали появление симптома «кровоавой росы» (диффузной кровоточивости). После проведения дермолипэктомии на образовавшийся раневой дефект укладывали аутодермотрансплантат. Передняя поверхность бедра была выбрана в качестве наилучшей донорской зоны. На зону аутодермопластики накладывали повязку «Д4», которая состоит из полиамидной сетки, пропитанной стерильным вазелиновым маслом. Марлевым бинтом фиксировалась зона дефекта. На конечность накладывалась компрессионная эластическая повязка с использованием бинтов. После забора расщепленного кожного лоскута донорская рана была обработана антисептическим раствором, после чего на нее укладывалась салфетка с углеволокнистым тканым сорбентом АУТ-М2. Исходя из результатов нашего исследования, средний срок заживления донорской составил $11,2 \pm 1,2$ суток, в то время как при использовании марли медицинской, пропитанной раствором антисептика, составил $14,9 \pm 1,7$ суток ($p < 0,05$).

Контрольную группу сравнения составили 10 пациентов сопоставимых с основной группой (статистически значимых различий не было выявлено ($p > 0,05$)). Пациентам данной группы проводилась флебэктомия с одномоментной аутодермопластикой трофической язвы с использованием свободного расщепленного кожного лоскута, дермолипэктомия (shave-therapy) не выполнялась.

Результаты исследования. Через один месяц после выполнения операции у всех пациентов основной группы констатировано заживление язв. В контрольной группе у 4-х пациентов отмечено уменьшение размеров язвенного дефекта, но к моменту выписки окончательной эпителизации достигнуть не удалось. Из результатов сравнения койко-дня статистически установлено, что в основной группе он оказался ниже, чем в контрольной ($p < 0,05$). Средний срок пребывания на стационарном лечении в основной группе равнялся $13,4 \pm 1,2$ койко-дня, в то время как в контрольной он составил $18,8 \pm 2,5$ койко-дней ($p < 0,05$). Средний срок клинического выздоровления (полной ликвидации трофической язвы) составил, таким образом, $14,3 \pm 0,5$ дня в основной группе и $29,4 \pm 1,1$ дней в контрольной группе ($p < 0,05$). Однако у 2-х пациентов в контрольной группе наблюдался рецидив трофической язвы через $4 \pm 0,013$ месяца ($p < 0,05$). В основной группе за период наблюдения в

один год рецидива трофической язвы не было уставлено. Экономическую эффективность рассчитывали, умножая разность между средней продолжительностью койко-дня в контрольной и основной группах на среднюю стоимость 1 койко-дня. Стоимость 1 койко-дня в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в январе 2022 - равнялась 78,8 рублей. Таким образом, экономия составила $5,6 \times 78,8 = 441,28$ белорусский рубль на 1 пациента.

Выводы. Предлагаемый нами способ активной хирургической тактики при лечении венозных трофических язв снижает риск вторичного инфицирования как язвенного дефекта, так и донорской раны, ускоряет их раннюю и полную эпителизацию. В результате уменьшается средняя длительность пребывания пациента на койке стационара, и при этом сокращается расход препаратов. Происходит скорейшее восстановление трудоспособности. Экономия средств в условиях стационарного лечения на 1 человека составляет в среднем 441,28 белорусский рубль. Учитывая тот факт, что патология характерна для лиц трудоспособного возраста, данная тактика лечения для государства является экономически выгодной.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОРАСТУЩИХ ГЕМАНГИОМ ЛИЦА

И.М. Тутаев - студент 6 курса 11 группы педиатрического факультета

Кафедры стоматологии детского возраста и детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: к.м.н., ассистент А.Г. Жахбаров, к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова,

к.м.н., доцент В.Т. Ашурбеков

Актуальность: Гемангиомы детей грудного возраста являются наиболее часто встречаемой аномалией этого периода. Одной из особенностей гемангиом - это их способность к регрессии, однако в случаях критической локализации и быстрого роста выжидательная тактика может привести к развитию тяжелых косметических дефектов. Сосудистые опухоли, локализующиеся на лице, с прогрессирующим ростом представляют определенные трудности в лечении, и поэтому требуют дифференцированного подхода.

Цель исследования: Анализ методов диагностики и лечения быстрорастущих гемангиом лица.

Материалы и методы исследования: В отделении челюстно-лицевой хирургии ДРКБ им. Кураева за 2021 год проходили лечение 48 больных с быстрорастущими гемангиомами лица и шеи, преимущественно грудного возраста. Диагностика не затруднительна. Родители отмечают усиленный рост. Обращались к врачам по месту жительства и были направлены на лечение. При обследовании выявлены следующие виды гемангиом: капиллярная у 15/48 (31,3%); комбинированная у 17/48 (35,4%); кавернозная у

16/48 (33,3%). Консервативное лечение проводилось 33/48 (68,75%). Предварительно данные пациенты были проконсультированы кардиологом. Лечение проводилось В-блокаторами (Атенолол) по следующей схеме: 0,5 мг/кг массы тела в первые сутки, 1 мг/кг массы тела на вторые сутки, 1,5 мг/кг массы тела - на 3 сутки. При отсутствии побочных эффектов, дети выписывались на амбулаторное долечивание с рекомендациями продолжить лечение в среднем 4-6 месяцев. Прооперировано 15/48 (31,3%) детей, в основном шейной локализации гемангиом.

Результаты: Прооперированные дети, после снятия швов, выписаны домой, осложнений не было. Отдаленные результаты консервативного лечения- успешные. Гемангиомы полностью исчезают. Рубцовых изменений и рецидивов не было.

Выводы: Лечение сосудистых новообразований лица и шеи представляют определенные трудности. Применяемая нами методика гемангиом лечения лицевой локализации успешная. Необходимо повысить квалификацию участковых педиатров, чтобы они своевременно направляли детей с гемангиомами на лечение. Комплексное лечение детей с гемангиомами лицевой области путем дифференцированного подхода к выбору метода лечения дает нам возможность сократить сроки лечения, предупредить развитие осложнений, улучшить клиническое состояние и качество жизни пациентов.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Д.Р. Джурсаев - студент 3 курса медико-педагогического факультета,

Ш.Ж. Шамсиев - студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра детской хирургии №1

Самаркандского Государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., проф. Ж.А. Шамсиев

Актуальность. Равновесие между продукцией, экспрессией и ингибцией синтеза белков семейства IL-1 β играет одну из основных ролей в развитии, регуляции и исходе воспалительного процесса. IL18 рассматривается как один из ключевых факторов противомикробной защиты организма. В случаях уже имеющегося уролитиаза, исследование ассоциации молекулярно-генетических маркеров с развитием мочекаменной болезни (МКБ) является актуальным.

Цель исследования. Изучение ассоциации генов интерлейкина-1 β и интерлейкина-18 с развитием уролитиаза у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведено клиническое обследование 100 детей с уролитиазом и 100 практически здоровых детей. Сбор материала проводился на

базе 2 Клиники Самаркандского Государственного медицинского института. Среди больных преобладали дети школьного возраста – 69 (69%). Уролитиаз чаще встречается среди мальчиков – 68 (68%) детей, чем среди девочек 32 (32%).

Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории геномики при Институте Биоорганической химии (ИБОХ) Академии Наук Республики Узбекистан (АН РУз). Выделение ДНК из цельной крови осуществлялось набором реагентов Diatom™ DNA Prep 200 (производство ООО “Лаборатория ИзоГен”, Москва, Россия). Был произведен дизайн праймеров и подбор рестриктаз для полиморфизмов генов интерлейкина-1 β (IL-1 β) и интерлейкина-18 (IL-18).

Результаты исследования. распространенность частот генотипов ТТ, ТС и СС гена IL-1 β у детей, страдающих уролитиазом, составила 29%, 44% и 27% соответственно, тогда как в контрольной группе – 22%, 64% и 15% соответственно. Частоты распределения генотипа гетерозигот СС составляли 27%, а в контрольной группе 15% соответственно ($\chi^2=0,47$; $p=0,24$; OR=1,35; 95% CI 0,57-3,17; df=1). Выявление аллеля С в 1,4 раза повышало риск возникновения МКБ у детей, по сравнению с наличием аллеля Т (95% ДИ = 0,68-2,93, df=1). Анализ частот генотипов гена IL-1 показал, что распределение анализируемых генотипов в нашей популяции соответствует распределению Харди-Вайнберга (РХВ) ($\chi^2=6,77$; $p=0,03$). Распространенность частот генотипов АА, АС и СС гена IL-18 у детей, страдающих МКБ, составила 52%, 43% и 5% соответственно, тогда как в контрольной группе – 57%, 41% и 2% соответственно. Сравнительный анализ распределения частот генотипов полиморфизма А/С гена IL-18 не выявил достоверно значимых различий между группой больных и контрольной группой, тогда как СС у больных детей встречалось в 2 раза чаще и имело достоверное отклонение ($p<0,05$). Анализ доминантной частоты наследования показал, что частота распределения генотипов по РХВ в группе больных не имеет статистически значимого отклонения между общей и доминантной моделью наследования.

Выводы. Таким образом, результаты свидетельствуют о том, что ген IL-1 β вносит вклад в детерминацию нарушений, способствующих развитию уролитиаза у детей. В частности, в узбекской популяции генетическими маркерами предрасположенности к МКБ является генотип СС гена IL-1 β .

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Р.Ж. Шамсиев - студент 3 курса медико-педагогического факультета,

Ж.Н. Даминов - студент 2 курса педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии №1

Самаркандского Государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., проф. Ж.А. Шамсиев

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частой формой приобретенной кишечной непроходимости в детском возрасте, составляя 70–80 % от всех ее видов и занимающая второе место среди ургентной абдоминальной патологии после острого аппендицита. Данная патология встречается преимущественно у детей грудного возраста (85–90 %), наиболее часто в период с 4 до 9 мес. Так, диагностические ошибки на этапе первичного звена по данным авторов составляют от 34 % до 88 %, что определяет позднее поступление больных и, безусловно, ухудшает результаты лечения. Летальность при ИК составляет от 0,5 до 1 %, достигая при осложненных формах от 6 до 15 %.

Целью нашего исследования явилось, улучшение результатов диагностики и лечения ИК у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института пролечены 79 детей с ИК, из них 52 (68 %) — были дети в возрасте до 1 года. Диагностика ИК включала: сбор анамнеза, клиническую симптоматику, обзорную рентгенографию, пневмоирригоскопию. С 2012 года в протокол обследования в качестве основного метода диагностики ИК внедрена ультрасонография (УЗС). 40 (52 %) больным проведено консервативное лечение: из них в 23 случаях — пневмоирригоскопию. С 2012 года с целью консервативного лечения применяем гидростатическую дезинвагинацию (ГД) под ультразвуковым (УЗС) контролем.

Результаты. Лечение ГД начинали независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 48 больным. Оперировано 31 (39 %) больных в связи с поздними сроками поступления и явлениями перитонита.

Выводы. Применение УЗС в диагностике ИК позволило приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания к 100 %. Методика ГД под УЗС контролем является простым, безопасным и эффективным способом неоперативного лечения ИК у детей, позволяющим расширить показания к консервативной тактике лечения.

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Е.А. Клопова, П.К. Винель – студенты 6 курса 42 группы педиатрического факультета
Кафедра общей и детской хирургии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.В. Царева

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) костей в человеческой популяции встречаются редко. Наиболее распространенными опухолями костей у детей и подростков по данным ВОЗ являются остеосаркома и саркома Юинга [Bridge J. A. et al. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. – International Agency for Research on Cancer, 2013.], которые составляют соответственно 56% и 34% согласно American Cancer Society's [Siegel R. L. et al. Cancer statistics, 2021 //CA: a cancer journal for clinicians. – 2021. – Т. 71. – №. 1. – С. 7-33.] и 77,7% и 17% согласно Bone and Soft Tissue Tumor registry (Япония) [Fukushima T. et al. Descriptive epidemiology and outcomes of bone sarcomas in adolescent and young adult patients in Japan //BMC musculoskeletal disorders. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-8.].

Цель исследования. Проанализировать проблему своевременной диагностики ЗНО костей у детей в Челябинской области, сравнить полученные данные с общемировыми тенденциями

Материалы и методы исследования. Исследование, выполненное на базе ЧОДКБ, представляет собой ретроспективный анализ опыта лечения ЗНО костей у детей и подростков. С июня 2013 г. по декабрь 2019 г. в медицинском учреждении было пролечено 18 детей с диагнозом злокачественные опухоли костей (до 16 лет). У всех пациентов диагноз верифицирован при гистологическом исследовании.

Результаты исследования. На основании полученных данных было показано, что подавляющее большинство опухолей составили остеосаркома и саркома Юинга.

Срок постановки диагноза составил от 4 до 40 недель.

Частота диагностических ошибок у пациентов ЧОДКБ составила 72,2%. Всего ошибочно диагностировали – миозит (4 случая), растяжение капсульно-связочного аппарата (3 случая), остеомиелит (2 случая), острый гнойный артрит (1 случай), костная киста (1 случай), пневмония (1 случай), экхондрома (1 случай). Высокая частота ошибок была связана в первую очередь с трудностью рентгенологической диагностики и отсутствием в большинстве рассматриваемых случаев типичных рентгенологических изменений, а также с неспецифичностью клинических проявлений.

Согласно международным и отечественным данным трудности в постановке диагноза ЗНО костей возникают одинаково часто как на уровне первичной медико-санитарной

помощи (редкость встречаемости участкового педиатра с ЗНО костей, низкий уровень настороженности), так и на уровне специализированных отделений и центров (трудности в дифференциальной диагностике с другими заболеваниями ОДА). [Goedhart L. M. et al. Delay in diagnosis and its effect on clinical outcome in high-grade sarcoma of bone: a referral oncological centre study //Orthopaedic surgery. – 2016. – Т. 8. – №. 2. – С. 122-128.]. [Очкуренко А. А. и др. Современные возможности и трудности диагностики костных сарком у детей //Pediatriya named after GN Speransky. – 2020. – Т. 99. – №. 4.], [Yoshida S. et al. Delay in diagnosis of primary osteosarcoma of bone in children: Have we improved in the last 15 years and what is the impact of delay on diagnosis? //Journal of Bone Oncology. – 2021. – Т. 28. – С. 100359.]

Своевременность постановки диагноза зависит от времени, между появлением симптомов и верификацией опухолевого процесса и частоты диагностических ошибок, совершенных во дифференциальные диагностики заболевания.

Срок постановки диагноза ЗНО костей у детей в мире варьируется, от 4 недель до 17-20 недель. [Yoshida S. et al. Delay in diagnosis of primary osteosarcoma of bone in children: Have we improved in the last 15 years and what is the impact of delay on diagnosis? //Journal of Bone Oncology. – 2021. – Т. 28. – С. 100359.]. Goedhart L. M. et al. Delay in diagnosis and its effect on clinical outcome in high-grade sarcoma of bone: a referral oncological centre study //Orthopaedic surgery. – 2016. – Т. 8. – №. 2. – С. 122-128. Pan K. L., Chan W. H., Chia Y. Y. Initial symptoms and delayed diagnosis of osteosarcoma around the knee joint //Journal of Orthopaedic Surgery. – 2010. – Т. 18. – №. 1. – С. 55-57.

Такая задержка в постановке диагноза может быть связана с плохим исходом, так как чем дольше опухоль остается без лечения, тем больше она увеличивается и тем выше вероятность метастазирования.

Наиболее часто остеосаркома и саркома Юинга требуют дифференциальной диагностики с остеомиелитом, доброкачественными опухолями, метастазами в кости, оссифицирующим миозитом, которые встречаются более часто чем ЗНО. [Casali P. G. et al. Bone sarcomas: ESMO–PaedCan–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up //Annals of Oncology. – 2018. – Т. 29. – С. iv79-iv95.], [Yarmish G. et al. Imaging characteristics of primary osteosarcoma: nonconventional subtypes //Radiographics. – 2010. – Т. 30. – №. 6. – С. 1653-1672.]. Согласно отечественной статистике, диагностические ошибки выявлялись у 38,3% пациентов. Чаще всего ошибочно диагностировали остеомиелит и туберкулез [Очкуренко А. А. и др. Современные возможности и трудности диагностики костных сарком у детей //Pediatriya named after GN Speransky. – 2020. – Т. 99. – №. 4.].

Выводы. Введение химиотерапии улучшило выживаемость детей с злокачественными опухолями костей до 60-70%. Дальнейшее заметное улучшение

показателей выживаемости требует новых общемировых стратегий диагностического поиска для избегания ошибок в постановке диагноза и более ранней верификации ЗНО костей у детей.

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ш.Ж. Шамсиев.- студент 5 курса лечебного факультета,

А.А. Нуралиев - студент 2 курса лечебного факультета

Кафедра детской хирургии №1

Самаркандского Государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., проф. Ж.А. Шамсиев

Актуальность. Остро возникшая киста семенного канатика (ОВКСК) относится к кистам мошонки и развивается в результате накопления серозного секрета в собственных оболочках, окружающих элементы семенного канатика. Семенной канатик является парным анатомическим образованием, расположенным между яичком и внутренним паховым кольцом. В норме у взрослого мужчины семенной канатик дифференцируется в виде круглого тяжа длиной 2-2,5 см, образованного семявыносящим протоком, яичковой артерией и веной, венозным сплетением, нервными сплетениями, лимфатическими сосудами.

Цель исследования. Изучить гистоморфологическую структуру ОВКСК у новорожденных и детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института внедрен малоинвазивный щадящий метод лечения ОВКСК у детей раннего возраста - пункция кисты под контролем УЗИ. За последние 15 лет было пролечено 298 больных с ОВКСК. Правостороннее расположение кисты отмечалось в 188 (63,1%) случаях, левостороннее в 104 (34,9%), а также двухстороннее расположение у 6 (2,0%) пациентов. Размеры кисты варьировались от 2,0 см. до 3,5-4,0 см. в диаметре. Основной контингент больных поступал в клинику на 2-3 сутки от начала заболевания. 248 пациентам проведена малоинвазивное пункционное лечение ОВКСК по методу клиники. Морфологическому исследованию подвергнуто 15 кист пациентов в возрасте от 1 -2,5 месяцев до 3 лет.

При гистоморфологических исследованиях оболочек кисты образцы стенок кист для световой микроскопии фиксировали 10% раствором формалина по Лилли, парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Для сканирующей электронной микроскопии ткань фиксировали 2,5% раствором глутарового альдегида на фосфатном буфере и фиксировали 2% раствором четырехоксида осмия. После обезвоживания в спирте- ацетоне препараты высушивали методом критической точки в аппарате НСР -2 и напыляли золотом

в аппарате IB - 3. Просмотр и фотографирование препаратов проводили в электронном микроскопе S - 405A (Hitachi).

Результаты. Несмотря на многообразие формы, размеров и толщины стенок кист, общим для них, как показывают светооптические исследования, является многослойность стенок. Во всех кистах отчетливо определяются слизистая, мышечная и адвентициальная (соединительнотканная) оболочки. Наиболее характерной особенностью кист, отличающих их друг от друга является толщина их стенок. Наши исследования показывают, что наименьшей толщиной отличаются стенки кист семенных канатиков у пациентов в возрасте 1,5 -3,5 месяцев. В них различают слизистую, мышечную и адвентициальную оболочки. В слизистые оболочки эпителиальная выстилка образована 2 слоями клеток с гиперхромными ядрами, базальная мембрана контурирует не отчетливо. Это обуславливает непрочный контакт эпителия с базальной мембраной. Непрочность связи эпителиоцитов с базальной мембраной обуславливает его отслоение и десквамацию. Собственная соединительнотканная пластинка слизистой представлена рыхлой соединительной тканью с нежными волокнами и значительным число жировых клеток наиболее толстой является адвентициальная оболочка. Её толщина равна толщине слизистой и мышечной оболочек вместе взятых. Она сформирована за счёт рыхлой соединительной ткани с большим числом жировых клеток, формирующих места участки жировой ткани. Характерной особенностью адвентициальной оболочки является наличие в ней большого числа сосудов. Проведенные исследования с помощью СЭМ показали, что рельеф внутренней поверхности кист и их эпителиальная выстилка в изученных возрастных группах существенно отличаются.

Для пациентов раннего возраста характерен более сглаженный рельеф внутренней поверхности кист. Эпителиальная выстилка состоит из одного ряда уплощённых клеток со слабо выраженными процессами десквамации, сами клетки более или менее мономорфны. У детей старше 2,5 месяцев рельеф внутренней поверхности кист наиболее изрезан. В нём определяются не только волнообразные возвышения и углубления, но и более глубокие щели. В наиболее значительной степени выражены процессы десквамации. Клетки на поверхности эпителиальной выстилки отличаются полиморфизмом.

Всем больным проведен пункционный метод лечения. Метод был эффективен у 201 детей в возрасте до 2,5 месяцев. У 47 детей старшего возраста отмечался рецидив кисты, которые пролечены операционным методом.

Выводы. Исследования показали, что наименьшей толщиной отличаются стенки кист семенных канатиков у пациентов в возрасте до 3 месяцев. У пациентов в возрасте старше 3 месяцев стенки кист отличаются большей толщиной, по сравнению с пациентами до 3 месяцев. В частности, слизистая оболочка толще таковой у пациентов в возрасте до 3

месяцев в 1,5 - 2 раза. У детей старше 3 месяцев характерен более изрезанный рельеф и более выраженные процессы десквамации эпителиоцитов. Клетки эпителиальной выстилки полиморфны. Результаты пункционного лечения ОВКСК у новорожденных и детей раннего возраста показали явные преимущества малоинвазивного метода лечения в возрасте до 2,5 месяцев. Метод является малотравматичным, позволяет сократить пребывание больного в стационаре и добиться отличных косметических эффектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

П.М. Хабибова – студентка 509 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ф.В. Мейланова

Актуальность. Крестцово-копчиковые тератомы (ККТ) – наиболее частая эмбрионально-клеточная экстрагонадалярная опухоль у новорожденных. Развивается она еще до рождения человека, а клиническое проявление ее возможно в любом возрасте

Цель: своевременная диагностика и оптимизация выбора этапного лечения ТККО

Материалы и методы. За последние 16 лет в отделении плановой хирургии ДРКБ находилось на лечении 16 детей с крестцово-копчиковой тератомой в возрасте от 1-х суток до 1,5 лет, в том числе 9 новорожденных.

Крестцово-копчиковая тератома проявляется весьма характерной клинической картиной. Такие опухоли в настоящее время диагностируются антенатально, с помощью УЗИ.

Опухоль, располагалась в области промежности, уходя своим задним полюсом за копчик, в толщу ягодичных мышц, смещая анус и влагалище кпереди. Как правило, это большое образование, покрытое кожей. У некоторых пациентов кожа была изменена в результате нарушения кровоснабжения, а также имелись участки некроза.

Разновидности опухоли имеют очень большие размеры, с неровными контурами, другие – совсем небольшие, некоторые симметричные, другие – ассиметричные.

Лечение тератом у детей основывается на степени зрелости (злокачественности) опухоли.

Результаты исследования. Из 16 больных оперированы 13, все они выжили. Не оперирован 1 больной.

У 9 больных с незрелыми (злокачественными) тератомами применялось комбинированное лечение. Выполнение радикальных операций при незрелых тератомах бывает затруднительным в связи с инфильтративным ростом опухоли и ее местным и

отдаленным распространением (т.е. метастазированием). При наличии в опухоли малигнизированных тканей показана активная химиотерапия, поскольку злокачественные крестцово-копчиковые тератомы чрезвычайно агрессивны и дают высокую летальность. Химиотерапия может предотвратить рецидив. Лучевой метод лечения незрелых тератом обычно применяется как дополнение к нерадикальной операции.

Выводы: радикальное оперативное вмешательство, выполненное в максимально ранние сроки, дает шанс на благоприятный исход заболевания.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭЙЛЕА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ

М.А. Аминова – клинический ординатор 2-го года обучения

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ГБУ РД НКО "Дагестанский центр микрохирургии глаза" Минздрава РД, Каспийск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор А-Г.Д. Алиев

Актуальность. Возрастная макулярная дистрофия (ВМД) — хронический прогрессирующий дегенеративный процесс в пигментном эпителии сетчатки (ПЭС), мембране Бруха (МБ) и хориокапиллярном слое макулярной зоны сетчатки, который приводит к постепенному стойкому снижению центрального зрения [3,7]. Данный процесс является серьезной медико - социальной проблемой, так как является причиной инвалидности среди лиц старшей возрастной группы и составляет 32%, а среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составляет 21% [8,10,11].

В России заболеваемость ВМД составляет более 15 на 1000 населения [3]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2050г. число людей старше 60 лет во всем мире увеличится втрое [10,12].

Неоваскулярная форма встречается в 10% случаев и характеризуется патологическим неоангиогенезом (прорастанием новообразованных сосудов через дефекты мембраны Бруха), серозной отслойкой пигментного или нейроэпителия сетчатки, геморрагическими осложнениями, что влечет высокую инвалидизацию населения (90%) за счет снижения зрительных функций [7].

Материалы и методы. В исследовании участвовало 127 пациентов (113 глаз). Среди них 57 мужчин и 70 женщин в возрасте от 55 до 75 лет. В зависимости от применяемого метода лечения были сформированы две группы пациентов.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, а также оптическая когерентная томография (ОКТ) высокого разрешения (RTvueXR 100 «AVANTI» OPTOVUE), компьютерная периметрия (КП) с использованием программы «Макула» на анализаторе полей зрения Перитест (АПЗ ПЕРИТЕСТ 30/50/100).

Критерием включения в исследование явилось наличие клинически значимого макулярного отека (КЗМО), как индикатора активности заболевания [5,9,11].

Зрительные функции, данные ОКТ и КП оценивались до лечения, через 3 недели, 3, 6, 12 месяцев после лечения, с последующим наблюдением на протяжении 3 - х лет.

1 - я группа (88 пациентов) получала комбинированное лечение, которое включало субтеноновое введение дипроспана (0,5 мл) с последующим (через 10-15 дней) интравитреальным введением 2,0 мг (0,05 мл) афлиберцепта (Эйлеа). То есть, проводились 3 загрузочные инъекции Эйлеа каждые 4 недели. При наличии положительного результата, следующее ИВВ ИА проводилось через 8 недель, последующая положительная динамика позволяла увеличить интервал еще на 8 недель + 2 недели. Данная схема имеет патентное подтверждение (Патент РФ № 2635530 "Способ лечения макулярного отека сетчатки" от 13.11.2017г.).

2 - я группа (39 пациентов) получала интравитреальное введение 2,0 мг (0,05 мл) афлиберцепта (Эйлеа). Первая фаза (фаза стабилизации), включала 3 загрузочные инъекции ИА с интервалом в 4 недели; вторая фаза (фаза поддержания) характеризовалась тем, что кратность инъекций была индивидуальна и зависела от динамики зрительных функций и анатомических изменений по данным OCT.

Результаты. В обеих группах максимальный терапевтический эффект отметили в сроки от 3 до 6 мес. В дальнейшем только в 1-й группе, получавшей комплексное лечение, к концу срока наблюдения острота зрения оказалась статистически значимо выше исходных данных, что свидетельствует о стабильности достигнутого результата.

Из результатов, представленных в таблице, следует, что у пациентов контрольной группы наблюдается незначительное (в среднем на $0,2 \pm 0,01$) и кратковременное повышение остроты зрения в 25% случаев (22 глаза). Несмотря на проводимое лечение, к концу наблюдения снижение зрительных функций (в среднем до $0,45 \pm 0,01$) было отмечено в 88% случаев (77 глаз).

Комплексное лечение, проводимое пациентам с неоваскулярной формой ВМД, позволило получить следующие результаты: максимальное повышение остроты зрения наблюдалось в сроки от 3 до 12 месяцев, к концу срока лечения в группе сравнения оно составило $0,6 \pm 0,01$ в 79% случаев (69 глаз).

Динамика показателей остроты зрения при неоваскулярной форме ВМД

Сроки наблюдения	Средняя острота зрения $p < 0.05$		Толщина центральной зоны сетчатки $p < 0.05$	
	Комбинированное лечение	ИВВ (Эйлеа)	Комбинированное лечение	ИВВ (Эйлеа)
До лечения	$0,10,09 \pm 0,0$ $p=1,0$	$0,09 \pm 0,01$	$482,0 \pm 17,1$	$480,9 \pm 12,1$
3 месяца	$0,3 \pm 0,03$ $p>0,05$	$0,2 \pm 0,01$	$379,4 \pm 10,0$	$368,7 \pm 11,2$
6 месяцев	$0,35 \pm 0,2$ $p>0,05$	$0,2 \pm 0,02$	$378,2 \pm 13,0$	$399,4 \pm 10,0$
9 месяцев	$0,4 \pm 0,01$ $p=0,00$	$0,45 \pm 0,01$	$365,3 \pm 10,1$	$397,4 \pm 10,0$
12 месяцев	$0,6 \pm 0,01$ $p=0,00$	$0,45 \pm 0,01$	$278,2 \pm 11,1$	$369,4 \pm 10,3$

В контрольной группе максимальная острота зрения (в среднем $0,45 \pm 0,01$) отмечалась в сроки до 6-9 месяцев, и к концу срока наблюдения она оказалась статистически значимо ниже исходных данных в 91% случаев (80 глаз).

По данным ОКТ толщина сетчатки уменьшилась до $369,4 \pm 10,3$ мкм в 66% случаев (58 глаз). Отмечалось сокращение МО, резорбция субретинальной и интравитреальной жидкости преимущественно к 9-му месяцу наблюдения. В группе контроля положительная динамика в виде уменьшения толщины сетчатки наблюдалась в сроки от 3-х до 6 месяцев, в последующем имело место ее увеличение. По данным КП в группе сравнения наблюдалось повышение световой чувствительности в центральной зоне сетчатки и улучшение зрительного восприятия в 87% случаев (76 глаз) и в дальнейшем отрицательной динамики выявлено не было. В контрольной группе положительные результаты по данным КП отмечены в 32% случаев (28 глаз), однако они оказались нестабильными.

Выводы. Полученные результаты подтверждают практическую значимость комплексного метода лечения неоваскулярной формы ВМД. Так, у пациентов 1 - й группы достигнуто уменьшение центральной толщины сетчатки уже после первой комбинации препаратов. Максимальное значение остроты зрения достигнуто уже после 3 - й инъекции. Во 2 - й группе данные показатели имели динамику только после 5 - й инъекции. В случае проведения монотерапии, оптимальным количеством, необходимых для достижения максимального анатомо-морфологического результата является выполнение 5 - 6 загрузочных инъекций.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РУСПУБЛИКЕ
ДАГЕСТАН (НА БАЗЕ «ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
ИМ. И.Ш. ИСМАИЛОВА»)**

З. М. Асадулаева – студентка 3 курса лечебного факультета,

З.М. Кухмазова – студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедры глазных болезней №2 и нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава

России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор М.И. Исмаилов, д.м.н., профессор Р.М. Рагимов,

к.м.н. Д.С. Велибекова, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

«Каждый новый век, имея новые идеи, приобретает новые глаза»

Г.Гейне

Актуальность. Роговица представляет собой переднюю (прозрачную) 1/6 часть наружной (фиброзной) оболочки глаза, находящуюся в контакте с окружающей средой и в наибольшей степени подвергающейся воздействию травматических, вирусных,

бактериальных и грибковых поражений. Заболевания и повреждения роговицы приводят к снижению ее прозрачности, а также потере зрения. Кератопластика в настоящее время является эффективным, а нередко и единственным методом лечения заболеваний роговицы. В Дагестане, как и на всем Северном Кавказе, подобные операции ранее не проводились, что вынуждало жителей ездить в федеральные медицинские центры. Таким образом, актуальность, перспективность и малоизученность данной проблемы в Республике Дагестан позволили нам определить цели и задачи нашей работы.

Цель работы — оценка эффективности внедрения в практику кератопластических операций на территории Республики Дагестан.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 2 пациента с помутнением роговицы. Первый пациент в возрасте 70 лет с помутнением роговицы вследствие ранее перенесенного воспалительного процесса и осложненной катарактой. Острота зрения при поступлении: светоощущение с правильной светопроекцией.

Техника операции у данного пациента заключалась в следующем: выполнялась сквозная кератопластика с одномоментной ультразвуковой факоэмульсификацией хрусталика и имплантацией ИОЛ.

Второй пациент в возрасте 66 лет с помутнением роговицы вследствие хронического кератоувеита и осложненной катарактой и задними синехиями. У пациента отмечался болевой синдром и острота зрения при поступлении: светоощущение с правильной светопроекцией.

Техника операции у данного пациента заключалась в следующем: выполнялась передняя послойная кератопластика помутневших слоев роговицы с одномоментной ультразвуковой факоэмульсификацией хрусталика, имплантацией ИОЛ и рассечением задних синехий.

При кератопластике использовался пластический материал для восстановления роговицы производства Глазного банка «Айлаб» (Москва) и механические одноразовые трепаны Moria (Франция). Для проведения ультразвуковой факоэмульсификации использовалась микрохирургическая система Stellaris от Bausch&Lomb (США). Для имплантации использовались интраокулярные линзы Acryfold от Gantech Corporation (США).

Результаты. У обоих пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. В обоих случаях достигнута адаптация краев лоскута, швы состоятельные. В послеоперационном периоде больным был назначен курс местной противовоспалительной, слезозаместительной и антибиотикотерапии. При выписке острота зрения составляла 0,2. Срок наблюдения пациентов – до 3-х месяцев. Пациенты продолжают получать терапию и находятся под наблюдением.

Таким образом, проведение сквозных и послойных кератопластических операций в условиях республики технически выполнимо при условии работы с Глазным банком по доставке пластического материала для выполнения операций. Необходимо дальнейшее совершенствование техники, оснащение операционной ОСТ- и Femto-установкой для проведения различных видов послойных кератопластических операций.

Литература:

1. Арестова О.Н., Осипян Г.А., Взорин Г.Д., Малиновская И.В., Маслова М.В. Динамика качества жизни в связи с нарушениями зрительной функции и ее восстановлением вследствие оперативного лечения. Вестник Московского университета. Психология. 2020;14(1):55-76
2. Душин Н.В., Фролов М.А., Гончар П.А. Хирургическое лечение тяжелых поражений роговицы // Сборник научных статей научнопрактической конференции «Современные методы диагностики и лечения заболеваний роговицы и склеры». – М., 2007. – С. 26-28.
3. Сухих Е.А., Кудашкина Е.Ю. Кератопластика: современные технологии и перспективы // Вестник СМУС74. 2017. №4 (19). URL
4. Tan DT, Dart JK, Holland EJ, Kinoshita S. Трансплантация роговицы. Lancet. 2012 5 мая;379(9827):1749-61
5. Сингх Р, Гупта Н, Ванати М, Тандон Р. Трансплантация роговицы в современную эпоху. Indian J Med Res. 2019 Jul;150(1):7-22.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ОРГАН ЗРЕНИЯ, ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Ф. Б. Исабекова – студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.И. Исмаилов

Актуальность. Covid-19 - вирусное заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2. Эпидемия Covid-19 уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. Коронавирусная инфекция затрагивает все системы организма. Не остается в стороне и зрение. Врачи отмечают у пациентов ухудшение зрения после ковида.

После Covid-19 пациенты часто жалуются на:

- Снижение зрения
- Боль в глазу или за глазом, чувство рези в глазах
- Покраснение глаз или века
- Появления пятен, искр перед глазами

- Светобоязнь
- Сухость в глазах
- Искривление линий, выпадение букв в словах

Covid вызывает проявление аллергического конъюнктивита, а также может «разбудить» хронические заболевания глаз, такие как глаукома. Коронавирус может не только спровоцировать глазные заболевания, но и вызвать полную слепоту. Он вызывает поражение ганглиозных клеток сетчатки и пигментного эпителия. Ганглиозный слой и пигментный эпителий участвуют в восприятии зрительного импульса и передаче его дальше в кору зрительного анализатора.

Помимо этого, в слизистую оболочку глаза может попасть вирус, в результате чего происходит инфицирование. SARS-CoV-2 проникает через глазную поверхность и инфицирует организм в целом — таким образом, заболевают 5-7% людей.

Само по себе протекание коронавирусной инфекции сопровождается изменениями в свертывающей системе, что нередко приводит к сосудистым катастрофам внутри глаза, а именно: появление тромбозов, ишемические состояния, нарушение кровообращения внутри глаза, и это может стать причиной частичной или полной слепоты.

Одной из наиболее распространённых проблем при коронавирусе являются конъюнктивит и блефароконъюнктивит, то есть воспаление краёв век в сочетании с поражением конъюнктивы.

Цель исследования: Выявить частоту случаев поражения зрения после перенесенной коронавирсной инфекции.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы глазные болезни пациентов с COVID-19, находившихся на лечение в госпитале Центра медицины высоких технологий им. И.М. Исмаилова с июля по август 2021 года (в период перепрофилирования клиники под ковид-госпиталь согласно приказу МЗ РД). За 2 месяца через стационар клиники прошли 200 пациентов с различной степенью тяжести COVID-19. Из них у 10 пациентов были зафиксированы симптомы вирусного конъюнктивита (блефароконъюнктивит), сопровождающегося известными симптомами (перечислены в статье выше). Лечение основной терапии, таким пациентам проводилось параллельно и лечение офтальмопатологии: применялись противовирусные препараты (Офтальмоферон), нестероидные противовоспалительные препараты (Броксинак), комбинированные препараты – кортикостероид и антибиотик (Тобрадекс) в виде глазных капель, также препараты, улучшающие стерильность ирекорреальной слезной пленки (Хило-Комод, Систейн, Корнерегель). Основные симптомы к моменту выписки пациентов из стационара, как правило, купировались. Однако им было рекомендовано дальнейшее применение глазных

капель в амбулаторных условиях. В крайне редких случаях (в ковид-госпиталях РД) были зафиксированы эпизоды острой сосудистой патологии – обширные тромбоэмболии глазных артерий и вен, которые сопровождались полной потерей зрения и являлись элементом тромбоэмболических осложнений ковид, приводящее к сожалению, к летальному исходу.

Результаты исследования. По анализу обращений пациентов за плановой офтальмологической помощью в период уже обычного режима работы клиники Исмаилова отмечается ряд случаев отдаленных глазных осложнений ковид-инфекции: чаще всего – неполная осложненная катаракта, реже – тромбозы мелких ретинальных вен. Таким пациентам проводится плановая микрохирургическая помощь: ультразвуковая фотоэмульсификация катаракты с имплантацией искусственного хрусталика, введение препаратов – ингибиторов вазопротрофиеративного фактора в стекловидное тело глаза, лазерная коагуляция патологических очагов на глазном дне.

Выводы. Таким образом, можно сделать следующие выводы: коронавирусная инфекция отрицательно влияет на орган зрения. Поражение зрения у больных Covid-19 наблюдается в частоте 1:20. С учетом возможных заболеваний со стороны органа зрения после перенесения Covid-19, больным рекомендовано обследование у офтальмолога. Таким пациентам необходимо проводить соответствующее лечение.

Литература.

1. Е. А. Егоров, В. Н. Алексеев, Ю. С. Астахов, Т. В. Ставицкая Офтальмология. Учебник для вузов / Издательство: ГэотарМедиа, 2010 - 242 стр. ил.
2. Н. И. Курышева Covid-19 и поражение органа зрения. 2021
3. Егоров Е.А., редактор. Неотложная офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005.
4. В. В. Нероев, Т. Н. Киселева, Е. К. Елисеева Офтальмологические аспекты коронавирусной инфекции. Российский офтальмологический журнал. 2021; 14 (1): 7-14.
5. COVID 19 Confusion Causes Risk of Increased Blindness. Eyecare Plus Group. 2020.

УСПЕШНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА II СТЕПЕНИ

З. М. Исмаилова – аспирант 1-го года обучения

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Б.Э. Малюгин

Актуальность. Кератоконус – это дегенеративное невоспалительное заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующими структурными изменениями всех слоев роговицы и сопровождающееся появлением миопической рефракции и иррегулярного

астигматизма. Прогрессирование заболевания приводит к значительному снижению остроты зрения и дальнейшей неэффективности способов ее коррекции.

Современный подход к лечению кератоконуса, предлагаемый рядом авторов: Измайлова С.Б. (2014); Kanellopoulos A.J., (2009); Iovieno A., (2011); Coskunseven E., (2012); Pietrini D., (2012) подразумевает первоначальную стабилизацию процесса эктазии. С этой целью возможно проведение интрастромальной кератопластики с имплантацией роговичных сегментов, либо кросслинкинга роговичного коллагена или их сочетание. Последующая коррекция остаточной аметропии может осуществляться методом стандартной или топографически ориентированной фоторефракционной кератэктомии (ФРК), подбором жестких контактных линз, имплантацией торических ИОЛ.

Что касается интервала времени между проведением кросслинкинга и ФРК, то по этому поводу до сих пор нет единого мнения. Одни исследователи отдают предпочтение одномоментному, другие – последовательному выполнению этих вмешательств. В настоящий момент разработаны рекомендации по одномоментной процедуре топоориентированной ФРК и кросслинкинга по Kanellopoulos A. – т.н. «Афинский протокол». Учитывая, что стабилизация кривизны роговицы по данным кератометрии происходит только через несколько месяцев после кросслинкинга, автор данного метода предлагает уменьшить закладываемые в программу расчёта параметры сферического и цилиндрического компонентов аметропии на 30%. Таким образом, в ходе вмешательства вводится 70% от значения имеющегося сферического и 70% от величины цилиндрического компонентов аметропии, при этом максимальная глубина абляции не должна превышать 50 мкм. Сразу после проведения ФРК на поверхность стромы накладывается губка, пропитанная 0,02% раствором митомицина. Затем проводится процедура кросслинкинга, заключающаяся в инстилляциях в течение 10 минут 0,1% раствора рибофлавина в сочетании с 20% раствором декстрана, после чего осуществляется ультрафиолетовое (УФ) облучение роговицы в течение 30 минут.

С точки зрения автора, преимущество одномоментного вмешательства заключается в его одноэтапности и более быстрой реабилитации зрительных функций. Однако, по мнению других исследователей, в ней имеется и ряд нерешенных вопросов: трудность в достижении целевой рефракции из-за отсроченной стабилизации кератометрии после кросслинкинга, а также риск появления гиперметропической рефракции при небольших значениях аметропии.

Ряд авторов отдают предпочтение последовательному выполнению кросслинкинга и ФРК. Поскольку после проведения кросслинкинга происходит уплощение роговицы и снижение максимального значения кератометрии примерно на 2 дптр, при проведении

последовательной процедуры для эксимерлазерной абляции требуется меньший объем ткани, что отразится на рефракционном результате операции.

Таким образом, на сегодняшний день при широком разнообразии хирургических технологий нет единого подхода к тактике лечения кератоконуса, направленной как на улучшение оптических характеристик роговицы, так и на стабилизацию её изменений. В связи с этим можно сделать вывод об актуальности данной проблемы и целесообразности поиска новых подходов лечения кератоконуса на начальных стадиях.

Цель. Оценить на примере клинического случая эффективность и безопасность лечения начального кератоконуса методом одномоментной фоторефракционной кератэктомии с УФ-кросслинкингом роговичного коллагена.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился пациент с клиническим диагнозом: Кератоконус 2 степени, сложный миопический астигматизм левого глаза. До операции было проведено комплексное обследование, включающее визометрию (без коррекции и с максимальной коррекцией), авторефрактокератометрию, биомикроскопию, компьютерную кератотопографию, оптическую когерентную томографию переднего отрезка глаза (толщина роговицы). Планирование профиля абляции проводилось с учетом оптических характеристик глаза пациента и волнового фронта роговицы. Коррекция амметропии выполнялась методом фототерапевтической кератэктомии с помощью эксимерного лазера Allegretto Wave Eye-Q 400 (Германия). Далее одномоментно был выполнен УФ-кросслиндинг роговичного коллагена с помощью установки IROC UVX-1000 (Швейцария).

Операция проводилась под двухкратной местной анестезией (Алкаин) за 10 мин и непосредственно перед операцией. Веки были зафиксированы блефаростатом. С помощью 20% этилового спирта и шпателя произведена дезэпителизация роговицы в центральной зоне диаметром 8,5-9,0 мм. Затем выполнена эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия. После чего на роговицу инстиллировали 0,1% раствор рибофлавина мононуклеотида до полного прокрашивания стромы желтым пигментом. Далее одномоментно был выполнен кросслиндинг роговичного коллагена с помощью установки IROC UVX-1000 (Швейцария) с временем экспозиции УФ-излучения ($3,0 \pm 0,3 \text{ Вт/см}^2$) 30 минут. В течение этого времени на роговицу каждые 5 минут инстиллировали раствор рибофлавина мононуклеотида. По завершении операции на роговицу была установлена мягкая контактная линза с нулевой рефракцией, импрегнированная раствором рибофлавина мононуклеотида.

В послеоперационном периоде пациент получал субконъюнктивальные инъекции рибофлавина, алоэ, малых доз дексаметазона, а также инстилляции в конъюнктивальный мешок антибактериального, противовоспалительного и корнеопротекторного препаратов

(Вигамокс, Макситрол, Корнерегель). Контактная линза была снята на 5-й день после операции по завершении эпителизации роговицы. Пациент продолжал амбулаторное местное лечение антибиотиками, корнеопротекторами, противовоспалительными и гипотензивными препаратами в течение 30 дней.

Результаты исследования. Результат комбинированного хирургического лечения оценивался в отдаленном послеоперационном периоде путем сравнения показателей до и через 3 года после операции. За этот срок удалось достигнуть повышения некорригированной (НКОЗ) и максимально корригированной остроты зрения (МКОЗ), уменьшения сферического и цилиндрического компонентов рефракции, снижения 6-и кератотопографических индексов: индекса поверхностной дисперсии (ISV), вертикальной асимметрии (IVA), индекса кератоконуса (KI), индекса центрального кератоконуса (CKI), индекса наивысшей децентрации (IHD), коэффициента аберраций (ABR). Также было отмечено повышение минимального радиуса кривизны роговицы (Rmin), что соответствует снижению кератометрии передней поверхности роговицы. Центральная толщина остаточной стромы роговицы через 3 года после операции составила 376 мкм.

Исследуемые параметры	До операции	Через 3 года после операции
НКОЗ	0,2	0,8
МКОЗ	0,25	0,9
Сферический компонент рефракции (дптр)	- 1,00	+ 0,50
Цилиндрический компонент рефракции (дптр)	- 3,50	+ 0,50
Кератометрия (дптр)	45,25	44,25
Пахиметрия (мкм)	434	376
ISV	77	58
IVA	0,92	0,76
KI	1,23	1,16
CKI	1,04	1,01
IHD	0,068	0,057
ABR	2,4	2,0
Rmin	6,29	6,75

Такая динамика показателей отразилась на функциональном результате операции – пациент субъективно отмечает значительное повышение остроты зрения. Помимо этого, уменьшение оптической силы роговицы и снижение кератотопографических индексов свидетельствует об отсутствии прогрессии кератоконуса или возникновения вторичной кератэктазии.

Выводы. Фоторефракционная кератэктомия с одномоментным УФ-кросслинкингом роговичного коллагена является эффективной и безопасной альтернативой хирургического лечения пациентов с начальным кератоконусом. Данный метод позволил достичь улучшения оптических характеристик роговицы, стабилизации процесса кератэктазии и избежания радикального хирургического вмешательства в виде сквозной кератопластики.

РАЗРАБОТКА ИНФОРМАЦИОННОЙ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

И.М. Исмаилов – студент 1 курса лечебного факультета

Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.т.н., доцент К.А. Гафуров.

Актуальность. В наше время высоких технологий и огромного объема информации, получаемой ежедневно, наблюдаются отрицательные последствия на здоровье глаз: постепенно теряется зоркость, глаза очень быстро устают. В результате человек теряет зрение, он хуже различает простые и сложные объекты. Работа в условиях постоянного зрительного напряжения требует высокой моторной активности глазодвигательного аппарата, остроты зрения и высоких когнитивных способностей. Некоторые факторы остроты зрения зависят от состояния зрительного анализатора и, прежде всего, от рефракции глаза, другие – от условий зрительного испытания: освещенности, хроматического состава излучения источников освещения, гигиенических характеристик помещений, где проводится исследование. Визометрия остается до настоящего времени основным функциональным тестом в офтальмологии. Но в большинстве стандартных офтальмологических методик не учитывается скорость реакции пациента на изменение информации в различных плоскостях, точках пространства, время фокусировки на отдельном элементе информационного табло и т.д. На результаты определения остроты зрения влияет и форма тест-объекта. До сих пор острота зрения определяется по таблицам с тестовыми знаками. Автоматизированная же методика оценки остроты зрения позволит оценить адекватности работы зрительного анализатора и предупредить развитие болезней. Таким образом, актуальной задачей в

настоящее время является разработка информационной автоматизированной системы диагностики остроты зрения.

Цель. Цель научно-исследовательской работы – это разработка информационной автоматизированной системы, позволяющей оценить степень остроты зрения пациентов, используя персональный компьютер и специализированное программное обеспечение для сбора данных. Исследования будут проводиться среди профессий со специфическими особенностями деятельности.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели и решения задач исследования были применены методы информационного моделирования, исследования информационных систем, теории оптимизации, математической статистики, методы объектно-ориентированного проектирования и программирования.

Результаты исследования. Для определения остроты зрения оператора ситуационного центра, либо диспетчера необходимо представить рабочее информационное поле в виде матрицы элементов. В качестве матрицы воспользуемся прямоугольной матрицей A_{ij} :

$$A_{ij} = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & a_{13} & \dots & a_{1j} \\ a_{21} & a_{22} & a_{23} & \dots & a_{2j} \\ a_{31} & a_{32} & a_{33} & \dots & a_{3j} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ a_{i1} & a_{i2} & a_{i3} & \dots & a_{ij} \end{pmatrix} \quad (1)$$

Конкретные информационные процессы на табло (мониторах) диспетчеров-операторов разбивают на отдельные ячейки, которые будут являться элементами матрицы (1). В зависимости от информационных процессов на табло и их пространственном расположении количество элементов матрицы будет различным. Также каждому элементу присваивается свой вес, который будет определять важность информационного процесса, находящегося в данной точке информационного поля оператора:

$$a_{ij} = a\{0, \dots, n\},$$

где n – показатель важности элемента информационного табло. В зависимости от количества элементов в конкретном информационном поле, данный показатель будет иметь различные максимальные значения.

Для прецизионного определения остроты зрения был выбран тест-объект и соответствующая таблица для визометрии. Данный тест-объект не содержит никаких лишних элементов и за счет подобию составляющих, позволяет смоделировать ситуацию монотонности ежедневного просмотра однотипных элементов на пультах операторов. Тест-объект состоит из окружности 1 определенного диаметра, равномерно заполненной черным цветом, и

расположенной внутри нее и касательно к первой окружности в одном из меридианов другой окружности 2 белого цвета и в 5 раз меньшего диаметра. Исследование соответствия информационных процессов и зрения специалистов в системах с высокой профессиональной информативной нагрузкой было проведено с использованием разработанного специализированного программного обеспечения на базе систем объектно-ориентированного программирования.

Вывод. Разработанное ПО позволяет проводить статистическую оценку показаний по пациентам с течением времени, построение графиков зависимости времени реакции от размеров и положения опто типов. Разработанный способ позволит значительно снизить риск осуществляемых ошибок и допущения неточностей в работе диспетчеров и операторов, что имеет весомое значение для экономики страны, т.к. от любой ошибки может пострадать огромное количество людей и производственных процессов.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

П.И. Джабраилова – студентка 6 курса 6 группы педиатрического факультета

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического,

стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н. М.А. Идрисова, д.м.н., профессор А.Э. Эседова

Актуальность. Одной из наиболее редких форм внематочной беременности является беременность в рубце на матке (БРМ). Частота данной патологии составляет 1 на 1800-2216 беременностей, и 6,1% от всех случаев эктопической беременности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние 20 лет прогресс в развитии медицины привел к тому, что частота абдоминального родоразрешения возросла в среднем в 4 раза, достигнув своего апогея в нынешнем десятилетии, и приблизилась к 25,0-30,0% в странах с высоким экономическим развитием.(3) Неуклонный рост числа родоразрешений путем кесарева сечения (КС) влечет за собой возникновение отдаленных последствий и осложнений, одной из которых является беременность в рубце. Формирование рубца на матке после любого вмешательства влечет за собой вероятность возникновения отдаленных осложнений, таких как разрыв матки по рубцу и беременность в рубце на матке.(2) Схожесть с такими патологиями, как разрывы матки во время беременности, **аборт в ходу**, плотное прикрепление и истинное приращение плаценты, а также перфорация матки во время проведения внутриматочных манипуляций по поводу прерывающейся беременности, при выполнении искусственного прерывания беременности, приводит к неправильной диагностике, лечению и как следствие к тяжелым осложнениям. Смертность от данного вида эктопической беременности составляет 191,2 на 100 тыс. случаев [2,3]. Поэтому представляется актуальным изучение вопросов диагностики и ведения пациенток с беременностью в рубце на матке.

Цель исследования: выявить факторы риска, приводящие к развитию беременности в рубце на матке.

Материал и методы исследования. В исследование было взято 43 женщины репродуктивного возраста. Среди них основную группу составили 8 женщин с установленным диагнозом БРМ в сроке 6-8 недель беременности. Группу сравнения сформировали из 15 женщин после операции кесарева сечения с УЗ-признаками «ниши» в области послеоперационного рубца. Для контрольной группы было взято 20 женщин после

кесарева сечения с нормальными ультразвуковыми признаками послеоперационного рубца. Возраст женщин с данной патологией в среднем составляет $34,1 \pm 6,4$ года. Всем пациенткам были проведены следующие виды диагностических исследований: общий и биохимический анализ крови, определение хорионического гонадотропина человека в крови и ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты исследования. В ходе обследования 5/8 (62,5%) пациенток из основной группы предъявляли жалобы на кровяные выделения из половых путей, 8/8 (100%) - на боли внизу живота и в пояснице тянущего характера, у 6/8 (75%) беременность протекала на фоне раннего токсикоза легкой и средней степени тяжести. В таблице 1 представлена клиническая характеристика когорты женщин.

Таблица 1. Клиническая характеристика когорты женщин

Параметры	Основная группа (n=8)	Группа сравнения (n=15)	Контрольная группа (n=20)
Количество КС более 1	8	15	10
Осложнение после КС	5	8	5
Тазовое предлежание плода	6	10	2
Наличие хронических воспалительных заболеваний			
органов малого таза	6	10	3
Аборты до операции КС	2	4	3
Невынашивание в анамнезе	4	5	4

В настоящее время этиология БРМ не ясна, но наиболее распространенной является теория, согласно которой имплантация плодного яйца в миометрий происходит через микроскопические трубчатые ходы, соединяющие толщу рубца с полостью матки.

Согласно результатам исследования, определяются следующие факторы риска БРМ: 1) количество КС более 1; 2) тазовое предлежание плода; 3) наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Установлено, что БРМ значительно чаще встречается у женщин, которые перенесли кесарево сечение по поводу тазового предлежания плода. Это связано с тем, что при неразвернутом нижнем сегменте значительная толщина стенки матки в месте проведения гистеротомии не дает возможности для качественного восстановления стенки матки, в связи с чем создаются условия для формирования «ниши» со стороны полости матки с имплантацией бластоцисты в рубец.

Выводы. Согласно результатам исследования, определяются следующие факторы риска БРМ: 1) количество КС более 1; 2) тазовое предлежание плода; 3) наличие

хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Установлено, что БРМ значительно чаще встречается у женщин, которые перенесли кесарево сечение по поводу тазового предлежания плода. Это связано с тем, что при неразвернутом нижнем сегменте значительная толщина стенки матки в месте проведения гистеротомии не дает возможности для качественного восстановления стенки матки, в связи с чем создаются условия для формирования «ниши» со стороны полости матки с имплантацией бластоцисты в рубец.

На сегодняшний день рост числа случаев эктопической беременности в рубце на матке требует большей осведомленности врачей акушеров-гинекологов о данной патологии. Современные методы исследования позволяют выявить БРМ на ранних сроках, что может предотвратить развитие серьезных осложнений при подборе качественной тактики ведения пациенток.

Список литературы:

1. Сидоров А.Е., Гунин А.Г., Чернышов В.В. Отдаленные риски кесарева сечения: беременность в рубце на матке. Акушерство, гинекология и репродукция, Т. 11, № 4, 2017, С. 48-56.
2. Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Беглицэ Д.А., Митрофанова О.А., Латышев О.С., Колесникова И.О. Клинический случай эктопической беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения. / Акушерство, гинекология и репродукция, Т. 12, № 2, 2018, С. 68-74.
3. Терегулова Л.Е., Терегулов А.Ю., Галимова И.Р., Гаязов Д.Р., Хайрутдинова М.Р. Случай диагностики и лечения беременности в рубце на матке после кесарева сечения с одновременным развитием нормального плода в полости матки на сроке 17 недель. Практическая медицина, № 7 (108), 2017, С. 173-176.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

А.Х Ибрагимов – студент 6 курса 9 группы педиатрического факультета

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического,

стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н. М.А. Идрисова, к.м.н. В.Т. Ашурбеков

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга (БГ) является одной из наиболее тяжелых аномалий развития желудочно-кишечного тракта корригирующийся только хирургическим путем [2]. Ведущим клиническим признаком БГ является отсутствие самостоятельного стула. Хроническая задержка каловых масс и газов вызывает расширение отделов толстой кишки,

что уже в первые месяцы жизни обуславливает увеличение размеров и изменение конфигурации живота, с ослабление мышц передней брюшной стенки.

Цель исследования: разработать и внедрить комплекс мероприятий по реабилитации детей с БГ после операции.

Материалы и методы. С 2019 по 2021 год в ДРКБ им. Н.М. Кураева было прооперированно 13 детей с БГ. Проведены стандартные клинико-рентгенологические исследования, включая определение уровня витамина D. Комплекс реабилитационных мероприятий составил: диету, прием вит. D, курс электростимуляции прямой кишки, тренировку анального сфинктера, лечебный массаж, разработанный нами комплекс лечебной гимнастики для укрепления мышц передней брюшной стенки.

Результаты и их обсуждения. Энкопрез был выявлен у 9/13 (69,2%) детей после операции, а после терапии через 3 мес. осложнение не отмечалось уже у 5/9 (55,5%) детей, через 6 мес. – у 7/9 (87,5%), через 9 мес. – у 8/9 (88,8%). Длительность лечения функциональной недостаточности анальных сфинктеров и мышц передней брюшной стенки сократилась более чем в 2 раза. Общая продолжительность реабилитации сократилась с 3-4 лет до 18-20 месяцев.

Выводы. Внедрение разработанного комплекса реабилитационных мероприятий продемонстрировало существенный результат за короткий период времени по укреплению мышц передней брюшной стенки, а также прямой кишки, таким образом, улучшив качество жизни детей с БГ после операции.

Список литературы:

1. Доронин Ф.В. Лечение и реабилитация детей с болезнью Гиршпрунга // Актуальные проблемы педиатрии: матер. XII конгр. пед. России - М., 2008. - 114 с.
2. Исакова Ю.Ф., Разумов А.Ю. // Детская хирургия: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

А.А. Магомедов – студент 6 курса 9 группы педиатрического фпкультета

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического,

стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. М.А. Идрисова

Введение. Реабилитация женщин с неразвивающейся беременностью (НБ) в настоящее время приобретает существенное значение в акушерско-гинекологической

структуре, ввиду ряда осложнений, в частности, со стороны нервной системы. Пациентки, у которых в анамнезе отмечается НБ, кроме гинекологических заболеваний, страдают и психическими нарушениями, такими как повышенная раздражительность, нервозность, рассеянность, навязчивые состояния, беспокойства, депрессия [1]. Проблема медико-психологической реабилитации женщин с НБ в анамнезе до сих пор остается открытой и представляет большой интерес, как для практикующих акушеров-гинекологов, так и для психоневрологов.

Цель исследования. Разработать комплекс медико-психологических мероприятий для женщин с НБ в анамнезе.

Материал и методы исследования. В исследование вошло 96 женщин с одной и более НБ в анамнезе (возраст - 19-34 лет). Сформированы 2 группы: первую группу составили 49 женщин, которым проводилась разработанная нами медико-психологическая помощь и электрофорез шейно-воротниковой зоны, вторую группу - 47 женщин, которым по показаниям проводилась только медикаментозная терапия. С целью оценки психоневротического статуса до и после терапии были использованы стандартизированные тесты: родительского отношения, «Я и мой ребенок», «Готова ли я стать мамой?», двойной рисунок человека.

Результаты и их обсуждения. При анализе тестов до лечения депрессия выявлена у 48/96 (50%) женщин, навязчивые состояния – у 35/96 (36,4%), неврозы – у 52/96 (54,2%), также у всех пациенток отмечается рассеянность, повышенная раздражительность, нарушение сна. Гинекологический осмотр показал, что женщины отмечали нарушение менструального цикла в течении 6 мес.: в первой группе в 36/49 (73,5%) случаях, во второй – в 32/47 (68,1%). Пациенткам первой группы была проведена психодиагностика, консультация с психотерапевтом (беседы и др.), электрофорез шейно-воротниковой зоны с бромом на аппарате НЕВОТОН (12 сеансов) и препарат МагнияВ6 по 2 таб. 3 р/д течение 6 мес. В ходе проводимой реабилитации у 43/49 (87,7%) женщин из первой группы было отмечено улучшение психологического состояния, нормализация менструального цикла 28/49 (57,1%), у второй группы - 16/47 (34%) пациенток и лишь у 12/47 (25,5%) женщин отмечено улучшение психологического состояния.

Выводы. Таким образом, большая часть пациенток с НБ в анамнезе демонстрируют психологические отклонения, связанные с опасностью повторного развития НБ, а именно психологическая неподготовленность к материнству, частые переживания стрессовых ситуаций и депрессивные состояния. Как известно, одним из компонентов репродуктивной системы является психологический, и изменения репродуктивной функции ведет к нарушению как физиологического, так и психического здоровья женщины [2]. Исходя из

этого в реабилитацию женщин, планирующих беременность после перенесенной НБ можно включить разработанный нами комплекс медико-психологических мероприятий, показавший свою результативность.

Список литературы:

1. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009;196.
2. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. Медицинская психология в России. 2011. № 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.05.2013)

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ) НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ИСХОД РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЁННЫХ

А. А. Романова, П. Ю. Фёдорова - студенты 4 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Научный руководитель - ассистент Ю.С. Нечаева

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция COVID-19; беременность; клиническая картина; новорождённые.

Цель исследования. Изучить течение беременности, родов, послеродового периода, а также перинатальный исход у новорождённых с лабораторно подтверждённым методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) случаем заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе инфекционного госпиталя Областного родильного дома города Твери.

Нами были проанализированы течение и исходы беременности у 30 пациенток с января по март 2022. У всех была диагностирована новая коронавирусная инфекция COVID19, доказательством которой был положительный ПЦР тест. Особенное внимание уделялось клинической картине заболевания с дифференцировкой специфической симптоматики, присущей инфекции COVID-19. Оценивалась соматическая патология беременных, наличие вредных привычек, менструальная функция, гинекологический анамнез, а также течение настоящей беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных. В ретроспективном исследовании мы брали во внимание лабораторные методы исследования. Отслеживалось состояние плода по данным кардиотокографии (КТГ плода) и ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты. Возраст обследуемых беременных составил от 18 до 40 лет.

Среди хронических заболеваний у исследованных женщин имеются: заболевания органов дыхательной системы, заболевания органов пищеварительной системы заболевания почек, носительство гепатита В- 2 беременных, ВИЧ-инфекция- 1 беременная, ожирение 1 степени- 5 беременных. Таким образом, хронические заболевания воспалительного характера имеют 12 беременных, а не воспалительного характера- 15 беременных.

Из 30 беременных, 7 женщин были первородящими, 23 повторнородящие.

На момент поступления в инфекционное отделение Областного родильного дома у пациенток в клинической картине были зафиксированы такие признаки и симптомы инфекции COVID-19 как: лихорадка (17 беременных), заложенность носа (24 беременных), боль в горле (11 беременных), кашель (10 беременных), слабость (3 беременных), потеря обоняния (1 беременная), миалгия (2 беременных). Следует отметить, что у некоторых пациенток клинические признаки заболевания появились только в послеродовом периоде (3 беременных). 2 беременные никаких жалоб не предъявляли.

Беременным женщинам, находившимся в инфекционном госпитале, были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Из лабораторных методов были назначены клинический анализ крови, биохимический анализ, общий анализ мочи. В анализах крови лабораторные показатели оказались следующие: снижение гемоглобина (17 пациенток), лейкоцитоз (15 пациенток), тромбоцитопения (5 пациенток), тромбоцитоз (1 пациенток), лимфоцитопения (9 пациенток), повышение СОЭ (16 пациенток), повышение уровня D-димера (26 пациенток) и С-реактивного белка (22 пациенток), незначительное увеличение показателей ферментов печени (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)- 15 пациенток.

Всем беременным ежедневно проводился мониторинг состояния плода.

Основой лечения беременных с легкой степенью коронавирусной инфекции являлись противовирусные препараты, антикоагулянты.

Среди 30 родивших, 18 пациенткам была выполнена операция кесарево сечение, у 10 роды произошли естественным путем.

Течение послеродового периода у всех пациенток было без осложнений.

Все дети, родившиеся в инфекционном госпитале на базе Областного родильного дома, сразу же поступали в провизорный госпиталь ДКБ № 2. При рождении состояние новорожденных оценивалось как удовлетворительное (по шкале Апгар 8-9 баллов). Из 30 новорождённых, только у 1 был положительный ПЦР тест без клинических проявлений. При выздоровлении родителей и получении ими отрицательных ПЦР тестов дети были выписаны домой.

Выводы. В соответствие с проведенными исследованиями можно сделать следующие выводы:

- 1). Легкая степень новой коронавирусной инфекции COVID-19 не приводит к увеличению осложнений течения беременности.
- 2). Ни одна из обследуемых нами беременных не была родоразрешена по показаниям со стороны основного заболевания (новая коронавирусная инфекция COVID-19).
- 3). Лечение в виде назначения противовирусной и антикоагулянтной терапии назначалось всем (в соответствии с рекомендациями), что приводило к положительной динамике. Антибактериальная терапия назначалась только после оперативного родоразрешения.
- 4). Послеродовой период протекал у всех без осложнений.
- 5). 29 новорожденных из 30 оказались абсолютно здоровы, то есть можно предположить, что фетоплацентарный барьер остается непроницаемым для коронавирусной инфекции легкой степени.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Д.В. Смирнова – аспирант 3-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

ФГБУ «Ив НИИ МД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия

Научные руководители: д.м.н., доцент А.М. Герасимов, д.м.н. Л.В. Кулида

Актуальность. Хронический эндометрит (ХЭ) остается одной из ведущих проблем современной гинекологии, поскольку является ключевым звеном в патогенезе бесплодия и невынашивания беременности [1]. На сегодняшний день большинство исследователей утверждают, что именно инфекционный агент является пусковым фактором в развитии ХЭ [2].

Исторически считалось, что все микробы населяют только нижнюю часть генитального тракта. Шейка матки является идеальным барьером между влагалищем и верхними отделами половых путей и поддерживает стерильность полости матки. Однако накопленные данные показывают, что этот тракт представляет собой открытую систему с уменьшением численности бактерий и увеличением бактериального разнообразия на пути от влагалища до яичников. В мировой литературе отмечено, что в эндометрии содержится на 10^2 – 10^4 КОЕ/мл меньше бактерий, чем во влагалище [3, 4].

Изучение микробиома полости матки и его влияния на успешность имплантации являются предметом исследований последних лет [5]. Kimura F. et al. (2019 г.) отметили, что у пациенток с ХЭ только в 32,6% случаев культивировались одни и те же виды бактерий во влагалище и в полости матки, в то время как у 20% женщин определенные виды патогенных микроорганизмов были выделены лишь из эндометрия [6].

Современные особенности течения ХЭ обуславливают некоторые сложности ведения таких пациенток, поэтому остается дискуссионным вопрос и о терапевтических мероприятиях при данной патологии. На сегодняшний день некоторые исследователи рассматривают возможность добавления иммуномодуляторов в схему лечения хронического воспалительного процесса в гинекологии для усиления эффекта антибактериальной терапии [7].

Цель исследования – изучить особенности инфицированности генитального тракта у женщин с ХЭ при бесплодии и оценить эффективность терапии ХЭ у данной категории пациенток.

Материалы и методы исследования. Исследуемую группу составили 90 женщин репродуктивного возраста (STRAW+10) с бесплодием (МКБ 10 N97.2), находящихся на стационарном лечении гистологически подтверждённого ХЭ в Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова МЗ РФ. Из них методом рандомизации (или по факту отказа от приема бактериального липополисахарида, выделенного из клеток *Salmonella typhi*) все пациентки с ХЭ были разделены на 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу были включены 30 женщин, получивших стандартное лечение ХЭ. Во 2-ю подгруппу вошли 60 женщин, которым до проведения стандартного лечения с 3-го дня менструального цикла назначался курс иммуностимулирующей терапии препаратом бактериального липополисахарида. Всем пациенткам на момент госпитализации в рамках прегравидарной подготовки проводилось стандартное обследование в соответствии с современными рекомендациями. В качестве методов оценки микробиоценоза генитального тракта использовалось микробиологическое (культуральное) исследование менструальной крови и отделяемого цервикального канала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам. Материалом для исследования явились менструальная кровь и отделяемое из цервикального канала. При обнаружении условно-патогенных бактерий диагностически значимым титром считали показатели $>10^3$ КОЕ/мл в тестируемом материале. Через менструальный цикл после лечения проводилось контрольное микробиологическое (культуральное) исследование менструальной крови и отделяемого из цервикального канала.

Выполнение исследования было утверждено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «ИвГМА» Минздрава России в 2020 г. Получено информированное письменное согласие от всех пациенток.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 13.0, Microsoft Office 2010.

Результаты исследования. По данным культурального метода исследования в 1-й подгруппе до лечения цервикальный канал был инфицирован у 23 (76,7%) женщин. Структура выявленных инфекций в цервикальном канале представлена: *Enterococcus faecalis* – 10 (62,5%), *E. coli* – 7 (43,8%), *Staph. epidermidis* – 3 (18,8%), *Staph. aureus* – 2 (12,5%). При проведении исследования менструальной крови стерильных посевов не наблюдалось. В полости матки были выделены: *Enterococcus faecalis* – 13 (56,5%), *E. coli* – 9 (39,1%), *Staph. epidermidis* – 7 (30,4%), *Staph. aureus* – 7 (30,4%), *Strept. viridans* – 2 (8,7%), *Klebsiella* spp. – 2 (8,7%), *Candida* spp. – 2 (8,7%), *Strept. anhaemolyticus* – 1 (4,3%). Следует отметить, что высеянные из цервикального канала культуры микроорганизмов не могут предсказать микробиом эндометрия у пациенток с ХЭ, поскольку имеются различия. Так, лишь у 4 (13,3%) женщин наблюдалось 100%-ая тождественность посевов из цервикального канала и из менструальных выделений, у половины пациенток патогенная флора в цервикальном канале и в менструальной крови не совпала по видовому составу, в 5 (16,7%) случаях при единственном выявленном патогенном микроорганизме в цервикальном канале дополнительно в полости матки были отмечены ещё 2-3, а иногда и более, а у 6 (20%) женщин в изучаемых отделах генитального тракта общность микроорганизмов заключалась в ассоциации из 2-3 видов бактерий.

Достоверных отличий по структуре инфицированности до лечения между подгруппами не выявлено. Во 2-й подгруппе цервикальный канал был инфицирован в 45 (75%) наблюдений. Структура выявленных инфекций в данной подгруппе представлена: *Enterococcus faecalis* – 18 (46,2%), *E. coli* – 11 (28,2%), *Staph. epidermidis* – 11 (28,2%), *Staph. saprophyticus* – 7 (18%), *Strept. viridans* – 2 (5,1%), *Bacillus* spp. – 1 (2,6%), *Strept. anhaemolyticus* – 1 (2,6%), *Corynebacterium* spp. – 1 (2,6%), *Proteus vulgaris* – 1 (2,6%). Полость матки была инфицирована также у каждой женщины 2-й подгруппы. Из менструальной крови выделили: *Enterococcus faecalis* – 18 (53%), *Staph. epidermidis* – 14 (41,2%), *E. coli* – 11 (32,4%), *Staph. aureus* – 7 (20,6%), *Klebsiella* spp. – 5 (14,7%), *Strept. viridans* – 3 (8,8%), *Candida* spp. – 3 (8,8%), *Citrobacter* spp. – 3 (8,8%), *Staph. saprophyticus* – 3 (8,8%), *Proteus vulgaris* – 2 (5,9%), *Corynebacterium* spp. – 2 (5,9%), *Enterobacter* spp. – 2 (5,9%), *Strept. anhaemolyticus* – 1 (2,9%). Также как и в 1-й подгруппе имеются различия между инфицированностью цервикального канала и полостью матки. 100%-ая

тождественность посевов из цервикального канала и из менструальных выделений наблюдалось у 8 (13,3%) женщин. У 27 (45%) пациенток патогенная флора в цервикальном канале и в менструальной крови не совпала по видовому составу. При единственном выявленном патогенном микроорганизме в цервикальном канале дополнительно в полости матки были отмечены ещё 2-3 в 10 (16,7%) случаях, а иногда и более, а у 15 (25%) женщин в изучаемых отделах генитального тракта общность микроорганизмов заключалась в ассоциации из 2-3 видов бактерий.

После лечения структура инфицированности изменилась во всех подгруппах. Частота встречаемости стерильных посевов увеличилась. При этом во всех посевах патогенная флора не в диагностически значимом титре, а из накопительной среды. И также наблюдались различия видового состава культур в цервикальном канале и в полости матки.

Так, в 1-й подгруппе после лечения цервикальный канал оказался стерильным в 24 (80%) случаях. У 6 (20%) женщин из накопительной среды были выделены: *Enterococcus faecalis* – 3 (50%), *E. coli* – 2 (33,3%), *Staph. aureus* – 1 (16,7%). В данной подгруппе отмечено 2 (6,7%) случая стерильных посевов из полости матки. У 28 (93,3%) женщин из накопительной среды были высеяны: *Enterococcus faecalis* – 8 (53,3%), *E. coli* – 7 (46,7%), *Staph. aureus* – 7 (46,7%), *Staph. epidermidis* – 5 (33,3%), *Strept. anhaemolyticus* – 2 (13,3%).

Аналогичная ситуация сложилась и во 2-й подгруппе. После лечения цервикальный канал оказался стерильным в 53 (88,3%) случаях. У 7 (11,7%) женщин из накопительной среды были выделены: *Enterococcus faecalis* – 4 (57,1%), *Staph. epidermidis* – 3 (42,9%). Но в данной подгруппе частота встречаемости стерильных посевов из полости матки была значимо выше аналогичного параметра у женщин 1-й подгруппы (17 (28,3%); ($p < 0,01$)). У 43 (71,7%) пациенток из накопительной среды были высеяны: *Enterococcus faecalis* – 5 (41,7%), *Staph. epidermidis* – 5 (41,7%), *Staph. aureus* – 4 (33,3%), *E. coli* – 2 (16,7%).

Выводы. Таким образом, у пациенток с ХЭ при бесплодии в составе микробиома цервикального канала и полости матки доминирует условно-патогенная флора. При этом высеянные из цервикального канала культуры микроорганизмов не могут предсказать микробиом эндометрия, поэтому при обследовании женщин с бесплодием важно исследовать состояние биоценоза полости матки для возможности более точного выбора антибактериальной терапии ХЭ. Добавление препарата бактериального липополисахарида в стандартную схему лечения ХЭ при бесплодии позволяет существенно улучшить микробиологическую картину генитального тракта женщин.

Литература

1. Гречканев Г. О. и др. Гемодинамические аспекты комплексного лечения больных с хроническим эндометритом с использованием медицинского озона и бактериофагов.

Российский вестник акушера-гинеколога. 2018; 18(4): 75-79. DOI: 10.17116/rosakush201818475

2. Блесманович А.Е., Алехина А.Г., Петров Ю.А. Хронический эндометрит и репродуктивное здоровье женщины. Главный врач Юга России. 2019; 2(66): 46–51.
3. Chen C et al. The microbiota continuum along the female reproductive tract and its relation to uterinerelated diseases. Nat Commun. 2017; 8(1): 875. DOI: 10.1038/s41467-017-00901-0
4. Moreno I. et al. Endometrial microbiota composition is associated with reproductive outcome in infertile patients. Microbiome. 2022; 10(1): 1-17. DOI: 10.1186/s40168-021-01184-w
5. Лызикова Ю. А. Дисбиоз влагалища как фактор риска развития хронического эндометрита //Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(6): 76-79. DOI: 10.17116/rosakush20202006176
6. Kimura F, Takebayashi A, Ishida M, Nakamura A. et al. Review: Chronic endometritis and its effect on reproduction. J Obstet Gynaecol Res. 2019; 45(5): 951–960. DOI: 10.1111/jog.13937
7. Кравченко Е. Н. Контраверсии в лечении хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Эффективная фармакотерапия. 2010; 5: 82-84.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОЖИРЕНИЕМ У ДЕВОЧЕК ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И РАННИМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ

А.Х. Шапиева – студентка 4 курса 45 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Н. Джалилова

Актуальность. Избыточная масса тела у детей в наш век – само собой разумеющееся, учитывая образ жизни, питание, а также эндокринные нарушения. Считается, что половая зрелость в норме наступает в среднем $11,2 \pm 1,1$ у девочек и в $11,6 \pm 1,1$ лет у мальчиков. Доказано также, что высокий ИМТ приводит к ускоренному созреванию эпифизарной пластинки роста (EGP), а значит, к отставанию в росте в пубертатном периоде. Знание о наличии кисспептиновой системы в организме, лептине и адипонектине, инсулине и половых гормонах позволили изучить данную проблему в пределах нашей местности.

Цели: обнаружить взаимосвязь между высоким ИМТ в препубертатном периоде и наличием преждевременного полового созревания девочек. Изучить результаты проведенного ультразвукового исследования молочных желез у девочек 5-8 лет с ожирением.

Материалы и методы: на основании индивидуальных карт пациента изучалась проблема в РКБ г.Махачкалы(отделение эндокринологии), поликлинике № 8 г.Махачкалы,

РДЦ (эндокринологический диспансер), ГБУ Детская Республиканская клиническая больница им. Кураева. Проведен статистический анализ.

Результаты исследования: У девочек 5 лет с ИМТ 17,8-18,4 наблюдалось телархе 12%, пубархе – 34%. Индекс массы тела в 6 лет 19-19,3 – пубархе встречалось в 65%. ИМТ у девочек 7 лет в диапазоне 20,1-20,6 – пубархе - 89%, телархе - 44%, менархе – 6%. Девочки 8 лет с ИМТ 22-22,3 – пубархе и телархе наблюдается в 87% случаев, менархе – в 15%. В анализах крови повышено содержание ФСГ и ЛГ, однако первого больше. При ультразвуковом исследовании девочек 8 лет нагрубание молочной железы наблюдалось в 70% случаев.

Заключение: доказанная связь между детским ожирением и преждевременным половым созреванием подтвердилась в данном исследовании. При ожирении происходит повышение лецитина, снижение адипонектина, инсулинорезистентность, организм вырабатывает большое количество медиаторов воспаления (IL-6, фактор некроза опухоли-альфа), которые оказывают эффект на организм.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВРЕМЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ
ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**
К.И. Габдуллина, М.Г. Кузнецов – студенты 1403 группы лечебного факультета
Кафедра акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия
Научный руководитель – к.м.н., ассистент А.В. Ганеева

Актуальность. По данным ВОЗ, акушерские кровотечения занимают лидирующую позицию в структуре причин материнской смертности, варьируя от 19,9 до 36,2%. Каждый год они уносят жизни 127 000 женщин репродуктивного возраста. Практически во всех странах мира, в том числе в Российской Федерации, массивная кровопотеря при отсутствии эффекта от введения утеротоников, препаратов крови, факторов свертывания, перевязки маточных артерий и других методов остановки кровотечения, является показанием к гистерэктомии. Аномалии расположения и прикрепления плаценты являются одной из причин акушерских кровотечений. Мировая тенденция роста числа родоразрешений путем операции кесарева сечения привела к закономерному росту истинного вставания плаценты.

Цель исследования. оценка эффективности и безопасности метода баллонной окклюзии подвздошных артерий при проведении оперативного родоразрешения пациенток, имеющих аномалии прикрепления плаценты в сочетании с ее предлежанием.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Перинатального центра Государственного автономного учреждения здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница №2». Выполнен ретроспективный анализ данных 14 женщин, родоразрешенных в 2020 и 2021 годах с применением временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий в связи с предлежанием плаценты.

Результаты и обсуждение. Все исследуемые пациентки имели полное предлежание плаценты, при этом у 12 женщин антенатально диагностировано вращение плаценты (85,7%), у 2 пациенток интраоперационно обнаружено плотное прикрепление плаценты (14,3%). 12-и пациенткам удалось провести органосохраняющую операцию (85,7%), в двух случаях в связи с продолжавшимся кровотечением была выполнена гистерэктомия (14,3%). Объем интраоперационной кровопотери составил от 800 мл до 3000 мл (Me=1200 мл, 1st Qu – 1000 мл, 3rd Qu – 2400 мл). При этом у 4-х больных кровопотеря была в пределах 1000 мл (28,6%), в 6-и случаях – в пределах 1500 мл (42,9%), еще у одной роженицы объем кровопотери составил 2000 мл (7,1%). У троих исследуемых кровопотеря в родах превысила 2000 мл (21,4%). Среди интра- и постоперационных осложнений были также отмечены: ранение мочевого пузыря (21,4%), гематома передней брюшной стенки (7,2%). Осложнений, связанных с проведением рентгенэндоваскулярного вмешательства, среди исследуемых выявлено не было.

Заключение. Баллонная окклюзия общих подвздошных артерий является эффективным и безопасным кровесберегающим методом, позволяющим бережно родоразрешать пациенток, имеющих предлежание плаценты в сочетании аномалиями ее прикрепления.

**СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ МОЧИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 409 группы лечебного факультета**

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель – ассистент М.С. Недосейкина

Актуальность исследования. Гестационный пиелонефрит встречается в 6 – 10% случаев. Данная патология связана с возникновением физиологических изменений мочевыделительной системы во время беременности под влиянием гормональной и иммунной систем. Лечение ГП, в первую очередь, включает этиотропную терапию, представленную антибактериальными средствами. Для назначения антибиотиков

необходимо выявить возбудителя и определить его чувствительность. Это способствует более быстрой элиминации патогенных микроорганизмов и скорейшему выздоровлению, что уменьшает количество осложнений во время как во время беременности и родах, так и для будущего ребенка.

Цель исследования. Целью исследования являлось определение состава патогенной микрофлоры при ГП и выявление чувствительности микроорганизмов к антибактериальным средствам.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования являлись 51 история болезни observational отделения и отделения патологии беременных УЗ «Гомельская областная клиническая больница» Возраст женщин составил от 16 до 46 лет, в среднем, $25,6 \pm 5,5$ лет. Срок беременности, на котором диагностирован ГП, составил $33,0 \pm 4,9$ недели. Оценивали заключения посева мочи, взятой при поступлении в отделение. Антибактериальные средства классифицировали согласно Американской администрацией по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами – FDA (Food and Drug Administration), соответственно ЛС разделялись на 5 категорий: А, В, С, D, Х. Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам микробиологического исследования мочи рост патогенной флоры был выявлен в 27, 45% случаев (14 пациенток), при этом все микроорганизмы были из семейства Enterobacteriaceae. Из выявленной патогенной флоры в 78, 57% случаев (11 пациенток) встречалась кишечная палочка (*E.coli*), в оставшихся случаях обнаружена клебсиелла (*klebsiella* spp.) (3 пациентки).

Исследование чувствительности бактерий к антибиотикам показало небольшой выбор антибактериальных препаратов для лечения пиелонефрита у беременных. Так, наибольшая чувствительность к *E. Coli* встречалась у антибактериальных средств категории D: Амикацин (аминогликозиды) - 100 % случаев (11 пациенток), Левофлоксацин (Фторхинолоны) – 72, 7% случаев (8 пациенток). Также высокая чувствительность была отмечена у Имипенема (Карбапенемы) – 90,9% случаев (10 пациенток) и Меропенема (Карбапенемы) – 72,7% случаев, которые по классификации FDA (США) относятся к категории С. Данные лекарственные препараты противопоказаны при беременности или применяются по жизненным показаниям. Отмечалась высокая чувствительность к Цефалоспорином 3 – го поколения: Цефоперазон – 63,3 % случаев (7 пациенток), Цефотаксим и Цефтриаксон – по 54,5% случаев (6 пациенток). Цефалоспорины, по классификации FDA (США), относятся к категории В. Наименее чувствительными к *E. Coli* являлись лекарственные препараты из группы полусинтетические пенициллины и ингибитор-защищенные полусинтетические пенициллины. Чувствительность к Амоксициллину составила 27,2% случаев (3 пациентки),

Ампициллин/сульбактам и пиперациллин/тазобактам – по 45,5% (5 пациенток), Амоксициллин/клавуланат – 36,4% (4 пациентки).

К *Klebsiella* spp. была отмечена 100% чувствительность к антибактериальным средствам категории С и D: Амикацин (аминогликозиды), Имипенем (Карбапенемы), Левофлоксацин (Фторхинолоны). Выявлена высокая чувствительность к Цефалоспорином 3 – го поколения: Цефоперазон – 100 % случаев (3 пациентки), Цефотаксим и Цефтриаксон – по 66,7 % случаев (2 пациентки). Наименее чувствительными к *E. Coli* являлись лекарственные препараты из группы полусинтетические пенициллины и ингибитор-защищенные полусинтетические пенициллины. Чувствительность к Амоксициллину составила 33,3% случаев (1 пациентка), Ампициллин/сульбактам, Пиперациллин/тазобактам и Амоксициллин/клавуланат – по 66,7 % (2 пациентки).

Выводы. В большинстве случаев из патогенной микрофлоры мочевыделительных путей встречалась кишечная палочка. *E. Coli* обладала 100% чувствительностью к Амикацину, в большинстве случаев резистентна к Амоксициллину. *Клебсиелла* была чувствительна к Амикацину, Имипенему, Левофлоксацину и Цефоперазону в 100 % случаев, однако, резистентна к Амоксициллину.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

ИЗУЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

П.М. Будаичиева - студентка 405 группы лечебного факультета,

М.Д. Шанавазова - ассистент

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - ассистент М.Д. Шанавазова

Актуальность. Интерес к изучению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) обусловлен тем, что этот синдром непосредственно проявляется в ситуациях, связанных с самочувствием, здоровьем студентов, эффективности процесса обучения, а также связан с влиянием многих факторов, в том числе неблагоприятных, таких как интенсивная учебная деятельность, недостаточная ее оптимизация, недостаточное материально-техническое обеспечение, нехватка свободного времени, страх перед будущим, нежелание продолжать обучение или разочарование в профессии, период сдачи зачетов и экзаменов, которые как приводят к развитию СЭВ, так и усугубляют его течение.

Цель исследования. Выявить распространенность синдрома эмоционального выгорания и его выраженность у студентов-медиков.

Материал и методы исследования. Для оценки СЭВ нами был использован опросник для определения уровня психического выгорания (авторы методики – американские психологи К. Маслах и С. Джексон). Мы использовали вариант опросника, предназначенный для медицинских работников, который был адаптирован нами для студентов. Также путем опроса мы изучили условия проживания студентов, их материальную обеспеченность, распределение времени для того или иного вида труда или отдыха, их субъективное мнение по поводу своего психоэмоционального состояния, прием психотропных препаратов (транквилизаторы, седативные, антидепрессанты и др.), частоту обращений к психологам/психиатрам/психотерапевтам. Для проведения опроса нами была создана анкета в Google Forms, которая содержала вышеперечисленные вопросы и 22 утверждения из опросника. Анкета была распространена среди студентов.

Результаты исследования. Распространенными среди студентов оказались такие явления как неудовлетворенность финансовым положением, условиями проживания, периодически возникающая усталость и снижение работоспособности, повышенная раздражительность, невозможность концентрации внимания. Также некоторые респонденты отмечают нарушения сна, периодическое ощущение безразличия к себе и к окружающим – как к коллегам, так и родственникам, желание побыть наедине некоторое время, апатию,

депрессивные состояния, нежелание продолжать обучение, что частично связано с вышеуказанными причинами, а также разочарованием в выборе профессии, неудовлетворенностью условиями обучения, качеством предоставленной литературы, оборудования, материально-технических баз.

Выводы. Мы установили, что среди студентов очень распространен синдром эмоционального выгорания, неблагоприятными проявлениями которого в дебюте есть чувство безразличия по отношению к себе и окружающим, повышенная утомляемость, снижение работоспособности и познавательных процессов, неуверенность в себе. Очевидно, что выгорание у студентов - сложный феномен, который зависит от личностных психофизиологических особенностей, социальной поддержки, рабочих условий и стрессовых нагрузок, в конечном итоге существенно влияет на состояние их здоровья, успешность, социальную сферу. Учитывая то, что проблема выгорания стоит остро и является достаточно актуальной, необходимо в первую очередь прикладывать усилия к своевременному выявлению выгорания у студентов, разрабатывать профилактические мероприятия, индивидуальные и групповые

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭПИДУРИТА

И.П. Саламов, А.М.Абдулмуталипов, Г.Н. Салманов - врачи отделения нейрохирургии РКБ им. А. В. Вишневого, А.Д. Билалов - студент 619 группы лечебного факультета, А.И. Сулейманов - студентка 538 группы лечебного факультета, Б.Р. Багандов - студент 536 группы лечебного факультета, У.Г. Омарова - студентка 504 группы педиатрического факультета, А.И. Нальгиева - студентка 442 группы лечебного факультета, А.Х. Юнусова - студентка 442 группы лечебного факультета, И.А.Эседова - студентка 411 группы лечебного факультета

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - И. П. Саламов

Введение. Спинальный эпидурит - это гнойно-воспалительный процесс над твердой мозговой оболочкой спинного мозга. Частота заболевания 1,5 случая на 10.000 со всей спинальной патологии. Еще реже случаи эпидурита, распространяющегося на все отделы позвоночного столба.

Цель и актуальность. Продемонстрировать значимость мультидисциплинарного и комплексного подхода лечения редкой нейрохирургической патологии

Клинический случай. В РКБ им А.В. Вишневого поступил пациент И. с жалобами на затруднение дыхания, нехватку воздуха, одышку, отсутствие движений в конечностях, общую слабость, повышение температуры тела. Со слов пациента и родственников,

ухудшение состояния последние 2 недели. Связывает болезнь с простудой, после которой появились фурункулы на голове. Отмечал повышение температуры тела до 38-39 С°, лечился дома. Затем появилась резкая слабость в левых конечностях, постепенно распространяющаяся на правую сторону. Бригадой СМП доставлен в ПДО РКБ с подозрением на синдром Гийена-Барре. Госпитализирован в ОРИТ ПДО за неврологическим отделением, где проводилась интенсивная терапия.

Материалы и методы исследования. На плановом МРТ головного мозга - признаки единичных патологических сосудистых очагов с обеих сторон, умеренное вторичное расширение наружных ликворных пространств. МРТ шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника - признаки распространенного эпидурального натечника в заднем дуральном пространстве на протяжении всех отделов позвоночника с компрессией спинного мозга. На рисунке 1 представлены сагиттальные срезы позвоночника на разных уровнях.

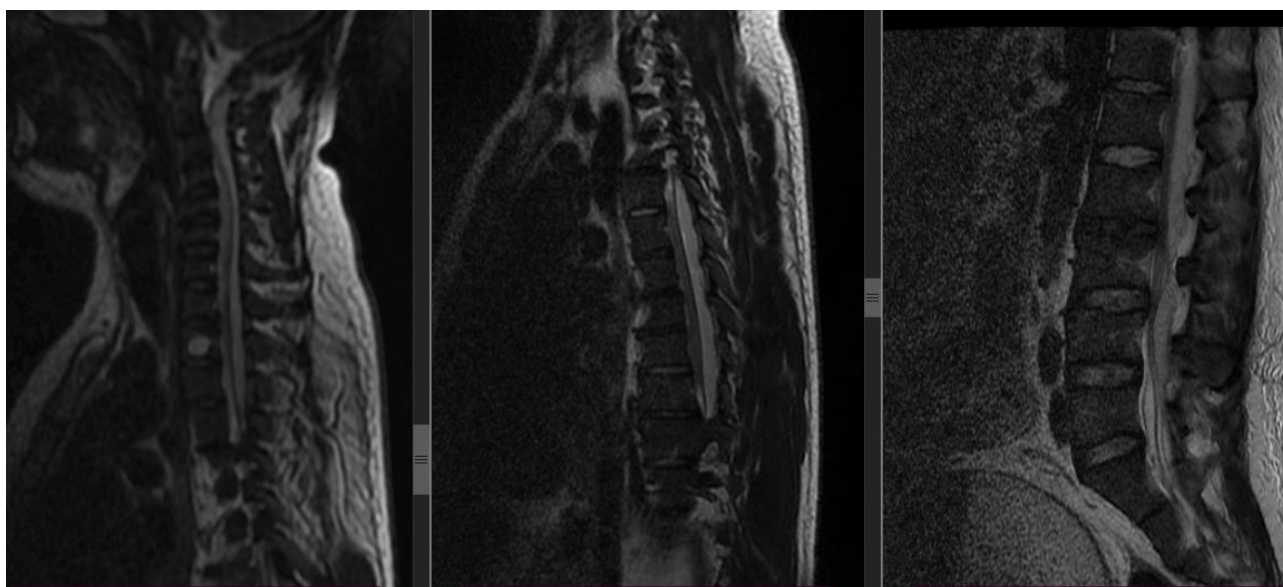


Рис 1. МРТ ШОП, ГОП и ПКОП с дорзальным эпидуритом, осложненным компрессией спинного мозга

Состояние пациента прогрессивно ухудшалось с развитием кардиореспираторной недостаточности, снижением уровня сознания (кома-1), тетраплегии. По данным лабораторных исследований — признаки прогрессирующего воспалительного процесса. После консилиума нейрохирургов, неврологов и анестезиологов-реаниматологов было решено по жизненным показаниям выполнить оперативное вмешательство...

Результаты. Проведено оперативное вмешательство в объеме: декомпрессионной ламинэктомии в ШОП (на уровне C2-C5 позвонков), ГОП (Th7-Th10) и ПКОП (L1-L3) с санацией и дренированием эпидурального абсцесса на всем протяжении позвоночного

канала. В раннем послеоперационном периоде в отделении нейрореанимации проводилась интенсивная терапия (антибиотикотерапия, иммуномодулирующая, дезинтоксикационная, симптоматическая) после которой отмечалось улучшение состояния в виде регресса неврологического дефицита, восстановления уровня сознания до ясного (ШКГ-15) и положительной динамики в лабораторно-инструментальных исследованиях. На послеоперационной МРТ — признаков эпидурите не выявлено, состояние после операции.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует важность корректного взаимодействия диагностической, анестезиолого-реанимационной, хирургической, терапевтической и реабилитационной служб при организации интенсивной терапии пациентов с тяжелым септическим эпидуритом.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С 2000 ПО 2022 ГОДЫ

А.М. Абдуллаева

Кафедра инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент С.К. Билалова, к.м.н., доцент С.А. Пашаева

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые мировой и отечественной наукой в разработке и внедрении средств диагностики, лечения и профилактики актуальных инфекционных болезней, угроза неожиданного возникновения событий, ассоциированных с чрезвычайными ситуациями биолого-социального характера, сохраняется и остается в ряду приоритетных медицинских и социально-экономических проблем. К современным факторам риска, ответственным за внезапное обострение эпидемиологической обстановки, отнесены вариабельность биологических характеристик известных возбудителей болезней и появление так называемых «новых» и «возвращающихся» инфекционных болезней. Проблема «новых» и «возвращающихся» инфекционных болезней (emerging infectious diseases), к которым относятся вирусные геморрагические лихорадки, за последние годы приобрела особую актуальность для национальных и международных систем здравоохранения в связи с регистрацией новых очагов инфекций, активными миграционными процессами населения с высоким риском заноса возбудителя на не эндемичные территории, а также с возможностью использования вирусов в качестве биологического оружия.

Одной из таких инфекций является Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) — острая трансмиссивная природно-очаговая болезнь человека, для которой характерна спорадическая заболеваемость с возникновением через непредвиденные временные периоды внезапных вспышек, сопровождающихся, как правило, высокой летальностью (до 30—50%).

Цель работы - провести анализ эпидемиологической ситуации по Крымской геморрагической лихорадке в республике Дагестан с 2000 по 2022 годы.

Материал и методы исследования. Представленное исследование проводилось по материалам инфекционной заболеваемости за 2000-2022 гг. населения территорий республики Дагестан ГБУ РД «Республиканского центра инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД», а также статистических данных Роспотребнадзора республики Дагестан за 2000-2022 гг.

Результаты исследования. За анализируемый период заболеваемость Крымской геморрагической лихорадкой (КГЛ) в Республике Дагестан регистрируется ежегодно и ее уровень определяется активностью основного переносчика - иксодовых клещей.

Заражение, как правило, происходит при укусах или при раздавливании клещей незащищенными руками. Пик заболеваемости КГЛ в Республике Дагестан приходится на первую-вторую декады июня, в связи с увеличением объема сельскохозяйственных полевых работ в сельской местности и активным отдыхом на природе среди городского населения.

Так, с 2000 г в Дагестане заболело КГЛ - 73 человека (в 2000г.- 6 чел., 2001г.-10, 2002г.-7, 2003г.-2, 2004г.-1, 2005г.-3, 2006г. – 3, в 2007г.-2, в 2008г.-3, в 2009г.-1, в 2010г.-3сл., 2011г.-3 сл., 2013г.-1, 2014г.- 2, 2015г.-2, 2017г.-1, 2018г.-1, 2019-13г., 2020г.-1, 2021г.-7, 2022г.-1человек), из них с летальным исходом - 4 (в 2000г.-1сл., 2011г.-1сл., в 2021-1сл., 2022г. – 1сл.).

Случаи зарегистрированы на 13 административных территориях РД. Наибольшее количество больных зарегистрировано в Кизлярском и Тарумовском районах.

Случаи заболевания в 2017-2018 гг. регистрировались на 2 административных территориях в г. Махачкала и Акушинском районе. В 2017 году отмечался 1 случай у 80 летнего жителя г. Махачкалы, а в 2018 году зарегистрирован 1 лабораторно подтвержденный случай КГЛ у 57 летнего жителя Акушинского района. Показатель заболеваемости составил 0,03 на 100 тыс. населения, на одном уровне в сравнение 2017 годом (1 случай, 0,03 на 100 тыс. населения). Оба случая заболевания с трансмиссивным путем заражения. Диагноз у всех больных подтвержден лабораторными методами.

В 2018 году число лиц, пострадавших от укусов клещей увеличилось на 19,8 %, зарегистрировано - 708 сл. (в 2017г.-662 сл.; 2016г.-615сл). Регистрация укусов в 2018 году отмечалась на 40 административных территориях республики (2017г.-30; 2016г.-28).

Ежегодно растет и количество госпитализированных с провизорной целью с укусами клещей. В 2018 году количество госпитализированных составило 37 чел. против 48 чел. в 2017 г. (в 2016г.-76 чел.). В 2019 году в медицинские учреждения обратились 978 (в 2018г.-304) пострадавших от укусов клещей, в том числе 278 ребенка, госпитализировано 60 человек (из них 15 детей). Сезонность заболевания соответствовала многолетней.

По тяжести клинического течения превалировало среднетяжелое течение на долю которого пришлось 80,0% от всех случаев, доля тяжелых случаев выросло до 20%. Все случаи протекали без геморрагического синдрома, что говорит о ранних сроках обращения больных за медицинской помощью. Летальные исходы не регистрировались. Диагноз у всех больных подтвержден лабораторными методами.

В 2020 году был зарегистрирован 1 случай КГЛ против 13 за 2019 год. Случай КГЛ зарегистрирован в г. Махачкала, пос. Семендер у ребенка 2 года 8 мес. Снижение заболеваемости КГЛ в 2020 г. отмечалось вследствие уменьшения контакта населения с клещами в апреле-июне в связи с введением ограничительных мероприятий для противодействия распространению COVID-19, а также меньшей обращаемостью больных за медицинской помощью в связи с загруженностью стационаров и лабораторной системы, обусловленной большим числом больных COVID-19.

В 2021 году выявлено 7 случаев КГЛ (ИП 0,23) против 1 (ИП 0,03) в 2020 году. Отмечался рост на 6 случаев. Из 7 случаев - 1 с летальным исходом (61 год. г. Махачкала). Случаи зарегистрированы: 2 сл. в Буйнакском районе с. Верхнее Казанище (18 и 38 лет), 1 сл. в Докузпаринском районе (29 лет), 2 сл. - г. Махачкала (13 лет и 61 год.), 2 сл. - г. Буйнакск (20 лет и 66 лет, м/с инфекционного отделения, контактная с больным КГЛ). Из 7 случаев в 6-ти случаях КГЛ без геморрагического синдрома и 1 случай с летальным исходом с диагнозом в связи с микст - инфекцией: COVID-19. Сепсис. Крымская геморрагическая лихорадка без геморрагического синдрома.

В 2021 году число лиц, пострадавших от укусов клещей увеличилась на 44,3 %, зарегистрировано - 618 случаев (2020г.-336 сл.; 2019г.-978 сл.; 2018г.-708 сл.; 2017г.-662 сл.; 2016г.-615 сл.). Регистрация укусов в 2021 году отмечалась на 38 территориях республики (2020г.-32; 2019г.-44; 2018г.-40; 2017г.-30). Госпитализация с провизорной целью в 2021 году - составила 21 человек против 72 человек в 2019 г. (в 2018г.-37 чел.; 2016г.-76 чел.; 2015г.-18 чел., в 2014г.-15 чел.). Сезонность заболевания также соответствовала многолетней.

Выводы. Таким образом, прогноз эпизоотологической и эпидемиологической ситуации по КГЛ в Республике Дагестан на 2022 год остается неблагоприятным, чему способствуют сохраняющиеся высокие индексы обилия преимагинальных фаз *H. marginatum* на основных прокормителях и высоким уровнем зараженности клещей вирусом КГЛ.

Актуальной проблемой является и профилактика внутрибольничного инфицирования КГЛ. Обязательна работа медперсонала в специальной одежде, перчатках, защитных очках, масках. Необходимо строгое соблюдение правил транспортировки крови больных.

Люди от контакта с клещами должны быть защищены специальными костюмами, дезинфицирующими средствами и репеллентами

ОЦЕНКА ОСТАТОЧНЫХ СИМПТОМОВ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Х.Х. Мамедова - аспирант, Дж.П. Исаев

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджанская Республика

Введение: в мире зарегистрировано более 479 миллионов случаев заражения COVID-19 и более 6,0 миллионов человек умерли от этой болезни. Многочисленные исследования показали, что у 20% пациентов которые перенесли COVID-19 всё еще отмечается утомление, усталость, кашель, одышка, потеря обоняния и вкуса и все др, симптомы пост-COVID-синдрома.

Цель исследования. Анализ и оценка остаточных симптомов у пациентов с COVID-19 инфекцией.

Материалы и методы. Обследованы и оценены результаты клинико-лабораторных и инструментальных обследований 54 пациентов в возрасте от 21 до 53 лет, перенесших инфекцию COVID-19, и имевших остаточные явления после заболевания. В статистическом исследовании использовали программу Excel, статистическую значимость результатов оценили по критериям Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У 24,1% (13) из 54 наблюдаемых больных присутствует головная боль, невнимательность; у 27,8% (15) кашель, одышка; у 16,7% (9) потеря обоняния и вкуса; у 31,5% (17) наблюдались такие симптомы, как утомленность, слабость, озноб, боли в суставах и мышцах. У всех больных проводились рентгенологические исследования легких. Рентгенологическое исследование не выявило существенных изменений у 14,8% (8) больных, изменения с усилением бронхиального рисунка на фоне симптомов бронхита у 13% (7) и у 72,2% (39) больных выявлены характерные для пост атипичной вирусной пневмонии фиброзные изменения. Изучение результатов клинико-лабораторных исследований у больных с изменениями в легких показало, что причиной кашля и одышки у 27,8% больных был инфильтративный процесс в легких. При оценке других наблюдаемых клинических признаков было установлено, что достоверной корреляции между результатами лабораторных исследований и остаточной резидуальной симптоматикой выявлено не было ($p>0,05$).

Выводы. Результаты исследования показали что, хотя инфекция COVID-19 в последнее время характеризовалась как системное заболевание, остаточные симптомы в основном связаны с патологией в легких. Так, при рентгенологическом исследовании у большинства – 72,2% больных была выявлена патология органов дыхания.

УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ МИКРОБИОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Т.Р. Абдулбекова – студентка 303 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Т.В. Царуева

Актуальность. Условно-патогенные микроорганизмы – это большая группа микроорганизмов, которые могут входить в состав нормальной микробиоты человека и вызывающих заболевания при определенных условиях. Инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, называются оппортунистическими. Возбудители оппортунистических инфекций – это, как правило, микробиота со слабо выраженной патогенностью. Эти инфекции являются неизбежным следствием иммунодефицитных состояний, формирующихся при многих хронических патологических процессах. При дефиците гуморального звена иммунитета преобладают бактериальные инфекции, при дефиците клеточного – вирусные, грибковые, протозойные инфекции.

Оппортунистические инфекции отличаются рядом особенностей:

1. Возбудители инфекций не имеют строго выраженного тропизма, т.е. один и тот же микроб может вызвать различные нозологические формы заболевания.
2. Оппортунистические инфекции полиэтиологичны, т.е. одна и та же нозологическая форма может быть обусловлена разными условно-патогенными микроорганизмами.
3. Клиническая картина заболевания мало специфична.
4. Оппортунистические инфекции часто вызываются ассоциацией микроорганизмов (смешанные или микст-инфекции).
5. Оппортунистические инфекции склонны к генерализации.
6. В связи с множественной устойчивостью к антибиотикам и иммунодефицитам оппортунистические инфекции сложно лечить.
7. И самое главное – условно-патогенная микробиота с патогенными микроорганизмами в очаге поражения образует структуры в полисахаридном комплексе (так называемые «биоплёнки»), затрудняющие проникновение антибактериальных препаратов в очаг воспаления.

Цель. Выявление связи между использованием антибактериальных препаратов и возникновением, и распространением лекарственно-устойчивых штаммов микробиоты различных таксономических групп.

Материал и методы. На исследование взяли 3-ю порцию утренней мочи 50 пациенток репродуктивного возраста с циститом. Посев исследуемого материала

производили на дифференциально-диагностические среды Эндо, Клебсиелла-агар, Кандида-агар, ЦПХ-агар, отечественные хромогенные питательные среды, желточно-солевой агар. Для быстрого выделения и идентификации возбудителей семейства Enterobacteriaceae использованы микротест-системы (МТС-12Е и МТС-S) отечественного производства («Микроген», НПО «Питательные среды», г. Махачкала, Республика Дагестан). Согласно диагностическим критериям, положенным в основу современной классификации урологических заболеваний, диагностика и установление клинической формы заболевания возможно только на основании результатов микробиологического исследования.

При диагностике 3-ей порции утренней мочи на наличие *Pseudomonas aeruginosa*, произвели посев исследуемого материала на ЦПХ-агар, посевы поместили в термостат на сутки при температуре 37°C. В результате на ЦПХ-агаре выросли S-формы плоские колонии с сине-зеленым пигментом.

При диагностике образцов 3-ей порции утренней мочи на наличие *Escherichia coli*, произвели посев образцов на ДДС Эндо. Инкубация посева при $t^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$ в течении 24 ч. Результат: через 24 часа на среде Эндо выросли S-формы колонии красного цвета с металлическим блеском.

При диагностике образцов на наличие *Klebsiella pneumoniae*, произвели посев образцов на Клебсиелла-агар, инкубация при $t^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$ в течении 24 часов. Результат: на Клебсиелла-агаре отмечается рост слизистых колоний.

При диагностике образцов на наличие *Proteus mirabilis*, произвели посев на основные питательные среды. Инкубация при $t^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$ в течении 24 часов. Результат: рост на твердой питательной среде (отмечается рост штаммов протея, местами отмечаются роения, приводящие к образованию концентрических зон).

При диагностике образцов на наличие *Staphylococcus aureus*, произвели посев на желточно-солевой агар и кровяной агар. Посев инкубации при $t^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$ (24 часа) на ЖСА выросли S-формы колоний средней величины с мутным венчиком вокруг колоний.

Результаты исследования. При исследовании 3-ей порции утренней мочи пациенток репродуктивного возраста с рецидивирующим хроническим бактериальным циститом, выделены уropатогены семейств Enterobacteriaceae и Pseudomonadoceae (*Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*) и *Staphylococcus aureus*. Выделенные культуры полирезистентны к антибиотикам, рекомендуемым Европейской ассоциацией урологов (EAU), что исключает их применение для эмпирической терапии урологических заболеваний. Выделенная условно-патогенная микробиота и золотистый стафилококк чувствительны к фосфомицину и фторхинолонам нового поколения.

Выводы. Широкое использование антибактериальных препаратов привела к возникновению и распространению во всём мире лекарственно-устойчивых штаммов микробиоты различных таксономических групп. В результате чего проблема лекарственной устойчивости приобрела глобальный характер, о чем свидетельствует создание при ВОЗ отделения по мониторингу антибиотикорезистентности в различных странах, учитывая, что 75% назначений антибиотиков не обоснованы (ВОЗ, 2010). В эпоху растущей резистентности микробиоты к антибактериальным препаратам и селекции штаммов, продуцирующих β -лактамазы широкого спектра (БЛШС), необходимо точно знать спектр патогенов и их устойчивость к антибиотикам.

Список литературы:

1. Борисов, Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология / Л.Б. Борисов. – 4-е изд., испр. – М.: МИА, 2005. – 667-669 с.
2. Hooton TM. Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. N Engl J Med. 2012;366(11):1028–37.
3. Kahlmeter G, Poulsen HO. Antimicrobial susceptibility of Escherichia coli from community-acquired urinary tract infections in Europe: the ECO.SENS study revisited. Int J Antimicrob Agents. 2012;39(1):45–51.
4. Alzohairy M, Khadri H. Frequency and antibiotic susceptibility pattern of uro-pathogens isolated from community and hospital-acquired infections in Saudi Arabia-a prospective case study. Brit J Med Medical Res. 2011;1(2):45.

**БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОГО
ХЛАМИДИОЗА**

М.А. Алибекова - студента 323 гр. лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.С. Саидов

Урогенитальный хламидиоз является распространенным заболеванием, которое передается половым путем. По данным ВОЗ урогенитальный хламидиоз (УГХ) занимает ведущее место среди заболеваний, передаваемых половым путем.

Возбудителем УГХ является *S. trachomatis*, открытый в 1970 году С. Провачеком и Хальбершtedтером. В организме хламидии имеют две формы существования: внеклеточную- элементарное тельце(ЭТ) и внутриклеточную- ретикулярное тельце(РТ).

Для микробиологической диагностики УГХ наиболее широкое распространение получили бактериоскопический (микроскопический) метод, серологический(ИФА) , а также полимеразная цепная реакция(ПЦР).

Целью настоящего исследования было изучить диагностические возможности бактериоскопического метода при УГХ.

Материал и методы. Нами было исследовано с помощью прямого метода реакции иммунофлюоресценции 376 урологических пациентов, из них 48 пациентов с помощью микроскопии, препараты были окрашены по Романовскому-Гимзе. У пациентов соскоб из уретры брали стерильным ватным тампоном через 2 часа после мочеиспускания. Приготовленные мазки обрабатывали с использованием реактивов ХламиСкан (Лаб.диагностика , г. Москва).

Препараты микроскопировали с помощью люминисцентного микроскопа. Результат считается положительным если в мазке обнаруживают ярко-зеленое свечение в виде точки (ЭТ) или овала(РТ) в количестве не менее 10.

При микроскопии окрашенных по Романовскому-Гимзе препаратов учитывают наличие ЭТ, имеющих фиолетово-красный цвет и РТ имеющих сине-фиолетовый цвет. Включения четко располагаются вблизи ядра или в виде «шапочки».

Результаты исследования. Полученные результаты обследования с помощью РИФ представлены в таблице:

Таблица

Частота инфицированности *C. trachomatis* больных с урологической патологией (n=376)

Обследованные больные	Количество обследованных	Из них с положительным РИФ, в абс.	Из них с положительным РИФ, в %
С уретритами	52	81	32,1
С уретропростатитами	124	25	20,2
Всего:	376	106	28,2

Как видно из таблицы 32,1 % больных с уретритами и 20,2% больных с уретропростатитами имели положительную РИФ.

Следует отметить, что РИФ имеет достаточно высокую диагностическую ценность и позволяет выявить 60-70 % инфицированных. Преимуществом метода является его простота, быстрота исполнения и высокая специфичность.

Результаты микроскопии, окрашенных по Романовскому-Гимзе препаратов 48 пациентов, показали, что положительные результаты обнаружены у 8 пациентов- 16,6%.

Таким образом, полученные результаты показывают высокую диагностическую информативность прямого метода РИФ по сравнению с микроскопией, окрашенных по Романовскому-Гимзе препаратов.

Следует отметить, что у 2-х больных с УГХ отмечались боли в суставах и конъюнктивит, что не исключает возможность наличия у этих больных триады Рейтера.

Выводы:

1.Прямой метод РИФ имеет преимущество в диагностике УГХ по сравнению с оптической микроскопией, препараты которого окрашены по Романовскому-Гимзе.

2.Обследованные больные с уретритами имели положительный РИФ в большем проценте случаев, чем больные с уретропростатами. (32,1% против 20,2%)

3.Полученные результаты свидетельствуют, что в настоящее время урогенитальный хламидиоз является распространенной причиной негонококковых уретритов в РД.

ДИСФУНКЦИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ ПЕРВИЧНОМ АМЁБНОМ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЕ

В.А. Бубахаев, Р.М.Тутунова - студенты 1 курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.б.н., доцент С.А. Трунова

Актуальность: Первичный амёбный менингоэнцефалит – это смертельное инфекционное заболевание, вызываемое амёбой Неглерией Фоулера (*Naegleria fowleri*). Паразитарная инвазия происходит путём контакта с грязной водой или во время купания в пресных водоёмах. Вместе с током воды амёба через носовую полость проникает в обонятельный нерв и пробирается по нему в головной мозг.

В настоящее время неглериаз является малоизученным и смертельным заболеванием. Медикаментозное лечение помогает лишь в единичных случаях, вследствие этого основная масса больных умирает. Детальное изучение действия *N. fowleri* на организм поможет в формировании правильной и полной клинической картины.

Цель. На основе анализа данных современной научной литературы выявить симптоматику и патогенез амёбного менингоэнцефалита с целью определения особенностей течения болезни для своевременной диагностики и эффективного лечения.

Материалы и методы исследования. Были изучены материалы отечественных и зарубежных авторов, произведён синтез результатов исследований, анализ методологической базы профессиональной деятельности ученых и сбор информации в области медицинской паразитологии.

Результаты исследования. Исследование показало, что при неглериазе поражается Центральная нервная система, вследствие воспалительного процесса головного мозга. Паразит локализуется вокруг кровеносных сосудов, вызывая при этом кровотечение и некроз тканей серого и белого вещества. Активно размножаясь и поедая ткани мозга, эпителий сосудов, амеба выделяет особое белковое соединение, способное разрушить здоровые клетки. В ответ на это наблюдается активизация врождённой иммунной системы, которая отправляет в инфицированный орган огромное количество иммунных клеток, тем самым провоцируя отёк и воспалительные реакции. В исследовании доктора Абдулы Маннан Баига, из университета Ага Хан в Карачи, была установлена связь между, выделяемыми иммунными клетками, ферментами и скоростью отмирания головного мозга. Эксперимент показал, что отсутствие иммунного ответа увеличило жизнь клеток мозга на восемь часов. На основе этих данных группа исследователей установила, что смертельной для организма является не сама Неглерия, а активная иммунная реакция. Ещё одной патологией напрямую связанной со смертью является повышение внутричерепного давления и давления спинномозговой жидкости. Анализ ликвора показал отклонение в цвете, на ранних стадиях – от серого, на поздних – до красного из-за увеличения количества красных кровяных телец. На МРТ были выявлены аномалии во всех областях мозга, включая средний мозг и субарахноидальное пространство.

Первичный амёбный менингоэнцефалит является быстропрогрессирующим заболеванием, полная клиническая картина формируется в течение 5-ти дней. Смерть больного наступает на 1-18 сутки. Характерными симптомами является общая интоксикация организма: слабость, мигрень и сонливость. Наблюдается также лихорадка и тошнота с рвотой. По мере развития заболевания усиливается головная боль, появляются галлюцинации, эпилептические припадки, отмечается ригидность затылочных мышц, общие симптомы менингоэнцефалита, появляются признаки поражения черепно – мозговых нервов (инфицированный больной может потерять обоняние и зрение) – данные симптомы свидетельствуют о вовлечённости в патологический процесс Центральной нервной системы. Патогенез неглериаза также характеризуется осложнением болезни острым респираторным дистресс-синдромом, нарушением сердечного ритма, некрозом миокарда, дислокацией ствола мозга и неврологическим дефицитом, способным довести до коматозного состояния.

Выводы. Несмотря на то, что первичный амёбный менингоэнцефалит редко встречающаяся инфекция, она является крайне опасным и практически неизлечимым заболеванием. «Нанося удар» по центральной нервной системе, неглериаз приводит к дисфункции практически всего организма. У инфицированного больного наблюдается значительное повреждение тканей ЦНС, сбои в работе иммунной, пищеварительной,

дыхательной, кровеносной и других жизненно важных систем. Сочетание патогенности самой Н. Фоулера и иммунного ответа на её присутствие в организме приводит человека к смерти в кратчайшие сроки.

Список литературы.

1. Статья «Onliner» <https://tech.onliner.by/2018/10/25/naegleria-fowleri>
2. Федеральный АИФ Аргументы и факты «Чем опасно заражение одноклеточной амёбой Неглерия Фоулера?»
3. Медицинский справочник болезней (Инфекционное заболевание – Неглериаз) <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/naegleriasis>
4. Grace E, Asbill S, Virga K. Naegleria fowleri: pathogenesis, diagnosis, and treatment options. Antimicrob Agents Chemother. 2015 Nov;59(11):6677-81. doi: 10.1128/AAC.01293-15. Epub 2015 Aug 10. PMID: 26259797; PMCID: PMC4604384.
5. Journal “Acta tropica” Pathogenesis of amoebic encephalitis: Are the amoebae being credited to an ‘inside job’ done by the host immune response? <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X15001199>
6. Статья NoParasites «Неглерия Фоулера: распространение и ареал обитания, симптомы и лечение» Источник: <https://noparasites.ru/protozojnye-organizmy/negleriya-foulera.html>

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ И СЛЮНЫ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ

А.А. Будаг-заде - студент 5 курса 13 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.М. Саидова

В ряде регионов Российской Федерации, в т.ч. и Республике Дагестан сохраняется высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями. В РД в структуре инфекционной заболеваемости острые кишечные инфекции занимают 2-е место после острых респираторных инфекций [3]. Показатели заболеваемости шигеллезом на 100 тыс. населения в РД за последние годы от 50,1 до 83,0.

Шигеллезы характеризуются фекально-оральным механизмом заражения и первым барьером на пути проникновения шигелл в организм являются защитные механизмы желудочно-кишечного тракта и первую очередь полости рта. Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению клеточных и гуморальных механизмов иммунитета при шигеллезах, малоизученным остается роль клеточных механизмов врожденного иммунитета в местной защите полости рта при этой инфекции [1].

В связи с этим **целью** настоящего исследования было изучить состояние фагоцитарной активности организма и в т.ч. полости рта у больных шигеллезами.

Материал и методы исследования. Нами был исследован материал от 30 больных шигеллезами находившихся на стационарном лечении в РЦИБ. Бактериологическое исследование выявило у 22 (73,3%) из них *Sh. flexneri* и у 8 (26,7%) - *Sh. sonnei*. В качестве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых людей которые по возрастному составу не отличались от наблюдаемых больных шигеллезами. У обследованных больных шигеллезом и лиц контрольной группы определяли факторы врожденного иммунитета– фагоцитарная активность лейкоцитов (ФАЛ) и фагоцитарное число (ФЧ).

Результаты и обсуждение. Результаты определения фагоцитарной активности лейкоцитов крови и слюны у больных шигеллезами, представлена в табл. 1

Таблица 1

Фагоцитарная активность лейкоцитов крови и слюны у больных шигеллезами

Обследованные группы	п	Фагоцитарная активность лейкоцитов					
		30 мин		60 мин		120 мин	
		крови	слюны	крови	слюны	крови	слюны
Больные шигеллезами	30	82,4±1,8	87,6±1,7	85,9±1,7	89,3±1,7	84,2±1,7	86,7±1,7
Контрольная	20	76,9±2,1	96,6±2,7	80,5±2,1	82,6±2,3	78,8±1,9	80,8±2,3

Как видно из таблицы ФАЛ смешанной слюны у больных шигеллезами в процессе 2-х часового фагоцитоза не претерпевал существенных изменений и показатель колебался в пределах от 82,4±1,8 до 89,3±1,7 ($p>0,05$). Аналогичные изменения этого показателя отмечались также при исследовании ФАЛ крови.

Сравнительное изучение фагоцитоза у больных дизентерией и лиц контрольной группы в процессе 2-х часового фагоцитоза показал, что ФАЛ смешанной слюны и крови у больных бактериальной дизентерией был несколько выше, чем этот показатель у здоровых лиц, хотя статистически разница не достоверна. Статистически значимая разница получена лишь при 30 минутном фагоцитозе лейкоцитами слюны ($p<0,05$).

Изменения интенсивности фагоцитоза (ФЧ) лейкоцитами смешанной слюны и крови у больных дизентерией и лиц контрольной группы представлены в табл.2

Фагоцитарное число лейкоцитов крови и слюны у больных шигеллезами и лиц контрольной группы

Обследованные группы	n	Фагоцитарное число лейкоцитов					
		30 мин		60 мин		120 мин	
		крови	слюны	крови	слюны	крови	слюны
Больные шигеллезами	30	6,9±0,4	5,0±0,5	9,4±0,3	6,8±0,5	8,1±0,4	5,8±0,5
Контрольная	20	6,7±0,5 p>0,05	2,9±0,4 p<0,01	8,1±0,5 p<0,05	4,5±0,5 p<0,01	6,9±0,5 p<0,05	2,9±0,4 p<0,01

Как видно из таблицы фагоцитарное число при 2-х часовом фагоцитозе лейкоцитами слюны у больных с шигеллезами достоверно выше чем у лиц контрольной группы (5,0±0,5, 6,8±0,5 и 5,8±0,5 против 2,9±0,4, 4,5±0,5 и 2,9±0,4 (p<0,01).

Интенсивность фагоцитоза (ФЧ) лейкоцитами крови при 30-минутном фагоцитозе у больных дизентерией существенно не отличался от аналогичного показателя лиц контрольной группы. Статистические различия этого показателя у больных и лиц контрольной группы получены при 1-2 часовом фагоцитозе (p<0,05).

Корреляция показателей фагоцитоза лейкоцитов крови и слюны у больных шигеллезом и лиц контрольной группы свидетельствует о том, что оба лабораторных субстрата имеют одинаковую информативную ценность. Простота и безопасность получения материала позволяют рекомендовать лейкоциты слюны как альтернативный материал при иммунологических исследованиях.

Таким образом полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженных сдвигах в местном врожденном иммунитете полости рта при шигеллезах.

Выводы:

1. Интенсивность фагоцитоза лейкоцитов (ФЧ) слюны, а также крови при 1-2 часовом фагоцитозе у больных шигеллезом достоверно выше, чем аналогичные показатели у лиц контрольной группы.
2. Корреляция показателей фагоцитоза лейкоцитов крови и слюны у больных шигеллезом свидетельствует о возможности использования лейкоцитов слюны как альтернативного материала при иммунологических исследованиях.

Литература

1. Амирова Д.М. Состояние неспецифической резистентности и цитокинового статуса у больных острой бактериальной дизентерией, совершенствование терапии. //Автореф. дисс. канд. мед. наук. Махачкала, ДГМА, 2010, 23 с.

2. Саидова Б.М. Клинико-патогенетическая оценка неспецифической резистентности у больных бруцеллезом и диагностика ее нарушений. //Автореф. дисс. канд. мед.наук. Нальчик, 2005.
3. Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р., Зульпукарова Н.М.-Г., Даниялбекова З.М. Эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям в Республике Дагестан за 2011- 15 г.г. //Эпидемиология и инфекционные болезни, 2016, 21 (5), с.290-295.

**СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ**

П. А. Виролайнен – младший научный сотрудник

Лаборатория иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекции

ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера»,

Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.б.н., старший научный сотрудник Ю.В. Останкова

Актуальность. Общие пути передачи и механизмы заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусом гепатита В (ВГВ) определяют высокую частоту встречаемости их коинфекции. Согласно проведённым исследованиям, наиболее распространённой не связанной с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД) причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов являются вызываемые вирусными гепатитами заболевания печени. По данным Weber, 2006 смертность от вызванных ВГВ болезней у лиц с сочетанной ВИЧ+ВГВ-инфекцией в мире составила 16,9%. Коинфекция ВИЧ+ВГВ может приводить к увеличению встречаемости среди ВИЧ-инфицированных пациентов гепатотоксического эффекта при антиретровирусной терапии (АРТ). Кроме того, такая коинфекция приводит к ускорению развития фиброза печени, гепатоцеллюлярной карциномы и цирроза. Имеющиеся данные показывают, что ранняя диагностика коинфекции ВИЧ+ВГВ позволит привлечь внимание врачей на пациентов и скорректировать курс АРТ для нормализации их состояния и обеспечения эффективного лечения.

Цель исследования. Определить распространённость коинфекции ВИЧ+ВГВ на территории города Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2022 году.

Материалы и методы исследования. Образцы плазмы крови ВИЧ-инфицированных больных Санкт-Петербурга и Ленинградской области (n = 72), собранные в апреле 2022 года, были исследованы на присутствие серологических маркеров хронического гепатита В (ХГВ) (HBsAg, анти-HBcore, анти-HBsAg) с помощью коммерческих наборов «ДС-ИФА-HBsAg»,

«ДС-ИФА-АНТИ-HBsAg», «ДС-ИФА-АНТИ-HBc» (НПО «Диагностические системы», Россия), согласно инструкциям производителя. Анализ данных проводили с помощью критерия Пирсона.

Результаты исследования. Представленность мужчин и женщин составила 56,9% и 43,1% соответственно. По результатам ИФА серологические маркеры ХГВ были обнаружены у 41 (56,9%) из 72 пациентов. HBsAg выявлен у одного пациента, что составило 2,4% от выборки лиц с коинфекцией ВИЧ+ВГВ и 1,4% от всей группы ВИЧ-инфицированных больных. При оценке распространенности других серологических маркеров среди коинфицированных и ВИЧ-моноинфицированных пациентов было показано, что антитела к HBcore встречаются в 63,3% и 38,9% случаев, антитела анти-HBs – в 60,9% и 34,7% случаев, соответственно. В 29,3% и 16,7% случаев выявлены антитела к HBcore и анти-HBsAg одновременно. Наличие в крови пациентов сразу всех трёх серологических маркеров ХГВ не обнаружено. Среди ВГВ-позитивных лиц мужчины составили 63,4%, а женщины 36,6%. При анализе встречаемости маркеров ХГВ у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от пола показано, что заражение чаще происходит у мужчин (36,1%), чем у женщин (20,8%), однако достоверных различий не выявлено ($p=0,50$). Возраст в группе коинфицированных ВИЧ+ВГВ больных варьировал от 31 года до 72 лет. Мы произвели возрастное ранжирование пациентов в исследуемой группе: первая группа – от 31 года до 40 лет, вторая – 41–50 лет, третья – старше 51 года. В выделенных трёх возрастных группах ВИЧ+ВГВ-коинфицированных лиц распространённость маркеров HBsAg, анти-HBcore и анти-HBsAg составила, соответственно: 5,6%, 66,7% и 61,1% для первой группы, 0%, 81,3% и 43,8% для второй группы, 0%, 42,9% и 100% для третьей группы. Достоверных различий между группами не выявлено ($p=0,33$). Отсутствие достоверных различий в распределении серологических маркеров ХГВ между возрастными подгруппами может быть связано как с истинным сходством распределения, так и с ограниченным объёмом анализируемых выборок.

Выводы. Показана высокая распространённость маркеров ХГВ среди ВИЧ-инфицированных лиц СПб и ЛО. Не смотря на то, что HBsAg выявлен только в одном случае, мы не можем быть уверены в действительно низком распространении ВГВ-инфекции в группе из-за достаточно часто встречающейся оккультной формы течения гепатита В (окГВ), характеризующейся низким уровнем вирусной нагрузки в периферической крови и неопределяемым уровнем HBsAg в плазме крови при наличии ДНК ВГВ в гепатоцитах. В этом случае для диагностики используются высокочувствительные молекулярные методы выявления ДНК ВГВ.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.К. Камалов – ординатор 1 года обучения

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.А. Магомедова

Согласно расчетным данным ВОЗ, миллионы человек в мире инфицированы гепатотропными вирусами. Одной из наиболее актуальных проблем являются вирусные гепатиты, что связано с их большим распространением в мире и неблагоприятным исходом более чем у трети больных – развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

В Российской Федерации вирусные гепатиты сохраняют устойчивые позиции и характеризуются небольшим случаев острого гепатита, но высоким уровнем заболеваемости хроническим гепатитом.

Актуальность проблемы вирусных гепатитов в Республике Дагестан определяется рядом факторов. Это повсеместное распространение хронических форм вирусных гепатитов, значимая роль в формировании неблагоприятных исходов, частая регистрация среди лиц молодого возраста, и, кроме того, в эпидемиологическом плане достаточно большая группа лиц с хроническими вирусными гепатитами способствует инфекции в популяции.

Цель исследования. Анализ заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в Республике Дагестан за 2011- 2021 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ заболеваемости был проведен по медицинским картам стационарных больных ГБУ РД РЦИБ и СПИД, а также отчетным формам «Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости».

Результаты исследования. Заболеваемость острым гепатитом В в Республике за последние 10 лет остается на одинаковом уровне, но в 2021 году зарегистрировано 12 случаев острого ВГВ, что выше среднефедеративного показателя на 25,8% (рис.1).

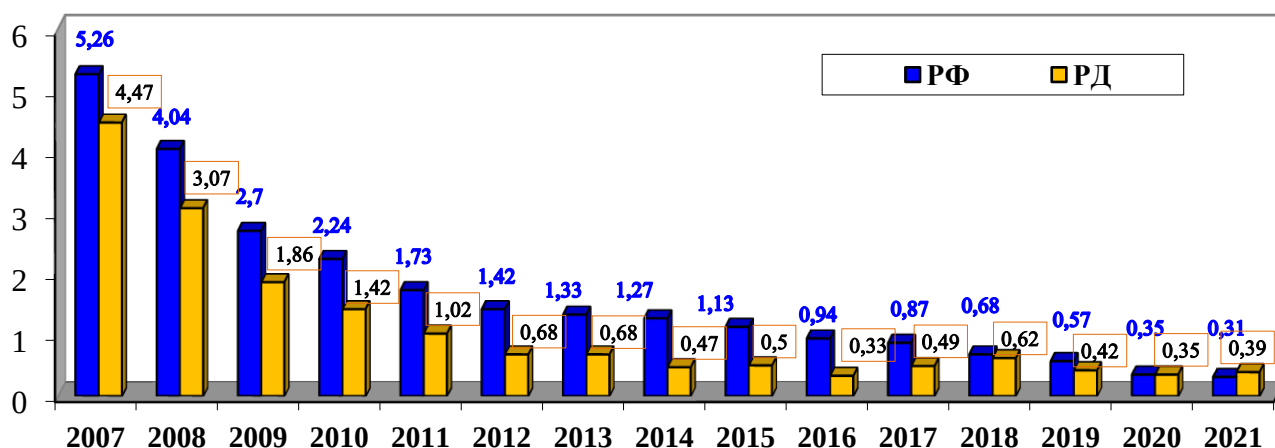


Рис. 1. Заболеваемость острым гепатитом В в РД и РФ

Эпидемиологическим исследованием определены вероятные пути заражения острым гепатитом В: парентеральный в 33,3%, не установлен механизм передачи в 66,7% случаев.

Заболеваемость острым гепатитом С увеличилась в 2 раза, так в 2021 году зарегистрировано 10 случаев заболевания, против 5 в 2020 году. Случаи заболевания у детей до 17 лет не зарегистрированы.

Заболеваемость хроническим гепатитом В в 2021 г. увеличилась на 33,5% (105 сл.), заболеваемость ниже показателя по РФ (рис.2). Среди детей до 17 лет случаи хронического гепатита В не зарегистрированы.

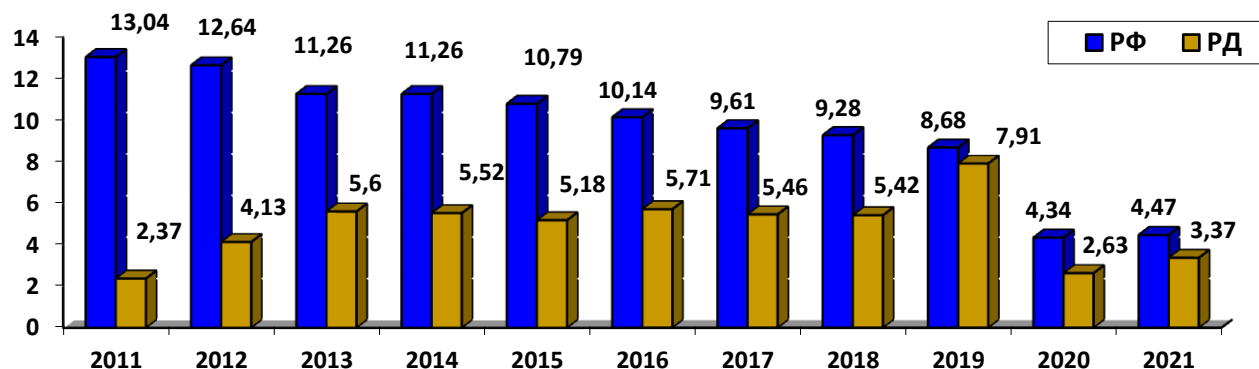


Рис. 2 Заболеваемость хроническим гепатитом В в РД и РФ

На диспансерном учете по поводу хронического гепатита В в РД на 1.01.2022 года состоит 2742 пациента, в том числе 31 детей. Из них доля больных, инфицированных вирусом гепатита Дельта составляет 9,9 %.

Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С, рост в 2021 г. на 4,3%, зарегистрировано 92 новых случаев заболевания, против 88 случаев в 2020 году. Уровень заболеваемости ниже средне федеративного уровня по РФ (рис. 3).

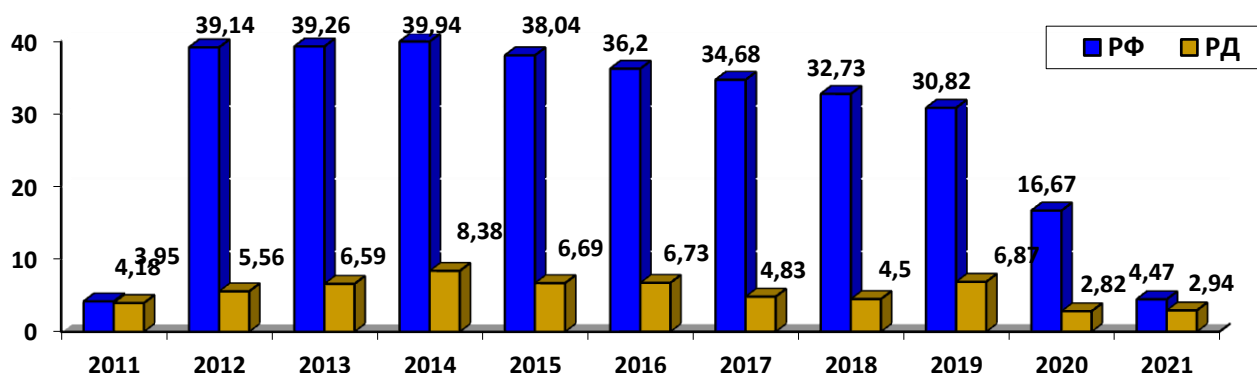


Рис. 3 Заболеваемость хроническим гепатитом С в РД и РФ

По-прежнему, высокая доля выявленных пациентов среди городского населения - 68,1%. На диспансерном учете по поводу хронического гепатита С в РД на 1.01.2022 года состоит 2864 больных, в том числе 21 детей.

В 2021 году во всех зарегистрированных очагах хронического гепатита В проводились противоэпидемические мероприятия. По всем случаям ХВГС проведено эпидемиологическое расследование и определен предполагаемый путь заражения: парентеральный путь - 46,5%, половой - 3,4%, контактно-бытовой (семейный) - 4,5% и в 45,4% случаях путь передачи не установлен.

Все контактные обследуются на носительство вируса гепатита В и С и проводится работа по максимальному охвату их профилактической прививкой против ВГВ. Всего контактных было 426 человек, из них подлежали иммунизации 408. Привиты против гепатита В 365 (85,6%), в том числе взрослые - 207 (56,7%) и дети-158 (43,2%). Не привиты 61 человек в очагах, в том числе по причине отказов 4,3%.

В 2021 году ГБУ РД «РЦИБ и СПИД» было развернуто 19 коек дневного стационара для лечения больных с ХВГ. Получили лечение противовирусными препаратами 51 пациент. Пролечено мавиретом - 15 пациента с ХВГС, Викайра Пак -15 пациентов с ХВГС, зепатиром -1 пациент с ХВГС, Совальди/Даклависаром-6 пациентов и эпклюдой 14 пациентов с ХВГС. Завершили лечение 48 пациентов с ХВГС со 100% эффективностью лечения и отрицательными результатами на вирусную нагрузку.

Выводы. Несмотря на проводимые мероприятия, заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами в Республике Дагестан остается высокой, и мероприятия по профилактике и лечению пациентов с ХВГ и активным выявлением больных на ранних стадиях заболевания остаются для республики крайне актуальными.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ
У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ И БЕЗ ПРИЕМА
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

П.М. Киясханова - ординатор 2 года обучения

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.А. Магомедова

Актуальность. ВИЧ инфекция представляет собой одну из наиболее актуальных и глобальных проблем современного здравоохранения. На сегодняшний день, благодаря прогрессу в области медицины, ВИЧ инфекция из разряда смертельных заболеваний перешла в разряд медленно прогрессирующих заболеваний, за счет применения антиретровирусной терапии (АРВТ). В настоящее время основной задачей АРВТ является продление качественной жизни ВИЧ-инфицированных и их эпидемиологическая безопасность [1,2,3]. Вместе с тем человечество столкнулось с параллельно протекающей

пандемией COVID-19, которое создает дополнительное бремя для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Наличие у ВИЧ-инфицированных пациентов выраженной иммуносупрессии, оппортунистических заболеваний и ряда других факторов могут отягощать течение COVID-19, так как оба вируса воздействуют на иммунную систему человека [4].

Цель исследования – провести сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей течения коронавирусной инфекции (COVID-19) у ВИЧ-инфицированных больных на фоне приема и без антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 21 пациента, госпитализированных в Республиканский центр инфекционных болезней и СПИД с основным диагнозом: Коронавирусная инфекция и сопутствующим диагнозом: ВИЧ-инфекция с мая по декабрь 2021 года. Все пациенты были разделены на 2 группы, в первую группу вошли 14 пациентов, получающих АРВТ до поступления в стационар, вторую группу составляют пациенты ранее не осведомленные о иммунодефицитном статусе и не принимающие терапию. Диагноз COVID был установлен методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), выделением РНК SARS-Cov-2 из носоглоточных мазков у 17 пациентов (81%). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программ Биостат 10 и Microsoft Office Excel, включала определение среднеарифметической величины, ее средней ошибки и долевых значений. Сравнение результатов лабораторно-инструментальных данных пациентов проводилось с использованием Т-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе анализируемых пациентов было 13 мужчин (62%) и 8 женщин (38%). Средний возраст пациентов составлял $38,6 \pm 7,7$ лет. Длительность инфицирования ВИЧ-инфекцией у исследуемых больных составила $7,3 \pm 3,2$ года. За амбулаторной помощью обращались 16 пациентов (76%), 5 пациентов (24%) проводили лечение самостоятельно. Пациенты были госпитализированы в стационар на 5-12 день болезни. При поступлении состояние оценено как тяжелое у 71% больных (15), у 6 пациентов (29%) состояние расценено как среднетяжелое. Средняя продолжительность койко-дней составила $15,7 \pm 10,5$ дней. В удовлетворительном состоянии выписано 15 (71,4%) пациентов, без положительной динамики 3 (14,3%) в 3 случаях (14,3%) летальный исход. У 20 пациентов ВИЧ-инфекция имела в стадии вторичных заболеваний (4Б,4В стадия) (95%), у 1 (5%) - 3 (бессимптомная) стадия. Пневмония, связанная с COVID-19, была выявлена у 10 (48%) пациентов, из них 9 имели стадию ВИЧ-инфекции 4В. В результате обследования вовремя стационарного лечения в ковидном госпитале РЦИБ у исследуемых ВИЧ-инфицированных больных были диагностированы оппортунистические заболевания: орофарингеальный кандидоз у 16 пациентов (76,2%), менингоэнцефалит, энцефалит

токсоплазменной этиологии у 3 (14,2%), пневмоцистная пневмония у 5 (23,8%), саркома Капоши у 1 пациента (4,8%). Пациенты имели тяжелый коморбидный фон: хронический вирусный гепатит С у 3 пациентов (14,2%), из них у 1(5%)– в стадии цирроза, класс С по Чайлд – Пью, хронический вирусный гепатит В у 2 пациентов (9,5%), один из которых имел гепатит В+Д. Заболевание сердечно-сосудистой системы диагностировано у 4 пациентов (19%), из которых острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе перенес 1 пациент (5%). У 2 пациентов (9,5%) выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта (эрозивный гастрит, панкреатит). Дерматологические заболевания (псориаз, экзема) выявлены у 3 пациентов (14,2%). Сахарный диабет 2 типа имел место у 2 пациентов (9,5%). Объективные показатели состояния пациентов при поступлении и в день выписке отражены в таблице 1.

Таблица 1

Симп- томы	При поступлении N=14	При выписке N=14	P	При поступлении N=7	При выписке N=7	P
	На фоне приема АРВТ			Без приема АРВТ		
ЧДД	23,6 ± 3,2	19,5 ± 0,95	0,004	23,8 ± 3,1	20,2 ± 1,6	0,028
ЧСС	84,2 ± 9,5	69,6 ± 5,9	0,006	87,7 ± 14,4	80,1 ± 10,7	0,224
SpO ₂	91,6 ± 4,0	96,5 ± 1,0	0,003	90,7 ± 3,2	93,1 ± 1,78	0,067

При сравнении объективных показателей пациентов при поступлении и при выписке по ЧДД, ЧСС, уровня оксигенации наблюдается достоверная положительная динамика у пациентов, начавших АРВТ задолго до поступления. При сравнении показателей общего анализа крови при поступлении и при выписке наблюдается достоверная положительная динамика по всем параметрам у пациентов на фоне приема АРВТ: рост уровня лимфоцитов по сравнению с лимфопенией при поступлении, уровня тромбоцитов, снижение СОЭ, повышение уровня гемоглобина. У пациентов с ВИЧ-инфекцией, без приема АРВТ отмечается положительная динамика по снижению уровня СОЭ, незначительном росте гемоглобина. При сравнении уровня печеночных ферментов, у группы пациентов, принимающих АРВТ, наблюдается достоверный рост, что возможно является побочным эффектом лекарственных препаратов. В первой группе пациентов наблюдается достоверное повышение уровня альбумина, в группе сравнения такой динамики не отмечается. Достоверное снижение, по сравнению с днем госпитализации, уровня СРБ, ЛДГ наблюдается в обеих сравниваемых группах пациентов. При оценке коагулограммы в динамике наблюдается достоверное снижение уровня Д-димера, повышение уровня ПТИ,

обусловленное применением антикоагулянтной терапии в обеих группах пациентов. Иммунограмму больным сдавали однократно, при поступлении.

Параметр	На фоне приема АРВТ (N=14)	Без приема АРВТ (N=7)
CD4/CD3	618 ± 551,9	332 ± 367,5
CD8/CD3	985,3 ± 503,5	435 ± 444,8
CD3	974,4 ± 596,6	802,5 ± 348,6
CD4/CD8	0,21 ± 0,16	0,13 ± 0,08

Иммунограмма пациентов, принимающих АРВТ, имеет более улучшенные показатели, чем пациенты без терапии.

Вывод. Пациенты с ВИЧ-инфекцией и COVID-19, принимающие АРВТ, имеют положительную динамику по всем клинико-лабораторным показателям, благоприятное течение коронавирусной инфекции. Все пациенты на фоне приема АРВТ и терапии по поводу COVID-19 были выписаны из стационара с достигнутым клиническим эффектом.

Литература.

1. Ющук Н.Д., Вергеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство //: ГЭОТАР-Медиа. 2019. 708 с.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации //: ГЭОТАР-Медиа. 2019. 192 с.
3. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции // 2010. 648 с.
4. Shiau S., Krause K.D., Valera P., Swaminathan S., Halkitis P.N. The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective // AIDS Behav. 2020. Vol. 24(8). P. 2244-2249

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ COVID-19

Г.М. Магомедова - студентка 5 курса лечебного факультета

НИИ экологической медицины

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.Г. Атаев

Актуальность. По данным ряда авторов, помимо нарушения функции респираторной системы, у трети (30%-35%) больных COVID-19 выявляются признаки поражения нервной системы [Баклаушев В.П., 2020, Гусев Е.И., 2020, Li X., 2020, Niazkar H.R., 2020].

В настоящее время предложено несколько возможных механизмов поражения нервной системы при COVID-19. Экспериментальные исследования с использованием трансгенных мышей показали, что SARS-CoV или MERS при интраназальном введении

могут проникать в ЦНС, возможно, через обонятельные нервы, а затем быстро распространяться в некоторые специфические области мозга, включая таламус и ствол [Li K, 2016]. Существует мнение, что вирус SARS-CoV-2 может проникать в мозг через обонятельный тракт на ранних стадиях инфекции, вызывая воспаление и демиелинизацию [Bohmwald K., 2018].

Некоторые авторы в качестве доказательства нейротропности вируса рассматривают высокую частоту обонятельной и вкусовой дисфункций при COVID-19 [Giacomelli A., et al. 2020].

Считаем целесообразным оценить частоту поражения нервной системы у больных COVID-19 в дагестанской популяции.

Цель: изучение коморбидности COVID-19 с неврологическими заболеваниями.

Материал и методы. В данной работе проанализированы данные из историй болезни 1124 больных COVID-19, госпитализированных в городских клинических больницах в 2020-2021 годах. Больные распределены на две группы: основная группа из 95 больных имели сопутствующие болезни нервной системы, контрольная группа из 1029 пациентов без этих заболеваний.

Результаты. 8.5% больных COVID-19 имели коморбидные болезни нервной системы. В основной группе на долю энцефалопатий приходилось 34,7% случаев, цереброваскулярных болезней - 17,9%. Среди умерших больных в основной группе частота выявления паркинсонизма составляла 7,7% (табл.).

Таблица

Частота выявляемости болезней нервной системы у больных COVID-19

Болезни НС	Умерли	Выписаны	Все
Энцефалопатия	34,6	35,3	34,7
Паркинсонизм	7,7	0,0	6,3
Эпилепсия	5,1	5,9	5,3
Цереброваскулярная болезнь	19,2	11,8	17,9
Полинейропатия	2,6	11,8	4,2
Другие болезни НС	30,8	35,3	31,6

Течение COVID-19 у 97% больных в основной группе осложнялось дыхательной недостаточностью, острым респираторным дистресс-синдромом, а в контрольной группе у 67% пациентов ($P=0,023$). В структуре осложнений на долю дыхательной недостаточности приходилось 58%, при этом в основной группе показатель доходил до 79,5% среди умерших, а в контрольной группе составлял 64,7% ($P=0,176$). Следует отметить, что в основной группе у 1,5% больных заболевание осложнилось цитокиновым штормом.

Больные COVID-19 чаще всего жаловались на высокую температуру (70,5%) и общую слабость (64,9%), кашель (64,9%) и одышку (61,1%), а также на снижение аппетита (21,4%) и выделение мокроты (14,1%). Среди выписанных общая слабость отмечалась достоверно чаще, чем у умерших (94,1% и 64,1% соответственно, $P=0,022$). Выписанные пациенты чаще жаловались на лихорадку, чем умершие (94,1% и 66,7% соответственно, $P=0,067$). В контрольной группе также наблюдалось превалирование общей слабости и лихорадки в подгруппе выживших, по сравнению с умершими.

Обсуждение. Неврологическая симптоматика была выявлена у 36,4% пациентов с COVID-19 в китайской популяции [Мао L., 2020]. По нашим данным, сопутствующие неврологические патологии наблюдались у 8,5% больных COVID-19. У больных COVID-19 заболевания нервной системы выявляются нечасто и влияют на исход лечения в условиях стационара. По нашим данным, больные COVID-19 чаще всего жаловались на высокую температуру и слабость. Следует отметить, что интоксикационный синдром с лихорадкой является критерием благоприятного исхода COVID-19.

По результатам исследования китайских авторов, наиболее частыми в начале заболевания были следующие жалобы: повышение температуры тела – 61,7%, сухой кашель – 50%, снижение аппетита – 31,8% [Мао L., 2022]. Анкетирование показало следующие нарушения: слабость 216 (80%), потеря обоняния 181 (67%), головная боль 125 (46,3%), нарушение сна 111 (41,1%), снижение настроения 100 (37%), заторможенность 92 (34,1%), чувство тревоги 84 (31,1%) [Звегинцева А.А., 2021].

Вывод: По нашим данным выяснено, что повышение температуры служит важным критерием благоприятного исхода COVID-19.

Литература

1. Звегинцева А. А., Бурашникова И. С., Семенихин Д. Г., Максимов М. Л. Неврологические аспекты COVID-19. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(1S):1-118. doi:10.15829/1728-8800-2021-1S.
2. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol. 2020;77(6):1–9. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
3. Баклаушев В.П., Кулемзин С.В., Горчаков А.А. и соавт. COVID-19. Этиология, патогенез, диагноз и лечение // Клиническая практика. 2020. Т. 11, № 1. С. 7-20.
4. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. и соавт. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 6. С. 7-16.

5. Li X., Geng M., Peng Y. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19 // J. Pharmaceut. Analysis. 2020. Vol. 10. P. 102-108.
6. Niazkar H.R., Zibae B., Nasimi Q., Bahri N. The neurological manifestations of COVID-19: a review article // Neurol. Sci. 2020.
7. Li K, et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Causes Multiple Organ Damage and Lethal Disease in Mice Transgenic for Human Dipeptidyl Peptidase. J Infect Dis.- 2016. – Vol.213 – p. 712-722.
8. Bohmwald K., et al. Neurologic alterations due to respiratory virus infections/ Front. Cell. Neurosci. – 2018. - Vol. 12 – p. 386
9. 7. Giacomelli A., et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC32215618> (дата обращения: 11.05.2020).

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩИМ КОРСЕТОМ ПО ТИПУ ШЕНО

А.М. Магарамов – ассистент кафедры,

Л.А. Атаева – студентка 611 группы лечебного факультета,

К.А. Исмаилова – студентка 530 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Р. Атаев

Актуальность. Сколиоз занимает одно из доминирующих патологий опорно-двигательного аппарата во всем мире. Несмотря на диспансеризацию больных среди детского и юношеского возраста ортопедическая патология позвоночника является до конца не изученной и требующая особого внимания и лечения. Выбором тактики лечения того или иного типа сколиоза является важным компонентом в судьбе дальнейшего процесса прогрессирования или положительной динамики от лечения среди детского и юношеского возраста.

Цель. Изучить варианты течения врожденного, приобретенного (идиопатического) и нервно-мышечного сколиоза в возрасте от 6 до 16 лет в Республики Дагестан.

Материал и метод исследования. Проведён анализ пациентов с начала 2020 года. с диагнозом врожденный, приобретенный (идиопатический) и нервно-мышечный сколиоз (Q76.3; M41.1; M41.4).

Результаты исследования. Всего за период с 2020 по 2022 год было обследовано и пролечено 127 пациентов с различными видами сколиоза. Пациенты с врожденными аномалиями позвонков (врожденный сколиоз) – 2 (1,6%), с приобретенным (идиопатическим) сколиозом – 122 (96%) и нервно-мышечным сколиозом – 3 (2,3%) в том числе с наиболее выраженной патологией нервно-мышечной системой составило 50%.

Под нашим наблюдением находятся 127 пациентов в возрасте от 3 до 24 лет, из них мужского пола - 32 (25,2%), а женского - 95 (74,8%). Возраст пациентов с врожденными аномалиями позвонков (врожденный сколиоз) составило 10-11 лет, приобретенный (идиопатический) сколиоз 9-16 лет и нервно мышечным сколиозом 3-13 лет.

Консервативному лечению функционально-корректирующим корсетом подверглись пациенты с II и III степенью сколиоза. Для измерения градусов отклонения позвоночника от оси использовался метод Кобба. Наблюдению и непосредственному лечению были выбраны пациенты с деформацией позвоночника от 18 до 52 градусов. Из общего количества

пациентов с С-образным сколиозом составило 31 (24,4%) из них с редким высоким сколиозом шейно-грудного отдела 2 (1,5%), а с S – образным сколиозом 96 (75,5%).

По отношению к этим трем видам сколиоза, которые находятся под нашим наблюдением положительная динамика наблюдается у пациентов с II и начальной III степенью сколиоза. Важная роль в лечении приходится на возраст пациентов, как правило существенной коррекции деформации позвоночника наиболее склоны пациенты от 6 до 11 лет. Не неотъемлемую часть в диагностике сколиоза служит рентген исследование, что позволяет нам не только вычислить степень сколиоза, но и проанализировать степень остановки роста скелета основываясь на тест Риссера. Исходя их данных наблюдений, нами было выявлено, что наиболее благоприятный период начала лечения сколиоза приходится на тест Риссера I,II.

Консервативное лечение у наших больных заключается в изготовлении по 3D технологии и моделировании корсета индивидуально для пациента, учитывая его патологию и степень деформации. Изготовление корсета Шено выполняется из термопластичного, гипоаллергенного материала. В течение года корсет подвергался коррекции учитывая изменения антропометрических данных пациентов. В коррекцию входило добавление пелотов для увеличения корригирующей нагрузки на пораженный участок позвоночника с целью устранения деформации.

Всего из 127 пациентов с приобретенным (идиопатическим) сколиозом положительную динамику удалось наблюдать у 121 пациента. Изменение в качестве уменьшения градусов деформации на рентген контроле в корсете через 6 месяцев в среднем от 8 до 21 градуса. Отказались полностью от ношения корсета спустя 1-2 месяца после ношения 2-е пациентов, ссылаясь на дискомфорт при ношении – сколиоз у них продолжает прогрессировать. У одной пациентки с высоким С-образным шейно-грудным сколиозом наблюдается слабopоложительная динамика, в связи с анатомическими сложностями расположении деформации. На данный момент корсет подвергается регулярной коррекции.

С врожденным сколиозом (аномалия развития позвонков) -2 пациентки, на данный момент наблюдаются. Пациенты с нервно-мышечным сколиозом 3, из них 2-е с явно выраженной патологией нервно-мышечной системы (детский церебральный паралич). Исходные данные деформации сколиоза составляли от 43 до 52 градусов по Коббу. Удалось достичь уменьшения от 16 до 19 градусов путем ношения функционально-корригирующего корсета с плановой коррекцией. Функционально-корригирующие корсеты в последних двух случаях, служат вспомогательным устройством для адаптации и вертикализации верхнего отдела туловища в положении сидя у пациентов с ДЦП. Все функционально-корригирующие

корсеты подвержены замене через определенное время, в связи с изменением антропометрических данных пациентов до завершения роста скелета, тест Риссера V.

Выводы.

1. Наиболее оптимальным и результативным консервативным методом лечения сколиоза II-III степени в детском и юношеском возрасте является ношение функционально-корректирующего корсета при рентгенологическом тесте Риссера I,II.

2. Применение в консервативном лечении функционально-корректирующего корсета снижает не только вероятность прогрессирования сколиоза, но и уменьшение рентгенологической и клинической деформации позвоночного столба.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНОФАРИНГИТОВ

Н.К. Беркиханова — студент 412 гр. лечебного факультета

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель — д.м.н. Ю.А. Джамалудинов

Актуальность исследования. Субатрофические и атрофические изменения слизистой верхних дыхательных путей, является одной из превалирующей патологией рабочих занятых производством штапельной стеклянной ваты.

Цель исследования. Изучить влияние тминного масла на дистрофические изменения слизистой глотки.

Материалы и методы исследования. Нами для лечения 46 больных атрофическим ринофарингитом, использовано тминное масло. Возраст больных от 25 до 50 лет, в том числе 38 женщин и 8 мужчин. Все больные ежедневно в течении 10 дней получали орошение слизистой оболочки полости носа и глотки физиологическим раствором, затем в обе половины полости носа вводились ватные тампоны, обильно пропитанные тминным маслом, при горизонтальном положении больного на кушетке с запрокинутой головой.

Результаты исследования. Под влиянием местного применения тминного масла у большинства больных (42 чел.) при ринофарингоскопии отмечалось увлажнение, нормализация цвета слизистой оболочки полости носа и глотки. Нормализовались основные защитно-приспособительные механизмы слизистой оболочки полости носа: повышалась температура слизистой, усиливалась двигательная способность мерцательного эпителия, нормализовалась концентрация водородных ионов секрета слизистой оболочки полости носа. Эффект отсутствовал у 4 больных.

Выводы. Высокий терапевтический эффект (91,3% улучшений) сочетанного поэтапного применения физиологического раствора и тминного масла на дистрофические изменения слизистой глотки, простота и доступность препаратов позволяет рекомендовать данный способ в широкой амбулаторной практике.

РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО – МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
Э.И. Шихвеледов — студент 623 группы лечебного факультета
Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель — д.м.н. Ю.А. Джамалудинов

Актуальность исследования. Прогресс реаниматологии привел к значительному расширению показаний к трахеостомии, которая вышла из узкой сферы срочной ларингологии. Если раньше трахеостомия применялась исключительно при ларинго-трахеальных обструкциях, то в последние годы она используется при самых различных формах дыхательной недостаточности или с целью реанимации, открывая возможности активного воздействия на газообмен.

Наряду с классическими показаниями к операции — непроходимостью в верхних отделах дыхательного тракта различной этиологии, трахеостомия заняла прочное место в медицинской практике при лечении дыхательной недостаточности, вызванной тяжелой травмой черепа.

У больных в коматозном состоянии вследствие угнетения кашлевого рефлекса, гипотонии мышц языка, глотки, гортани, возможно затекание в трахеобронхиальное дерево содержимого носоглотки и полости рта с развитием тяжелой дыхательной недостаточности, которая усугубляется при затекании в трахею желудочного содержимого. Для профилактики этих осложнений у больных с черепно-мозговой травмой нами накладывалась трахеостома.

Цель исследования. Изучить влияние ранней трахеостомии на клиническое течение черепно-мозговых травм.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 37 больных с острой черепно-мозговой травмой, которым производилась ранняя трахеостомия.

Возраст больных от 14 до 75 лет (24 мужчин и 13 женщин). Трахеостомия производилась при безуспешности санации трахеобронхиального дерева через назо-трахеальную интубационную трубку в течении 1-2 суток. Операция производилась с сохранением интубационной трубки для подачи газо-наркотической смеси или только кислорода. Кроме того, она являлась фиксатором трахеи по средней линии во время хирургического вмешательства. Операция, произведенная с предварительной интубацией, позволяет оперировать в спокойной обстановке, что исключает характерные для срочной трахеостомии осложнения.

Учитывая, что трахеостома выключает из акта дыхания верхний отдел дыхательных путей с механизмами очистки, согревания, увлажнения и обеззараживания вдыхаемого воздуха, в послеоперационном периоде нами с целью профилактики фиброзно-язвенного

трахеобронхита и пневмонии местно применялись антисептики по антибиотикограмме. В основном эндобронхит вызывается синегнойной палочкой, реже дрожжеподобными грибами в ассоциации с микробной флорой, что осложняло клиническое течение черепно-мозговой травмы.

Учитывая характер микрофлоры для санации дыхательных путей нами, применялись 0,5-1% раствор Диоксидина, эктерицид, 1% раствор Йодиола, 1% спиртовой раствор хлорофилипта в разведении 1:100 с изотоническим раствором или водой для инъекции и амфотерицина В на 0,5% растворе глюкозы. Все антисептики сочетались с ферментными препаратами и при санации применялась методика Лаважа.

Выводы. На основании вышеизложенного мы пришли к выводу, что лечение расстройств дыхания при черепно-мозговой травме с помощью операции трахеостомии следует расценивать не только как реанимационное мероприятие, но и как одну из необходимых лечебных мер в профилактике и лечении отека мозга. Однако, необходимо помнить, что трахеостомия без строгих показаний может привести к ухудшению легочной вентиляции, так как она исключает возможность самостоятельного откашливания мокроты и ведет к развитию острого трахеобронхита. С другой стороны трахеостомия, произведенная слишком поздно не может ликвидировать необратимых повреждений внутренних органов, развивающихся в результате гипоксии. В этом случае наступает летальный исход, несмотря на трахеостомию и налаженную адекватную вентиляцию легких.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИСТОПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Н.К. Иминова – студентка 211 гр. лечебного факультета

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Г. Гаджимирзаева

Актуальность. На сегодняшний день аллергические заболевания находятся на втором месте в мире по частоте встречаемости среди неинфекционных заболеваний. Аллергическое воспаление слизистой оболочки придаточных пазух носа нередко сопровождается образованием кистоподобных образований или так называемых ложных кист. Среди всех околоносовых пазух в подавляющем большинстве случаев обнаруживаются ложные кисты в верхнечелюстных пазухах, причем локализовываться они могут в любом отделе пазухи.

В современных условиях приоритетным методом лечения кистоподобных образований продолжает оставаться хирургический, однако приоритетными являются щадящие варианты с использованием эндоскопической технологии.

Во второй половине XX века стали проводиться исследования по консервативному лечению кистоподобных образований гайморовых пазух, и собранные факты свидетельствовали о хорошем лечебном эффекте используемых антигистаминных препаратов.

В XXI веке спектр применяемых препаратов для проведения гипосенсибилизирующей терапии аллергического воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей значительно расширился, стали также применяться препараты с антиоксидантным действием. Благодаря новейшим исследованиям в патогенезе аллергического воспаления стало придаваться большое значение наряду с аллергическим фактором так называемому «оксидативному стрессу», возникающему в результате нарушения в системе оксиданты-антиоксиданты.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения аллергических риносинуситов с доказанными кистоподобными образованиями в гайморовых пазухах препаратами антигистаминного и антиоксидантного действия.

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 100 историй болезни и амбулаторных карточек пациентов, находившихся на лечении в оториноларингологическом и аллергологическом отделениях РКБ и РКП МЗ РД. В исследование были включены пациенты в возрасте от 17 до 45 лет (из них- 65% женщин) с диагнозом «Аллергический риносинусит» (АРС). При аллергологическом обследовании этих больных была выявлена пылевая и смешанная формы круглогодичной формы АРС. Для фиксации наличия и оценки результатов лечения кистоподобных образований в гайморовых пазухах были использованы классическая рентгенография и КТ-исследования околоносовых пазух.

Тени ложных кист были идентифицированы на снимках у 31 (31%) больных. Причем у 12 из них были констатированы кистоподобные образования в обеих гайморовых пазухах.

В анамнезе у всех пациентов отмечались жалобы на заложенность носа (постоянную или периодическую), чихание, зуд кончика носа, прозрачные водянистые выделения из носа, зуд в полости носа и глотке, головные боли и быструю утомляемость.

Результаты исследования. Все пациенты получали комбинацию препаратов антигистаминного действия – Кестин и антиоксидантного действия – Мексидол. Препарат Мексидол также обладает мембраностабилизирующим действием, что имеет немаловажное значение в комплексном лечении аллергического воспаления слизистой оболочки ОНП. Его назначали по 1,0 мл 2 раза в день в/м в течение 30 дней. Кестин назначали по 20 мг в таблетках 1 раз в день также в течение 30 дней.

Комбинированное лечение АРС с кистоподобными образованиями привело к заметному улучшению самочувствия больных. Носовое дыхание улучшалось, ринорея и чихание прекращались.

После завершения курса лечения всем пациентам были выполнены контрольные рентгенологические или КТ-снимки ОНП. Сравнение с данными первичного обследования показало, что у 12 (38,7%) больных из 31 на снимках отсутствовали тени кистоподобных образований и практически полностью восстановилась пневматизация гайморовых пазух, в 8 (25,8%) наблюдениях «ложные кисты» полностью исчезали, однако выявилось пристеночное утолщение слизистой оболочки гайморовой пазухи, в 6 (19,3%) случаях уменьшились в объеме и деформировались, потеряв шарообразную форму. У 5 (16,1%) больных теней ложных кист не обнаружилось, но сохранилось неомогенное затемнение пазух по типу «завуалированности».

Выводы. Полученные благоприятные результаты лечения аллергического риносинусита с кистоподобными образованиями с использованием препаратов кестина и мексидола четко выявляемые на контрольных рентген и КТ-снимках позволяют рекомендовать данный вариант лечения для практического здравоохранения как эффективный, патогенетически обоснованный способ лечения, улучшающий качество жизни данной категории пациентов и являющийся с большой степенью вероятности как альтернативный хирургическому способу лечения.

ТРАВМЫ ЛОР-ОРГАНОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-КЛИНИКИ РКБ

С.З. Яхьяев — студент 402 гр. лечебного факультета

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель — к.м.н. П.Ю. Джамалудинова

Наблюдаемый в 21 веке рост травматизма связан с изменением социальных условий жизни, поведенческих стереотипов, с урбанизацией, повышением интенсивности дорожного движения и криминализацией общества.

К наиболее распространенным травмам ЛОР-органов относятся: механические повреждения носа и его околоносовых пазух, повреждения глотки и гортани, повреждения уха. Чаще всего эти повреждения возникают в результате удара и сопровождаются переломами кости и хрящей носа, гортани, кровотечением, отеками.

Цель исследования. Изучение распространенности изолированных и сочетанных повреждений ЛОР-органов по данным ЛОР-клиники РКБ.

Материалы и методы исследования. За период с 2018 г. по 2020 г. через ЛОР отделение РКБ прошло 291 больной с травмами верхних дыхательных путей и уха, в том числе носа и придаточных пазух носа - 238 (81,8%), уха — 47 (16,1%) и шеи — 6 (2,1%). Из них в ЛОР отделение было госпитализировано 168 (57,7%) пациентов, остальные при наличии сочетанных травм после оказания специализированной ЛОР помощи направлялись на дальнейшее лечение в отделение нейрохирургии, травматологии и хирургии, а часть больных с легкими травмами отпускали на амбулаторное лечение.

Результаты исследования. Существенных колебаний количество пострадавших по месяцам года не выявлено. По времени суток основное количество происшествий приходится на период с 8 утра до 24 ночи с пиком с 15 до 21 часа (57% пострадавших). 78 % травмированных составили лица мужского пола и 22% - женского пола.

По возрасту, пострадавшие распределились так: 83% были в возрасте 18- 60 лет, 14% старше 60 лет и 3% моложе 18 лет.

По профессии: 51% - рабочие, 19% - служащие, 10% - пенсионеры и 20% - учащиеся.

Только 73% пострадавших с места происшествия были доставлены в отделение санитарным транспортом, остальные поступили самотеком.

Выводы. Следует отметить тенденцию к увеличению частоты тяжелых огнестрельных ранений ЛОР-органов. Так только за последние 2 года в отделение поступило 10 пациентов с огнестрельными ранениями, причем всем им угрожали жизнеопасные осложнения.

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ – ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Г.А. Мурачуев – студент 4 курса педиатрического факультета

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор С.А.Алиев, д.м.н., профессор М.З.Саидов

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является «мастодонтом» в структуре заболевания/смертность от ЗНО. Даже при том факте, что в последнее время идет пропаганда и агитация скрининга и профилактики, в которых используются новейшие технологии и

методы исследования, к онкологу люди обращаются уж с онкопатологией, это может быть, как первичная, так и диссеминированная опухоль. Одной из причин сложности является гетерогенность РМЖ – наличие разных подтипов РМЖ.

К примеру рецидивная опухоль и/или метастазы могут значительно отличаться по строению от первичной аденокарциномы и карциномы, т.к. имеют разную степень экспрессии, что требует повторного ИГХ анализа для определения тактики лечения.

Цель. Оценить роль молекулярной таксономии РМЖ и скрининговых обследований в структуре заболевания.

Материал и методы исследования. В исследовании были проанализированы данные 110 больных раком молочной железы, прошедшие лечение в ГБУ РД РОЦ с 2018 по 2022 год.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили результаты ИГХ

В настоящее время известны следующие подтипы рака молочной железы:

Люминальный А - РЭ+ РП+ HER2- Ki-67 низкий

Люминальный - РЭ+ РП+/- HER2+/- Ki-67 высокий/любой

Трижды-негативный – РЭ- РП- HER2-

HER2 – позитивный – РЭ- РП- HER2+

Принадлежность больных к разным биологическим подтипам:

Люминальный А – 42 больных раком молочной железы (39%)

Люминальный В – 39 больных раком молочной железы (35%)

Трижды-негативный – 22 больных раком молочной железы (20%)

HER2 – позитивный (не люминальный) – 7 больных раком молочной железы (6%)

Также был проведен анализ скрининговой программы на основе проведенных операций у 220 больных с 2020 по 2022 год в ГБУ РД РОЦ для оценки результата эффективности скрининга.

Результаты исследования. В результате исследования 110 больных раком молочной железы методом анализа было выявлено что каждый подтип характеризуются по-разному: 1) Люминальный А: эффективна ГТ и благоприятный прогноз 2) Люминальный В: прогноз благоприятный/неблагоприятный, эффективно применение таксанов и антрациклинов+ГТ+Анти-HER2-терапия 3) Трижды-негативный: неблагоприятный прогноз, относительно высокая чувствительность опухоли к химиотерапии, ингибиторам ангиогенеза, быстрым развитием химиорезистентности, иногда отсутствие эффекта после применения таргетных препаратов, при данной форме требуется проведение агрессивного лечения

4) HER2 позитивный: неблагоприятный прогноз, эффективно применение таксанов и антрациклинов+Анти HER2 терапия, при данной форме требуется проведение агрессивного лечения.

Подтипы различаются и по метастазированию:

Люминальный А: Кости и при это неагрессивное течение

Люминальный В: Кости и висцеральные органы

Трижды-негативный: Мультиорганное поражение

HER2 позитивный: Мультиорганное поражение

Частота метастазирования и рецидивов была выше у ТНРМЖ и HER2 позитивного, чем у Люминальных подтипов.

Роль подтипов при выборе операции: РМЭ по Маддену делают при любой стадии и подтипах (оптимальная операция), а органосохранные не делают при III-IV стадии и ТНРМЖ.

В результате исследования 220 проведенных операций методом анализа было выявлено что: с 2020 по 2021 год было сделано 98 РМЭ и 12 органосохранных операций, а с 2021 по 2022 год 85 РМЭ и 25 органосохранных операций, исходя из этого можно заявить, что за 1 год благодаря активной скрининговой программе количество органосохранных операций увеличилось в 2 раза, тем самым улучшилась ранняя диагностика и качество жизни населения Республики Дагестан.

Вывод. Исходя из всего вышеперечисленного, можно прийти к логическому выводу, что подтипы РМЖ – это важнейший фактор в структуре как раннего, так и позднего прогнозирования заболевания, а скрининговые обследования играют важную роль в структуре, выявляемости РМЖ.

**ГИБРИДНЫЙ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП
С ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ICG НАВИГАЦИЕЙ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ
ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

А.Б. Бадахова – студент 6 курса

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ст.н.с. С. В. Джантуханова

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского,

Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) становится основным методом лечения раннего рака желудка. Главной проблемой, которая вызывает беспокойство, по-прежнему, остаётся увеличение частоты метастатического поражения сторожевых лимфоузлов по мере увеличения глубины опухолевой инвазии в стенку желудка, размеров и степени дифференцировки опухоли. Поэтому одним из методов выбора в подходе к стадированию и радикальному с точки зрения онкологии лечению раннего рака желудка является относительно новая методика гибридного лапаро-эндоскопического доступа с флюоресцентной ICG навигацией и исследованием сторожевых лимфоузлов.

Цель исследования. Демонстрация первого опыта хирургического вмешательства с применением гибридного лапаро-эндоскопического доступа и флюоресцентной ICG навигацией сторожевых лимфоузлов при раннем раке желудка, а также оценка необходимости использования данного метода в лечении раннего рака желудка на основании данных литературы.

Материалы и методы. В июне 2019 года в ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А. В. Вишневского, в хирургическое эндоскопическое отделение поступила пациентка 66 лет с жалобами на периодические боли в верхних отделах живота. Пациентка обследована. По данным комплексного обследования установлен диагноз: аденокарцинома антрального отдела желудка cTisN0M0. Госпитализирована с целью выполнения оперативного лечения в объеме: эндоскопического удаления опухоли желудка методом диссекции в подслизистом слое с оценкой сторожевого лимфатического узла.

Ход вмешательства: при эндоскопической визуализации в антральном отделе желудка по передней стенке визуализировало новообразование размерами 12x18. В подслизистый слой размеченной области введен физиологический р-р с целью лифтинга с последующим периопухолевым введением красителя индоцианин зеленый (ICG) в объеме 2,0 мл. Далее выполнено удаление опухоли стандартным методом диссекции в

подслизистом слое. Одновременно с эндоскопическим этапом вмешательства выполняется лапароскопический этап - при помощи ICG навигации визуализированы парагастральные лимфатические узлы, выполнена лимфодиссекция сторожевого узла из группы 4d, а также региональных лимфоузлов из 3a, 3b и 6 групп. Интраоперационно при срочном морфологическом исследовании метастазов в лимфатических узлах не выявлено, что в дальнейшем подтверждено при плановом исследовании.

Результаты. Время операции составило 130 минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. При морфологическом исследовании препарата опухоль представлена высокодифференцированной аденокарциномой без вовлечения собственной мышечной пластинки и подслизистого слоя pT1apN0 (0/10)cM0; Grade 1. Пациентка выписана на 5 сутки после операции и течении 3 лет находится под динамическим наблюдением онколога и хирурга. При контрольных обследованиях, включающих эндоскопическое исследования и КТ органов брюшной полости и грудной клетки данных за местный и отдаленный рецидив опухоли нет.

Обсуждение. Нами также были изучены научные литературные данные, которые показали, что частота ранних осложнений и более короткая продолжительность госпитализации и пребывания в больнице меньше в группе ESD, в сравнении с хирургической резекцией. Однако, 5-летняя частота рецидивов рака в группе ESD была 12,3 %, что значительно выше, чем у группы хирургической резекции — 2,1 % ($P = 0,001$). Также 5-летняя без рецидивная выживаемость составила 85 % в группе ESD и 97 % в группе хирургической резекции ($P = 0,001$). Эти данные говорят об актуальности исследования сторожевых лимфатических узлов и своевременном выявлении клинических случаев с региональными метастазами.

Заключение. Приведенный успешный клинический случай и данные литературы демонстрируют то, что ICG-навигация сторожевых лимфатических узлов позволяет оценить лимфатический статус, тем самым, выполняя органосохраняющую операцию в случае отсутствия метастазов в сторожевом лимфатическом узле, а в случае выявления метастазов расширить объем операции с целью соблюдения онкологических принципов радикальности вмешательства.

**ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ
ЖЕЛУДКА. ЭУС-ТИПИРОВАНИЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Л.А. Велизаде - студентка 5 курса факультета «лечебное дело»

Медицинский институт

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

*Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского,
Москва, Россия*

Руководитель: к.м.н., старший научный сотрудник С.В. Джантуханова

Актуальность. В настоящее время современный подход к диагностике и тактике лечения пациентов с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта предполагает активную хирургическую тактику в лечении подслизистых новообразований. Необходимость удаления новообразований, даже при небольших размерах часто объясняется невозможностью точной дифференциальной диагностики с гастроинтестинальными стромальными опухолями, которые могут иметь высокий потенциал злокачественности независимо от размеров.

Цель: разработать и представить различные варианты минимально инвазивных оперативных вмешательств при неэпителиальных опухолях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В Институте хирургии им А.В. Вишневского с 2005 по 2021 год проведено обследование 292 пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых 166 пациентов с неэпителиальными опухолями были прооперированы. Лапароскопические атипичные резекции желудка выполнены в 111 наблюдениях, с лапароскопической ультразвуковой и/или эндоскопической навигацией. В 11 наблюдениях выполнены эндоскопические тоннельные диссекции, в 23 – удаление опухоли с покрывающей слизистой методом диссекции в подслизистом слое, в 21 случаях - гибридные лапаро-эндоскопические операции. Во всех случаях мы проанализировали характеристики опухоли, а именно характер роста, локализацию, структуру опухолей и изучили возможность выполнения различного вида оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. С этой целью на дооперационном этапе всем пациентам выполнялось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также КТ с внутривенным контрастированием, однако основным методом в обследовании пациентов было эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндосонография). На основании полученных результатов эндосонографии мы разработали рабочую классификацию опухолей, которая позволяет выбрать наиболее

оптимальный и эффективный способ хирургического вмешательства. Основой классификации является определение расположение опухоли относительно просвета полого органа и взаимоотношение со слоями стенки.

Результаты. Время операции составило от 45 до 150 минут. Интраоперационных осложнений не было. В одном случае в послеоперационном периоде у пациентки с сахарным диабетом развилась серома послеоперационной раны в месте извлечения препарата. Летальных исходов не было. Всем пациентам на 2-3 сутки после операции выполнялось рентгенологическое исследование желудка с водорастворимым контрастным веществом. Ни в одном наблюдении признаков несостоятельности шва не было выявлено. Выписка пациентов на 5-6 сутки после операции. Во всех случаях при изучении макропрепарата достигнута R0 резекция.

Заключение

Таким образом, разработанная в нашем отделении классификация неэпителиальных опухолей позволила во всех наблюдениях выполнить удаление опухолей с максимально экономной резекцией здоровой стенки полого органа с соблюдением онкологических принципов, предъявляемых к удалению неэпителиальных опухолей. Особенности роста и прогрессирования неэпителиальных опухолей обуславливают приоритетное использование органосохраняющих и экономных резекций. Предложенная рабочая классификация позволяет выбрать наиболее оптимальный доступ и хирургическое вмешательство для каждого пациента.

НОВЫЙ СПОСОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗОМ В ПОДКЛЮЧНИЧНЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ (T1-2N3 M0)

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета,

З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов – доцент, В.Ф. Брежнев

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Рак молочной железы у женского населения занимает первое место заболеваемость составляет 91,95 на 100 тыс. женского населения (Каприн А. Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2018). Более 100 лет стандартом лечения рака молочной железы была мастэктомия по W. Halsted (1889). Дальнейшие исследования показали возможность выполнения органосохраняющей операции при раке молочной железы (Закиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., 2015; Семиглазов В.Ф. и соавт., 2021).

Целью настоящего исследования является разработка новой органосохранной операции при раке молочной железы (T1-2N3 M0).

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами применена интраоперационная диагностика (патент на изобретение № 2736163) на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и в других регионарных лимфоузлах при помощи определения уровня насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови у 55 пациенток основной группы. При показателе насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови грудных мышц или подключичного лимфатического узла равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируется наличие метастаза рака молочной железы. У 60 пациенток группы сравнения насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови не определяли.

Во время операции производят послойный разрез в виде двух полуовалов отступя от края опухоли в пределах здоровых тканей верхне-наружного квадранта молочной железы. Пересекают фасцию над грудными мышцами. Выявляют границы пораженных отделов молочной железы, т.е. проводят интраоперационную диагностику на предмет определения границ раковой инфильтрации. При отсутствии раковой инфильтрации пересекают большую грудную мышцу и малую грудную мышцу. Концы пересечённых мышц отводят в противоположные стороны. При наличии метастаза в подключичном лимфатическом узле выполняют этап подключичной лимфаденэктомии. После выполнения подключичной лимфаденэктомии концы пересечённых грудных мышц соединяют с помощью швов и восстанавливают их целостность. Далее выполняют органосохраняющую резекцию молочной железы с очагом рака в пределах здоровых тканей. По резекционной линии определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови. При нормальных показателях насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови (90%) по рецекционной линии рану зашивают (подана заявка на патент).

Результаты исследования. У 55 пациенток основной группы установлен следующий положительный эффект от применения прилагаемого изобретения.

1. Очаг рака молочной железы исследуют на предмет насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, что дополнительно подтверждается наличие рака на операционном столе **при показателе 50%.**

2. По предлагаемому способу после пересечения грудных мышц и отведения их **концов создается широкий доступ** к подключичным лимфатическим узлам.

3.Метастатический подключичный лимфоузел исследуют на предмет насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, и при метастазе этот показатель составляет 50%.

4.Резекционную линию молочной железы исследуют с помощью определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на предмет **наличия ракового роста**.

У 55 пациенток основной группы рецидивов и метастазов не обнаружено после операции, а у 60 пациенток группы сравнения обнаружены рецидивы у 7 пациенток и метастазы у 3.

Вывод. Разработанная органосохраняющая операция является эффективным методом лечения рака молочной железы (T1-2N1 M0).

**НОВЫЙ ДОСТУП К ПОДКЛЮЧИЧНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (T1-2N3 M0)**

**М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета,
З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов - доцент, В.Ф. Брежнев**

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Подключичная лимфаденэктомия является одним из этапов при хирургическом лечении рака молочной железы в случае метастаза. Более 100 лет стандартом доступа кподключичным лимфатическим узлам был доступ W.S. Halsted (1889) при мастэктомии, заключающий в том, что пересекали большую и малую грудные мышцы у места прикрепления. Однако приведённый доступ нельзя применить при органосохранных операциях на молочной железе, так как в настоящее время приведённый доступ не применяется при инфильтрации раком или метастазах в грудные мышцы. Разработка нового доступа к подключичным лимфатическим узлам актуальна в настоящее время.

О.Б. Дружков (1999) разработал доступ, который заключается в том, что большую и малую грудную мышцы не пересекают, а раздвигают мышечные волокна большой грудной мышцы с помощью крючка и выполняют подключичную лимфаденэктомию. При раздвижении мышечных волокон невозможно создать широкий доступ к подключичным лимфатическим узлам. Во – первых, раздвигаются волокна большой грудной мышцы, а волокна, оставшейся не тронутой малой грудной мышцы, ограничивают доступ к подключичным лимфатическим узлам. Во - вторых, для раздвижения грудных мышц необходимо приложить силу равную 20 килограммам, что не реально во время операции для

выполнения ассистенту. В– третьих, при раздвижении грудных мышц ранорасширителем Кабанова К.В., Сигала М.З. (1959) были в нашей практике отрывы этих мышц у места прикрепления и после выполнения подключичной лимфаденэктомии обратно зашивали, что затрудняет операцию и наложение швов высоко к месту прикрепления мышц.

Целью исследования является разработка нового доступа к подключичным лимфатическим узлам для выполнения подключичной лимфаденэктомии при органосохранных операциях на молочной железе по поводу рака (T1-2N1M0).

Материал и методы исследования. В клинике у 55 пациенток основной группы применён разработанный новый доступ. Для этого применяют интраоперационную диагностику (патент № 2736163) на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и с помощью разработанного нами аппарата определяют уровень насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови. При насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови равному $90 \pm 1,5\%$ в грудных мышцах последних пересекают и концы грудных мышц раздвигают в противоположные стороны. Далее определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичных лимфатических узлах и при насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичном лимфоузле равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируют наличие метастаза в подключичном лимфатическом узле и выполняют этап подключичной лимфаденэктомии. После выполнения подключичной лимфаденэктомии соединяют концы пересечённых грудных мышц с помощью швов и восстанавливают их целостность.

Результаты исследования. У 55 пациенток основной группы применён новый доступ к подключичным лимфатическим узлам для выполнения подключичной лимфаденэктомии по поводу рака молочной железы приведённой стадии. Во время операции применяли разработанный нами аппарат (патент № RU 2581266 С 2) и предложенную нами интраоперационную диагностику. У 60 пациенток группы сравнения не применяли. У пациенток основной группы (55) не обнаружено рецидивов и метастазов рака молочной железы, а у пациенток группы сравнения (60) обнаружены рецидивы у 7 пациенток и метастазы у 3.

Вывод

Разработанный доступ к подключичным лимфатическим узлам для подключичной лимфаденэктомии при раке молочной железы является простым и эффективным.

НОВЫЙ СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПРОЧНОСТИ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов - соискатель,

А.М. Магомедов - доцент, М.Р. Рамазанов - доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Определение механической прочности межкишечного анастомоза является актуальным этапом при формировании межкишечного анастомоза. Существующие способы определения механической прочности сложны и могут инфицировать операционное поле (Запорожец А.А., 1974; Борта К.Е., 2017).

Нами поставлена задача разработки нового простого способа определения механической прочности межкишечного анастомоза на первом этапе в эксперименте, а на втором этапе внедрить в клинику.

Целью настоящей работы является разработка нового способа определения механической прочности межкишечного анастомоза в эксперименте.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 30 кроликах «Белый великан» выполнена лапаротомия под общим обезболиванием. Произведена мобилизация 20 см тонкой кишки в начальном отделе путём перевязки прямых сосудов. Между двумя прямыми зажимами пересечена кишка проксимально и дистально от мобилизованной кишки после определения гемоциркуляции в проксимальной и дистальной шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент № RU 2581266 C2). Зону формирования межкишечного анастомоза обкладывают стерильными салфетками. Узловыми швами наложен однорядный серозно-мышечный шов полисорбом № 3 на задней стенке анастомоза. Поверх прямых зажимов наложен узловый шов на переднюю стенку анастомоза. Отступя на 5 см от зажимов наложены на проксимальную и дистальную петли мягкий зажим Пайра. Приподнимая узловые швы передней стенки, извлечены прямые зажимы. В просвет кишки проксимальной и дистальной петель ведён метиленовый синий по 5 мл. Лигатуры узловых швов передней стенки завязывают, приподнимая лигатуры вверх, чтобы содержимое кишки не вытекало в брюшную полость. Проверяют прочность межкишечного анастомоза в механическом отношении лёгким надавливанием на кишку. При технической ошибке метиленовый синий выходит в брюшную полость. На участок наличия утечки синьки накладывают дополнительный узловый шов и повторно проверяют механическую прочность

анастомоза лёгким надавливанием на кишку. Салфетки, обложенные зону анастомоза, удаляют.

Результаты исследования. У 30 кроликов основной группы не было несостоятельности швов в послеоперационном периоде. Во – первых, с помощью введения в кишку метиленового синего можно определить механическую прочность межкишечного анастомоза. Во- вторых, достигается стерилизация просвета кишки в зоне анастомоза. У 30 кроликов контрольной группы, у которых не определяли механическую прочность, установлена несостоятельность швов у 3 кроликов.

Вывод. Разработанный способ определения механической прочности является простым и эффективным методом предупреждения несостоятельности швов механического генеза.

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ КОЖИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАННОЙ ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, З.М. Абдурахманова - ассистент,
М.Р. Рамазанов – доцент**

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Профилактика несостоятельности швов сшитой кожи после органосохранной операции на молочной железе является актуальной проблемой хирургии рака молочной железы.

Разумеется, данную проблему целесообразно решить на первом этапе в эксперименте, а на втором этапе целесообразно внедрить в клинику.

Целью исследования настоящей работы является разработка способа определения жизнеспособности шовной полосы кожи после органосохранной операции на молочной железе для предупреждения несостоятельности швов кожи и некроза кожных краёв после ушивании раны.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 20 собаках женского пола производили органосохранные операции. Из них в основную группу вошли 15, а в группу сравнения - 5. Под общим обезболиванием производили органосохранные операции на молочной железе. В проекции шовной полосы кожи после органосохранной операции показатели кровяного давления и насыщения гемоглобина артериальной крови снижаются в связи с тем, что кровь не поступает в сшиваемые кожные края вследствие мобилизации кожи

после этой операции. Для получения объективных результатов вычисляют кислородный индекс в виде соотношения показателя насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови шовной полосы кожи к показателю насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце передней лапки собаки.

Сущность способа заключается в следующем. После органосохранной операции на молочной железе под наркозом готовят шовные полосы кожных краёв в проходящем свете для ушивания раны. Моделируют шовные полосы путём мобилизации кожных краёв. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови определяют с помощью разработанного нами аппарата (патент RU 2581266 C2) в шовных полосах кожных краёв после органосохранной операции и бритья кожи на лапе собаки. При экспериментальных исследованиях у собак выявлены 3 зоны кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в шовной полосе мобилизованной кожи:

А – зона нормального кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови;

В – зона пониженного кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови;

С – критическая зона кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови.

У 15 собак основной группы в зоне («А») нормального кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови кровяное давление составило $75,4 \pm 1,2 / 46 \pm 1$ мм.рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 1,8 / 75,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило $85 \pm 1,2\%$ медиальной шовной полосы и системное насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции лапы после бритья составило $92 \pm 1\%$. В пониженной зоне «В» кровяное давление составило $56 \pm 0,5 / 45,2 \pm 0,4$ мм.рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 1,8 / 75,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило в медиальной шовной полосе $48 \pm 0,8\%$ при том же системном насыщении кислородом в проекции лапы верхней конечности. В критической зоне «С» кровяное давление составило $20 \pm 0,4 / 20 \pm 0,4$ мм.рт.ст. при том же системном давлении, а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило $17 \pm 0,6\%$. Соотношение насыщения кислородом артериальной крови шовной полосы кожи после органосохранной операции к системному насыщению артериальной крови в лапе верхней конечности собаки нами назван кислородным индексом жизнеспособности шовной полосы кожи после приведённой операции. Вычисленный индекс должен быть равен 0,5 или больше 0,5. Кислородный индекс в медиальной шовной полосе в проекции зоны «А» обнаружен 0,9, а в проекции зоны «В» – 0,5 ($48:92=0,5$). Кислородный

индекс в зоне «С» составил 0,2, что ниже индекса 0,5 зоны «В». Также индекс жизнеспособности кожи в зоне «С» составил 0,2 ($20 \text{ мм.рт.ст.} : 120 \text{ мм.рт.ст.} = 0,2$). Индекс жизнеспособности кожи в зоне «В» составил 0,5, а в зоне «А» составил 0,6, что выше индекса 0,5. Кровяное давление в коже шовной полосы после органосохранной операции в мм.рт.ст. и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови основной группы в эксперименте (15 собак) гемоглобина артериальной крови обнаружено также в латеральной шовной полосе кожи после этой операции. Кожные края соединены с помощью узловых швов после органосохранной операции при индексе жизнеспособности кожи и кислородном индексе равному 0,5. В послеоперационном периоде осложнений не было. Все собаки забиты через 14 дней, 20 дней, 1 месяц, 2 и 3 месяца после операции путём передозировки наркотических средств. При гистологическом исследовании в шовных полосах кожи швы были состоятельны и некроза кожных краёв не обнаружено.

У 5 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы кожи путём отдалённой мобилизации кожных краёв после приведённой операции и ушивали рану при низких нежизнеспособных показателях (17% и 16%) насыщения гемоглобина артериальной крови и кровяного давления $20 \pm 0,4 / 20 \pm 0,4$ мм.рт.ст. в ушиваемых кожных краях при системном насыщении (92%) гемоглобина артериальной крови в передней лапке собаки. В медиальной шовной полосе кожи кислородный индекс был критический - ниже 0,5 ($17:92=0,2$), и в латеральной шовной полосе кожи также было ниже 0,5 ($16:92=0,2$). Индекс жизнеспособности кожи также был равен 0,2.

В послеоперационном периоде у всех 5 собак обнаружены некрозы ушитых кожных краёв и швы были не состоятельны на 6–7 сутки. При гистологическом исследовании обнаружены некрозы шовных полос кожи у всех 5 собак.

Результаты исследования. После исследования кровяного давления и определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови при кислородном индексе равному 0,5 у 15 собак после органосохранной операции в эксперименте не было несостоятельности швов кожи. Наоборот, у 5 собак группы сравнения при низком кислородном индексе 0,2 обнаружена несостоятельность швов и некрозы кожи в послеоперационном периоде.

Вывод. Для предупреждения несостоятельности швов кожи после органосохранной операции на молочной железе в шовных полосах кожи необходим кислородный индекс равному 0,5

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМЫ КОЖИ

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, М.Р. Рамазанов – доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Папиллома кожи человека является предраковой доброкачественной опухолью, исходящая из эпителия и встречается довольно часто, что является актуальной проблемой.

Известен способ лечения папилломы кожи человека, заключающийся в том, что на поверхность этой опухоли наносят крем кераворт (имихимод – 5% крем), предложенный С.В. Ключаревой и соавт. в 2018 году. Опубликован в печати также способ деструктивный (хирургический) методом лечения папиллом кожи, предложенный Ю.Ю. Штиршнайдером, В.А. Волнухиным в 2012 году. Авторы деструктивным методом лечат бородавки (папилломы), к которому относят криотерапия, коагуляция, иссечение этой опухоли.

Однако не всегда можно найти в аптеках крем кераворт и дорого стоит, а также не все больные согласны на криотерапию, коагуляция и иссечение этой опухоли.

Разработка и предложение нового дешёвого и доступного способа амбулаторного лечения папилломы кожи является актуальной проблемой.

Целью настоящей работы является разработка нового консервативного дешёвого и доступного способа лечения папиллом кожи человека.

Материал и методы исследования. У 10 кроликов породы «Французский баран» в эксперименте и у 15 больных в клинике папилломы лечили, разработанным нами способом.

На первом этапе в эксперименте у 10 кроликов кожу обрабатывали водным раствором гидроксида кальция, химической формулой которая является $\text{Ca}(\text{OH})_2$, (гашённой извести) в соотношении 1:2. Купили гидроксид кальция на базаре, который стоит дешёво и производили взвесь одной частью гидроксида кальция и двумя частями обычной водой. Эту взвесь гидроксида кальция наносили один раз на поверхность папилломы.

Результаты исследования. Собственно идея лечения гидроксидом кальция (гашённой известью) появилась случайно. У студентки – кружковца 3 курса лечебного факультета ДГМУ Рамазановой М.М. при побелке стен зимнего помещения кроликов водным раствором гидроксида кальция (гашённой извести) порвалась перчатка правой руки и раствор извести попал на пальцы кисти. Получилась случайная обработка водным раствором гашённой извести папилломы пальца правой кисти. Излечение наступило на 4-й день. Затем в эксперименте у 10 кроликов решили применить этот раствор для лечения

папиллом кожи. У всех кроликов через 4 дня папилломы исчезли и наступило выздоровление. В первые 1-2 дня наблюдали набухание кожи и опухоли вследствие раздражения данным раствором, а затем на 4-й день наступило выздоровление.

В клинике также папилломы кожи обрабатывали раствором гидроксида кальция один раз у 15 больных амбулаторно. На 4-й день наступило выздоровление.

Вывод. Разработанный консервативный способ лечения папилломы является простым, доступным и эффективным.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.А. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Спайкообразование после малоинвазивных, эндовидеохирургических операций является актуальной проблемой. (Капустин Б.Б., Кузнецов П.А., 2017; Мизуров Н.А. и соавт., 2017). Предложено множество способов профилактики спайкообразования в брюшной полости после хирургических операций, что свидетельствует о не эффективности существующих способов в настоящее время.

Целью исследования является разработка нового способа предупреждения спайкообразования после лапароскопической операции в брюшной полости.

Материал и методы исследования. На первом этапе нами разработан новый способ предупреждения спаек в брюшной полости после лапароскопических резекций кишки в эксперименте на 40 кроликах «Французский баран», а затем на втором этапе способ внедрён в клинику у 15 больных после лапароскопических резекций кишки и формирования межкишечного анастомоза.

На 30 кроликах основной группы под общим обезболиванием выполнена резекция начального отдела тонкой кишки. Исследовано интрамуральное кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в шовных полосах тонкой кишки перед формированием межкишечного анастомоза по методике М.З. Сигала (1974) аппаратом, разработанный нами (патент RU 2581266 C2, получена золотая медаль во Франции в 2017 году).

Затем произведено формирование межкишечного анастомоза однорядным серозномышечным швом конец в конец. Для того, чтобы предупредить образование спаек, после операции в брюшную полость кролика водили 1 раз в неделю искусственную синовиальную жидкость вископлюс 1% в количестве 0,04 мл на 1 кг веса животного, которую растворяли в 20 мл физиологического раствора (получен патент).

В эксперименте на 10 кроликах группы сравнения под общим обезболиванием выполнена резекция тонкой кишки и формирование межкишечного анастомоза без исследования гемоциркуляции, а также без ведения в брюшную полость антиадгезивных средств.

После заживления раны полиэтиленовые микроирригаторы удаляли, подтягивая их за концы на передней брюшной стенке.

После успешных экспериментальных исследований, учитывая отсутствие спаек у 30 кроликов основной группы после лапароскопических операций, на втором этапе 1% вископлюс нами применён у 25 больных в клинике.

У 25 больных в клинике выполнена резекция кишки по воду спаечной кишечной непроходимости и рака толстой кишки. После резекции кишки и формирования межкишечного анастомоза в брюшную полость, через дренаж, установленный в области анастомоза, ведён 1% вископлюс в количестве 0,04 мл на один кг веса больного. В послеоперационном периоде не установлено наличие спаек клинически и при ультразвуковом исследовании, а также при рентгенологическом, магнитно-томографическом и компьютерном исследованиях органов брюшной полости.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде под наркозом произведена лапароскопия на предмет наличия спаек в брюшной полости у экспериментальных кроликов.

В контрольной группе без применения вископлюса обнаружено образование спаек у 3 животных из 10, которые установлены не только при лапароскопической диагностике брюшной полости, но и подтверждены спайки при гистологическом исследовании в биопсийном материале. В основной группе у 30 кроликов после введения 1% вископлюса в дозе 0,04 мл на кг веса кролика не было отмечено образование спаек при лапароскопической диагностике органов брюшной полости.

В клинике после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов у 15 больных не установлено наличие спаек клинически и при ультразвуковом исследовании, а также при рентгенологическом исследовании, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии органов брюшной полости.

Вывод. Разработанный способ является простым и эффективным для предупреждения образования спаек в брюшной полости после лапароскопических операций.

КИСЛОРОДНЫЙ ИНДЕКС ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель, М.И. Нестеров, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.А. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Несостоятельность швов межкишечных анастомозов до настоящего времени не преодолена (Жариков А.Н., Лубянский В.Г., 2017).

Предупреждение несостоятельности швов после формирования межкишечного анастомоза является актуальной проблемой. Есть основания полагать, что несостоятельность швов анастомозов связана с нарушением гемоциркуляции в кишечных фрагментах, используемых для формирования анастомоза. Разумеется, некоторые вопросы относительно межкишечных анастомозов необходимо изучить на первом этапе только в экспериментальных условиях на животных, а затем внедрять в клинику.

Целью исследования является разработка нового способа оценки жизнеспособности шовной полосы кишки для профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов ишемического генеза.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 40 собаках и в клинике у 126 больных основной группы, у которых применен разработанный нами аппарат для исследования гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза (3), и у 128 больных группы сравнения, которым резекцию кишки выполняли до наших разработок. Методика экспериментальных исследований заключалась в следующем. С целью премедикации собакам вводили внутримышечно 1% – 10 мл раствора димедрола и 1 мл кеторола. Индукцию в наркоз проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Основной наркоз поддерживали внутривенным введением тиопентала натрия в дозировке 10 мг/кг животного. Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5–1 мг/кг веса кеторола. Производили лапаротомию.

Затем выбирали кишечную петлю и после мобилизации кишки производили ее резекцию. Исследовали насыщением кислородом гемоглобина артериальной крови в шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент RU2581266 C2 в Роспатенте от 23.03.2016 г. и золотая медаль во Франции на международном инновационном салоне 11 сентября 2017 года) приводящей и отводящей петель перед формированием межкишечного анастомоза. Брюшную полость послойно зашивали. Через 7 дней, 14 дней, 30 дней собак выводили из

эксперимента путем передозировки введенного внутривенно тиопентала натрия. Межкишечные анастомозы изучены при гистологическом исследовании.

Результаты исследования. В эксперименте на 40 собаках разработан кислородный индекс шовной полосы. Из них в группу сравнения вошли 10 собак, а в основную – 30.

При экспериментальных исследованиях у собак выявлены 3 зоны насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в шовной полосе кишки:

А — зона повышенного насыщения кислородом крови (Дс1–Дс2);

В — зона пониженного насыщения кислородом (Дс1–Дп1),

С — критическая зона насыщения кислородом крови – участок шовной полосы кишки между перевязанными прямыми сосудами.

У 30 собак основной группы в зоне «А» повышенного насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции прямого сосуда Дс1 насыщение кислородом крови составило $97 \pm 1,5\%$ проксимальной шовной полосы, а системное насыщение кислородом артериальной крови в проекции лапы после бритья составило $95 \pm 1\%$. В пониженной зоне «В» в проекции сосуда Дп1 насыщение кислородом артериальной крови составило в проксимальной шовной полосе $46 \pm 0,6\%$ при том же системном насыщении кислородом в проекции лапы верхней конечности. В критической зоне «С» насыщение кислородом артериальной крови составило в проекции Дп2 $16 \pm 0,4\%$.

В проекции перевязанных прямых сосудов показатели насыщения гемоглобина артериальной крови снижаются в связи с тем, что кровь не поступает в стенку кишки в проекции перевязанных прямых сосудов. Для получения объективных, адекватных результатов вычисляют кислородный индекс в виде соотношения показателя насыщения кислородом гемоглобина шовной полосы к показателю насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на лапе животного. В проекции интрамуральной части первой сохранённой прямой артерии Дс1 проксимальной шовной полосы насыщение кислородом крови составило $97 \pm 1,5\%$ при системном насыщении артериальной крови на лапе животного $95 \pm 1\%$. Кислородный индекс (КИ) проксимальной шовной полосы равен:

$КИ = (97 \pm 1,5\%) : (95 \pm 1\%) = 1,02$, что больше 1.

В проекции Дс1 дистальной шовной полосы обнаружено насыщение артериальной крови $96 \pm 1\%$ при системном насыщении на лапе $95 \pm 1\%$. Аналогично вычисляем кислородный индекс жизнеспособности дистальной шовной полосы и равен 1,01, что больше 1.

Межкишечные анастомозы сформированы при кислородном индексе выше единицы. В послеоперационном периоде несостоятельности швов межкишечного анастомоза не было. Все собаки через 14 дней, 20 дней, 1 месяц, 2 и 3 месяца после операции были выведены из

эксперимента путём передозировки наркотических средств. При гистологическом исследовании межкишечные анастомозы были состоятельны.

У 10 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы и формировали межкишечный анастомоз в проекции Ш₂ после резекции ободочной кишки. В проксимальной шовной полосе межкишечного анастомоза кислородный индекс был ниже 1, и в дистальной шовной полосе также был ниже 1. В послеоперационном периоде все 10 собак умерли от перитонита вследствие несостоятельности швов на 6–7 сутки. При вскрытии обнаружены гистологически некрозы шовных полос у всех 10 собак.

В эксперименте у 30 собак основной группы кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы при формировании межкишечных анастомозов после резекций толстой кишки обнаружен выше 1. У всех 30 собак не установлена несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 10 собак группы сравнения, у которых кислородный индекс шовной полосы был ниже 1 при формировании межкишечного анастомоза, умерли после операции от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза.

В клинике у 2 больных из 126 больных основной группы при формировании межкишечных анастомозов после резекции кишки, кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы обнаружен ниже 1, то есть соотношение показателей насыщения кислородом артериальной крови шовной полосы межкишечного анастомоза к показателям насыщения кислородом пальца кисти было ниже 1. На фоне желудочного кровотечения по поводу сопутствующей язвенной болезни у этих 2 больных гемоглобин крови был равен 45, а количество эритроцитов составило 2,2 грамм/литр. У 128 больных группы сравнения, у которых операции были выполнены до наших разработок и изобретений, несостоятельность швов межкишечных анастомозов установлена у 12(9,5%) больных. У 124 больных основной группы, у которых кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы был выше или равен 1 в зоне межкишечного анастомоза после резекции кишки, несостоятельность швов анастомоза не установлена (получен патент).

Выводы. Разработанный нами кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы эффективно исследует состояние гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза.

Формирование межкишечных анастомозов после резекции кишки рекомендуем при кислородном индексе жизнеспособности шовной полосы выше или равном 1.

НОВЫЙ СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СПАЕК БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов - соискатель, А.М. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Ультразвуковая диагностика спаечной болезни брюшной полости без признаков острой кишечной непроходимости является актуальной проблемой. В 2011 году Тихонов В.И. и соавт. предложили принимать раствор препарата фортранса перорально для ультразвуковой диагностики спаечной болезни брюшной полости без признаков острой кишечной непроходимости. Однако приведённый способ ультразвуковой диагностики спаечной болезни брюшной полости имеет следующие недостатки: раствор препарата фортранс усиливает перистальтику кишечника, появляются боли в брюшной полости вследствие усиления перистальтики кишки, при наличии межкишечного анастомоза после резекции кишки может способствовать возникновению несостоятельности швов.

Целью настоящего исследования является разработка нового способа ультразвуковой диагностики спаек в брюшной полости после оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Методика экспериментов заключалась в следующем. С целью премедикации кроликам вводили внутримышечно 2 мг раствора димедрола и 0,5 мг кеторола на кг животного. Индукцию в наркоз проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Основной наркоз поддерживали кетаминном в дозировке 3 мг на кг веса животного. Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5–1 мг на кг веса кеторола. Производили лапаротомию. После лапаротомии выбирали кишечную петлю в начальном и терминальном отделах тонкой кишки и произведено десерозирование тонкой кишки у 20 кроликов: основной (10) и группы сравнения (10) в нескольких участках и узловыми швами ушиты эти участки. Между брюшиной передней брюшной стенки и остальными тканями передней брюшной стенки справа и слева устанавливали по одному микроиригатору – полиэтиленовую трубку в диаметре 2 миллиметра с дырками, чтобы после операции по этим трубочкам могли ввести 0, 25% раствор новокаина в это пространство в количестве 5 мл на кг животного. По данным Балдев Р., Раджендран В., Паланичами П. скорость продольной волны ультразвука в воде составляет 1480 м/с, а в газе составляет 330 м/с. Поэтому вводили в указанное пространство раствор новокаина для лучшей проводимости ультразвуковых волн. В послеоперационном

периоде кролики получали обезболивающие препараты и антибиотик внутримышечно. В обеих группах антиадгезивные средства не вводили в брюшную полость во время операции и в послеоперационном периоде.

На предмет наличия спаек между брюшной стенкой и с печенью, а также между петлями кишок кроликам выполняли обычное УЗИ стоя, лёжа и на боку. Затем производили лапароскопию и проверяли наличие или отсутствие спаек в брюшной полости. В основной группе у 5 кроликов выявлены спайки в начальном отделе тонкой кишки, а в терминальном отделе – у 1 после введения раствора в указанное пространство передней брюшной стенки.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе сравнения у 10 кроликов без введения раствора новокаина в указанное пространство спайки не обнаружены с помощью обычного ультразвукового исследования, хотя наличие спаек установлено после лапароскопии.

Положительный эффект от применения предлагаемого изобретения.

1. По предлагаемому способу в пространство между брюшиной передней брюшной стенки и остальными тканями передней брюшной стенки вводят 0,25% раствор новокаина, что повышает проходимость ультразвуковых волн и при этом достигается обезболивание, а также поступление жидкости в организм животного после операции, и на фоне раствора новокаина видны спайки в брюшной полости.

2. На фоне раствора новокаина видны лучше участки сужения и расширения кишечных петель.

3. После введения Фортранса усиливается болевой синдром, усиливает картину непроходимости, возможна несостоятельность межкишечного анастомоза за счёт усиления перистальтических движений кишки. Предлагаемый способ информативен, даёт объективную и достоверную информацию о спаечном процессе в брюшной полости.

4. После применения раствора новокаина не было осложнений.

Вывод. Разработанный способ ультразвуковой диагностики спаечной болезни после хирургической операции является простым и эффективным.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета,
З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов – доцент, В.Ф. Брежнев**

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Р. Рамазанов

Актуальность. Лечение рака молочной железы является сложной и быстро развивается по сравнению с другими локализациями. Тем не менее до настоящего времени проблема остаётся актуальной. Существующие клинические формы рака молочной железы лечат с применением того или иного метода лечения (Закиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., 2015; Семиглазов В.Ф. и соавт., 2021).

Целью настоящего исследования является разработка нового подхода к известным принципам лечения рака молочной железы.

Материал и методы исследования. В клинике у 115 больных с раком молочной железы проведено лечение с учётом новаторского подхода к следующим принципам.

1. Размеры рака молочной железы (масса опухоли).
2. Распространённость рака молочной железы: интраорганная или отдалённая.
3. Чувствительность рака молочной железы к химиопрепарату.
4. Биологический подтип рака молочной железы.
5. Результаты иммуногистохимического исследования.
6. Результаты гистологического исследования.
7. Клиническая форма рака (инфильтративная или узловая).

Рассмотрим первые два принципа лечения рака молочной железы: 1) размеры рака молочной железы (масса опухоли); 2) распространённость опухоли (интраорганная или отдалённая). Для лечения рака этого органа нами учитывали такие принципы как размеры опухоли и интраорганная распространённость рака молочной железы. Для этого нами применена интраоперационная диагностика рака данного органа (патент на изобретение № 2736163) на предмет обнаружения границ раковой инфильтрации или узлового метастатического очага рака молочной железы в грудных мышцах, в подключичном лимфатическом узле и в других регионарных лимфоузлах при помощи определения уровня насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови с помощью разработанного нами аппарата (патент RU 2581266) у 55 пациенток основной группы. При показателе насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови грудных мышц или подключичного лимфатического узла

равному $50 \pm 1\%$ (показатель нормы равен $90 \pm 1,5\%$) диагностируется наличие метастаза рака молочной железы.

Рассмотрим третий принцип лечения данного органа: чувствительность рака молочной железы к химиопрепарату.

Нами разработан также способ определения чувствительности химиопрепарата к раку молочной железы (патент RU 2534410 C2), который применён у 55 пациенток основной группы для предоперационной и послеоперационной химиотерапии. В результате применения данного способа не было рецидивов и метастазов после комбинированного лечения. Проведённый сравнительный анализ клинических наблюдений лечения рака молочной железы (T1-2N1M0) у больных с применением наших разработок (55 пациенток основной группы) и без их применения (60 пациенток группы сравнения) показал высокую эффективность наших изобретений и разработок на практике.

Имеет большое значение четвёртый и пятый принципы лечения рака молочной железы: биологический подтип рака молочной железы и результаты иммуногистохимического исследования. В настоящее время люминальный А рак принято лечить с помощью гормонотерапии, люминальный В негативный лечат гормонотерапией и химиотерапией. При лечении HER2- позитивного рака применяют химиотерапия с таргетной терапией, а при лечении тройного негативного рака применяют оперативное лечение. Специальные гистологические типы, у которых благоприятный прогноз лечат:

А – гормоночувствительный гормонотерапией,

В – гормононечувствительный химиотерапией. Поэтому необходимо определить чувствительность раковых клеток молочной железы к гормону или к химиопрепарату по вышеприведённому нашему патенту.

Обязательно учитывают шестой принцип - гистологический вариант. При этом учитывают гистологическую форму. При низкодифференцированной форме рака течение более злокачественное. Лечение начинают с химиотерапии и применяют комбинированное лечение. Прогноз неблагоприятный. Поэтому актуальность лечения данной формы рака молочной железы более значима чем других форм рака. Необходимо также учитывать седьмой принцип: инфильтративная форма или узловая. При инфильтративной форме лечение начинают с многократных курсов химиотерапии и лучевой терапии. При данной форме рака молочной железы прогноз неблагоприятный. Узловой рак молочной железы более благоприятный. В начальной стадии узловой рак можно излечить с помощью хирургической операции, лечение следующих стадий – комбинированное. При инфильтративной форме целесообразно применение нашего патента (патент RU 2534410 C2) для определения чувствительности химиопрепарата к раку молочной железы. При узловом

раке целесообразно применение наших патентов (патенты RU 2581266 и № 2736163), которые приведены выше.

Результаты исследования. У 55 больных основной группы не было рецидивов и метастазов рака молочной железы после применения наших разработок и изобретений. У 60 больных группы сравнения, у которых не применены наши изобретения обнаружены рецидивы и метастазы (7 и 3 соответственно) в ближайшем в послеоперационном периоде.

Вывод. Разработанные нами новые подходы к онкологическим принципам рекомендуется учитывать при лечении рака молочной железы.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАГИНАЦИОННОГО ОДНОРЯДНОГО ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО АСЕПТИЧЕСКОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

**М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент
115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель,
З.М. Абдурахманова - ассистент, М.И. Нестеров, М.А. Магомедов – доцент,
М.Р. Рамазанов – доцент**

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц М.Р. Рамазанов

Актуальность. Несостоятельность швов межкишечных анастомозов до настоящего времени держится на высоких цифрах (Красильников Д.М и соавт., 2013; Жариков А.Н., Лубянский В.Г., 2017). Возможные нарушения кровообращения, и, как их результат, возникающую несостоятельность швов межкишечных анастомозов, побудили нас к поиску нового способа формирования межкишечных анастомозов.

Целью настоящего исследования является разработка нового межкишечного анастомоза, исключающего несостоятельность швов ишемического генеза.

Материал и методы исследования. В эксперименте на 10 собаках и на 20 кроликах породы (Белый великан) основной группы и 10 кроликах группы сравнения проведена разработка нижеприведённого межкишечного анастомоза первом этапе, а затем на втором этапе внедрён в клинику. Предлагаемый в качестве изобретения способ формирования инвагинационного электрохирургического асептического межкишечного анастомоза заключается в следующем (подана заявка на патент).

Выбирают уровень резекции кишки, исследуют гемоциркуляцию с помощью разработанного нами аппарата (патент RU2581266). После пересечения кишки готовят в проходящем свете шовные полосы, перевязывая прямые сосуды кишки и пересекая их.

У брыжеечного и противобрыжеечного краёв накладывают по одному серозно-мышечному шву и растягивают кишку в поперечном направлении, не нарушая гемоциркуляцию. Этим приёмом увеличивают ширину шовных полос на несколько миллиметров. Произведя тракцию в поперечном направлении этих швов, накладывают два прямых зажима рядом друг с другом ближе к сохранённому прямому сосуду. Между зажимами пересекают шовные полосы электроножом. Одним серозно-мышечным швом сшивают брыжеечные и противобрыжеечные края шовных полос приводящей и отводящей петель (боковые швы). Формируют непрерывный серозно-мышечный шов между обеими шовными полосами задней стенки анастомоза, захватывая стенку кишки косо и параллельно веточкам длинного прямого сосуда, не прошивая их.

Поверх зажимов и рядом с ними сшивают проксимальную и дистальную шовные полосы двумя ситуационными серозно-мышечными швами в середине кишки. Эти ситуационные и боковые швы приподнимают вверх и удаляют зажимы. Затем лигатуры ситуационных швов завязывают

и обе шовные полосы инвагинируют в дистальном направлении.

Накладывают непрерывный серозно-мышечный шов на переднюю стенку анастомоза, включая первые сохранённые прямые сосуды в шовные полосы. Лигатуры непрерывных швов передней и задней стенок завязывают между собой у брыжеечного и противобрыжеечного краёв кишки.

Результаты исследования. Предложенный способ формирования анастомоза апробирован успешно на 10 собаках и 20 кроликах основной группы в эксперименте. Несостоятельность швов в послеоперационном периоде не установлена в основной группе, в то время как в группе сравнения (10 кроликов) несостоятельность швов установлена у 2 кроликов, у которых не определена гемоциркуляция разработанным нами аппаратом. В клинике нами успешно внедрён приведённый выше межкишечный анастомоз у 102 больных основной группы и у 79 больных группы сравнения без применения нашего аппарата и без определения гемоциркуляции в шовной полосе.

У 102 больных основной группы не установлена несостоятельность швов, а в группе сравнения у 16 из 79 больных установлена несостоятельность швов, что составляет 12,6%.

Вывод. На основании улучшения результатов резекций кишки и межкишечных анастомозов в эксперименте рекомендуется применить к клинике разработанный нами новый межкишечный анастомоз.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДАГЕСТАНЕ

О.М. Магомедов – доцент, П.О. Далгатова - аспирант, Г.М. Магомедов - врач ординатор
Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ «РОЦ» МЗ РД. Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.М. Магомедов

В начале третьего тысячелетия рак молочной железы (РМЖ) по-прежнему остается серьезной проблемой национальных служб здравоохранения многих стран мира, в том числе и России. Это связано, в первую очередь, с высоким уровнем заболеваемости и ростом его показателей.

По данным МАИР (Международное Агентство по изучению рака), злокачественные опухоли, в том числе и РМЖ, распространены в мире неравномерно. Предполагают, что в большей степени на это влияет образ жизни населения. С учетом этого, изучение заболеваемости и ее динамики в регионе, где проживают более 30 наций и народностей является актуальной, как в плане науки, так и практики.

Цель. Изучить заболеваемость РМЖ у женщин Дагестана и ее динамику, в зависимости от места жительства.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили данные о заболеваемости РМЖ - уточненное число случаев впервые в жизни установленным диагнозом рака молочной железы по всем городам и районам РД за 2009-2018 гг. Стандартизированные показатели заболеваемости рака молочной железы на 100000 женского населения рассчитаны на основе данных ЦСУ РД РФ. и мирового стандарта населения.

Результаты. Согласно опубликованным данным в структуре общей онкологической заболеваемости населения РД на 2020 г. распространенность РМЖ отражены в таблице 1.

Таблица 1

Структура общей онкологической заболеваемости населения в Республике Дагестан в 2020 году, (%).

Общая				Женщины			
Место	Локализация	Абс. число	%	Место	Локализация	Абс. число	%
1	Рак мол. жел	624	13,5	1	Рак мол. жел.	620	25,6
2	Рак легкого	457	9,8	2	Рак ш/матки	173	7,1
3	Рак желудка	335	7,2	3	Рак обод. кишки	153	6,3
4	Рак обод. кишки	314	6,8	4	Лимф, кр. ткань	152	6,2

5	Лимф, кр. ткань	313	6,7	5	Рак тела матки	149	6,1
6	Кожа, без мелан.	286	6,2	6	Кожа, без мелан.	144	5,9
7	Рак прям. кишки	218	4,7	7	Рак щит. железы	144	5,9
8	Рак предст жел.	202	4,5	8	Рак яичника	131	5,4
9	Рак щит. железы	166	3,6	9	Рак желудка	113	4,7
10	Неход. лимфомы	160	3,4	10	Рак прям. кишки	97	4,0
Прочие		1564	33,7	Прочие		559	22,9
Всего		4639	100	Всего		2435	100

Таблица 2

Динамика заболеваемости раком молочной железы среди городского и сельского населения Республики Дагестан за 1979-1988 гг и 1995-2014 гг.

Население	Название показателя	1979-1988 гг.	2009-2018 гг.
		Показатель заболеваемости	Показатель заболеваемости
Город	грубый	23,9	37,1
	стандарт.	25,5	35,8
Село	грубый	7,5	21,1
	стандарт.	8,8	21,3

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения (табл. 1) эта локализация так же занимает 1-е место (25,6%), опережая более 3 раза основные локализации злокачественных новообразований женщин Дагестана.

За анализируемый период (2009-2018 гг.) раком молочной железы в республике заболело 5318 женщин: 2956 (55,6 %) городских жительниц и 2362 (44,4 %) - сельских.

Следует подчеркнуть, что в целом в РД уровень показателей РМЖ за 10 лет наблюдения остается низким (24,8) по сравнению с показателями большинства регионов РФ, но он сильно варьирует внутри республики и зависит от места жительства женщин (город/село) (табл. 2). Так, стандартизованный по мировому стандарту населения городской показатель заболеваемости (35,8) почти 1,5 раза превышает показатель в сельской популяции (21,3).

Рост заболеваемости в РД заметен при более длительном периоде наблюдения. Так, сравнительный анализ показателей РМЖ на 100 000 женского населения по Дагестану в целом и по городу и селу в отдельности показывает, что за два периода наблюдения (1979-1988 и 2009-2018 гг.) (табл. 2) они выросли с 23,9 до 35,8 на 100000 населения среди городских женщин и с 8,8 до 21,3 на 100000 населения среди сельских

женщин, т.е. практически в 2 с лишним раза среди последних, как в грубых, так и в стандартизованных показателях.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ показывает, что заболеваемость РМЖ в РД остается низким, по сравнению с мировыми и Российскими показателями. Они растут значимо, что подтверждает сравнительный их анализ наблюдения (1978-1989 гг. и 2008-2019 гг.). Различие заболеваемости между городскими и сельскими населением можно объяснить, частично, влиянием миграционных процессов и факторов этнического характера на заболеваемость. Так, в городах больше пришлого населения, чем адаптивное, а в сельской местности - адаптивное (коренное) население, где традиционно заболеваемость низкая. Рост заболеваемости в динамике, особенно в сельской местности, так же можно объяснить изменением внешних факторов. За последние 30-35 лет в селе произошли значительные изменения, касающиеся условий и образа жизни женщин, как в питании, так и в репродуктивном поведении. В заключении следует отметить, выявленное различие заболеваемости внутри республики указывает, что на заболеваемость в РД влияют еще много не изученных специфических факторов, обуславливающих это различие.

ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

О.М. Магомедов – доцент, П.О. Далгатова - аспирант, Г.М. Магомедов – врач - ординатор
Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ «РОЦ» МЗ РД. Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.М. Магомедов

Россия относится к странам со средним показателем смертности от рака молочной железы (РМЖ). В 2020 г. ее стандартизованный показатель в Российской Федерации (РФ) составил 13,2 на 100000 женского населения (мировой стандарт), а в Республике Дагестан (РД) 11,1 и был одним из низких в среди всех регионов страны.

В то же время, в РД не существуют данные, указывающие о ситуации со смертностью РМЖ внутри республики. Имеющиеся справочные данные об общей смертности не могут быть использованы для разработки научно обоснованного подхода по его снижению. С учетом сказанного актуальность предпринятого нами исследования не вызывает сомнения.

Цель. Изучить смертность от РМЖ у женщин Дагестана в зависимости от места жительства.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили данные о смертности РМЖ - уточненное число больных, умерших от РМЖ по всем городам и районам РД за 2009-2018 гг. Грубые и стандартизированные показатели заболеваемости рака молочной железы на 100000 женского населения рассчитаны на основе данных ЦСУ РД РФ. и мирового стандарта населения.

Результаты. Согласно данным структуры общей онкологической смертности женского населения РД на 2020г. (табл.1) рак молочной железы занимает 1-е место (21,9%), значительно опережая (почти 2-3 раза).

Таблица 1

Структура общей онкологической смертности населения в Республике Дагестан в 2020 году, (%).

Общая				Женщины			
Место	Локализация	Абс. число	%	Место	Локализация	Абс. число	%
1	Рак легкого	425	17,0	1	Рак мол. жел.	220	21,9
2	Рак желудка	278	11,1	2	Лимф, кр. ткань	80	7,9
3	Рак мол. железы	224	8,9	3	Рак желудка	74	7,4
4	Лимф, кр. ткань	179	7,2	4	Рак обод. кишки	72	7,1
5	Рак обод. кишки	157	6,3	5	Рак яичника	68	6,8
6	Рак предст. жел.	118	4,7	6	Рак ш/матки	65	6,5
7	Рак поджел. жел.	106	4,2	7	Рак легкого	61	6,1
8	Рак прям. кишки	103	4,1	8	Рак прям. кишки	48	4,8
9	Гол. мозг + ЦНС	100	4,0	9	Гол. мозг + ЦНС	43	4,3
10	Рак печени и ж/п	77	3,1	10	Рак тела матки	33	3,3
Прочие		733	29,3	Прочие		764	23,9
Всего		2500	100	Всего		1004	100

Таблица 2

Грубые и стандартизированные показатели смертности РМЖ у женщин Дагестана, как в целом по РД, так и по месту жительства (город/село) за 2009-2018 гг.

Население	Название показателя	2009-2018 гг.
		Показатель смертности
Город	грубый	20,1
	стандартизованный	19,2
Село	грубый	11,2
	стандартизованный	10,7
Всего	грубый	14,5
	стандартизованный	13,5

За анализируемый нами в работе период, с 2009 по 2018 годы в РД от рака данной локализации умерло 2055 женщин, из которых 11950 (56,0%) –городских и 905 (44,0%) – сельских жительниц. По опубликованным данным как интенсивный (13,6), так и стандартизованный (11,1) показатели смертности по Дагестану ниже, чем в среднем по РФ (27,4 – грубые показатели, 13.3 стандартизованные показатели).

В то же время, несмотря на меньшие значения приведенных показателей по сравнению с общефедеральными, необходимо отметить, что смертность в РД сильно варьирует внутри республики, и зависит от места жительства женщин (город/село) (табл. 2). В городе показатели смертности почти в 2 раза выше, по сравнению в сельской местности.

Выводы. Анализ проведенного исследования позволяет нам дать оценку современному состоянию смертности от РМЖ в РД. Можно сказать, что отражением заболеваемости в республике является смертность, и оба показателя являются сравнительно низкими в РФ. Хотя в целом они остаются сравнительно низкими, но варьируют внутри республики и зависят от места жительства женщин. Существенное их различие, как друг от друга, так от мировых и российских показателей, можно объяснить высокой миграцией населения внутри республики, плохой выявляемостью, высоким процентом запущенных больных и неадекватным лечением. Однако, низкие показатели на селе невозможно объяснить одними перечисленными причинами. Скорее всего, кроме миграционных процессов, на показатели смертности в сельской местности влияют и факторы этнического порядка, к числу которых могут быть отнесены традиции питания, условия проживания, отношение к браку и фертильности. В силу традиций, именно на селе сохранился национальный тип с преобладанием в рационе грубоволокнистой пищи, протекторное влияние которой доказано как экспериментальными, так и эпидемиологическими исследованиями.

Высокая смертность от РМЖ, среди всех показателей смертности злокачественных новообразований у женщин Дагестана диктует необходимость разработки мероприятий, направленных на ее снижение. Задача это хотя и трудная, на фоне растущей заболеваемости, но выполнимая. Приоритетным для этого является ранняя диагностика и внедрение скрининговых методов диагностики РМЖ.

**ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

П.О. Далгатова – аспирант, О.М. Магомедов – доцент

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ «РОЦ» МЗ РД. Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.М. Магомедов

Актуальность. По данным ВОЗ, в структуре заболеваемости злокачественными опухолями в мире (2020 г.) рак молочной железы (РМЖ) занимает первое, а в структуре смертности пятое место после рака легкого, толстой ободочной кишки, печени и желудка. В 2020 г. в Российской Федерации (РФ) заболеваемость РМЖ составила 47,4, а смертность 13, 24 на 100000 женского населения (мировой стандарт), и в общей структуре злокачественных новообразований по заболеваемости, и, в структуре злокачественных новообразований женского населения по заболеваемости и смертности, закрепились на первом месте. В 2020 году в Республике Дагестан (РД) заболеваемость и смертность от РМЖ составили 32,0 и 11,4, соответственно, и были одними из самых низких в РФ.

В настоящее время высокий уровень показателей выживаемости РМЖ в большинстве стран Запада, в основном, обусловлен внедрением программ скрининга с массовым использованием для раннего выявления маммографии. Однако столь глубокое обследование в отношении всего населения практически не осуществимо как с организационной, так и с материальной стороны. Многократное применение, особенно, рентгеновских методов не столь уж безопасно, особенно для женщин до 50 лет. Именно поэтому ставится вопрос о сужении круга лиц, подлежащих осмотрам, т.к. среди выделенных групп лиц (значительно меньшего количества) проведение дорогостоящих, эффективных методов оправдано и возможно со всех сторон.

В нашей стране и за рубежом в разные годы так же были разработаны различные программы скрининга РМЖ. В основе их повсеместно лежат факторы риска, с помощью которых разрабатываются критерии риска заболеть РМЖ. Однако, в силу различных причин, объективного и субъективного характера многие из них у нас остаются не востребованными для массового применения. Это и есть наглядное свидетельство того факта, что общее состояние диагностики опухолевых заболеваний в стране находится на низком уровне. Все сказанное выше указывает на необходимость создания, как в целом для РФ, так и для регионов своего варианта организационных форм профилактического обследования населения.

Цель. Разработка онкоэпидемиологической модели профилактики и раннего выявления РМЖ в РД.

Материалы и методы. Материалом для разработки данной региональной модели профилактики РМЖ послужили данные о 6723 больных РМЖ, выявленных в Республике Дагестан за 20 лет (1995-2014гг.), а так же о 5435 больных с различными заболеваниями молочных желез, прошедших обследование в маммологическом кабинете муниципального диагностического центра (МДЦ) г. Махачкалы РД за три года (2002-2004 гг.) и 273 больных, обследованных там же в рамках «Дня Открытого приема».

Для сужения лиц, подлежащих углубленным методам исследования, нами были использованы данные о факторах риска ранее проведенного исследования. Используя их, а также другие данные об опухоли (визуальные и пальпаторные) была создана адаптированная схема работы всех первичных звеньев здравоохранения по профилактике и раннему выявлению рака молочной железы. Для этого была выработана «Диагностическая карта» (рис.1), вкладываемая в амбулаторные карты пациенток, обращающихся впервые на прием, как первый этап подбора больных (первичный скрининг) для дальнейшего дообследования, те выделения групп повышенного риска.

Результаты. Проверка результатов внедрения разработанной модели профилактики РМЖ в условиях Муниципального диагностического центра города Махачкалы показала ее эффективность, и позволило нам дать оценку данной модели.

Прочитать внимательно! При наличии хоть одного признака направить на дообследование!

Визуальные признаки рака молочной железы	Пальпаторные признаки рака молочной железы	Анамнестические дан- ные о возможном РМЖ
↓	↓	↓
Увеличения или уменьшения размера МЖ	Уплотнение в виде ограниченного или диффузного узла в молочной железе.	Рак мол. железы в семье
Втяжение или отклонение соска в сторону		Рак яичников в семье
Ограниченный или тотальный отек молочной железы	Появление ровного участка кожи при захвате опухоли 2-мя пальцами.	Другие злокачественные опухоли в семье
Мокнутие или корочки	Появлении «лимонной	Раннее до 12 лет и позднее после 16 лет начало месячных
		Позднее после 55 лет их

на коже ареолы и соска.	корки» при захвате кожи 2-пальцами над опухолью.	прекращение
Изъязвление или эрозии кожи ареолы и соска		Выкидыш или аборт до родов
Ограниченная или тотальная краснота кожи	«Пупковидное» вдавление кожи молочной железы при попытке поднять руки.	Первые роды после 30 л.
		Перенесенные маститы
Нарушение конфигурации молочной железы. Ямочки, выбухания кожи и т.д.	Уплотнение у края подмышечной впадины или самой впадине.	Фибр-кистозная мастоп. и другие доброк. образ. , леченые хирург. ранее
		Длительные воспалит. заболев. матки и яичник; эндометриоз, миома.
Увеличение размера соска и ареолы (сравнительно с другой).	Кровянистые или другие выделения из соска при ее прижатии	Ожирение, сахар. диабет
		Травма мол. железы
		Боли, дискомфорт в МЖ

Рис. 1. Диагностическая карта.

Как известно, критерием оценки качества любых методов диагностики является процент выявленной патологии на ранних стадиях. Как видно из табл. 1, при новом, предложенном нами подходе выявляемость в I стадии составила 18,2%, что значительно выше, чем в среднем по РД сегодня (12,7%).

Обсуждение. В последние годы в рамках национального проекта по здравоохранению повсеместно происходит внедрение новых методов диагностики (маммография, УЗИ), позволяющих выявить опухоли на ранней стадии. Однако, несмотря на это, показатели выявляемости особо не улучшаются, что указывает на низкую онкограмотность врачей общей лечебной сети и отсутствии подготовленных кадров, умеющих интерпретировать начальные проявления рака молочной железы.

Таблица 1

Сравнительные данные эффективности ранней диагностики рака молочной железы при
новом подходе и обычном приеме в МДЦ г. Махачкала

Выявляемость при новом подходе			Выявляемость при обычном приеме	
Стадия	Количество	%	Количество	%
I	2	18,2%	4	14,3%
IIa	3	27,3%	6	21,4%

IIб	2	18,2%	8	28,7%
IIIa	2	18,2%	3	10,7%
IIIб	1	9,0%	5	17,8%
IVst	1	9,0%	2	7,1%
Всего	11	100%	28	100%

Предложенный нами метод имеет определенное преимущество перед указанными выше методами, так как можно использовать и в первичных звеньях здравоохранения, на ежедневных приемах, активируя их работу, не изменяя существенно ни нагрузки, ни времени, ни денег, затрачиваемого при осмотре одного больного. Наш модель активной профилактики и раннего выявления РМЖ может быть так же использована и внедрена при создании общей противораковой программы в РД.

Улучшение показателей выявляемости в начальных стадиях, а так же снижение запущенности и одногодичной летальности РМЖ получены и в работах как отечественных, так и за рубежных авторов, при усовершенствовании организационной формы активного ее выявления. Пр этом выявляемость на ранних стадиях в них составило от 54,3% (Marcellino Z.R.), до 74,5% (Семиглазов В.Ф.). В нашем исследовании этот показатель составил 63,7%.

Анализ эффективности в выявлении онкопатологии и на нашем примере показал свое преимущество в условиях города перед традиционными методами, что, по-видимому, обусловлено концентрацией больных в одном месте для осмотра и дообследования.

Таким образом, разработанная нами форма организации раннего выявления рака молочной железы позволяет в современных условиях реально улучшить выявляемость. Сказанное в конечном итоге может привести, при ее внедрении повсеместно в первичных звеньях здравоохранения РД к увеличению выживаемости и снижению смертности от РМЖ.

УРОЛОГИЯ

ОПЕРАЦИЯ «ОКОШКО КАЛЬБА» ПРИ ВОДЯНКЕ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.М. Саидхаджиев - студент 424 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н. К.М. Арбулиев, С.М. Михайлов

Введение. Гидроцеле характеризуется избыточным скоплением жидкости между париетальными и висцеральными листками собственной влагалищной оболочки яичка. Гидроцеле - одно из самых распространенных заболеваний половых органов у мужчин. До сих пор нет единого мнения в отношении выбора метода терапии. В настоящее время наиболее предпочтительным при лечении гидроцеле считаются операции Винкельмана и Бергмана. Эти операции сравнительно трудоемки и травматичны, сопровождаются значительным отеком и гематомами мошонки, что сказывается на длительности пребывания больных в стационаре с потерей трудоспособности. Тем не менее, у взрослых мужчин с крупными и рецидивными водянками они остаются методом выбора. Считаем оправданными поиски более эффективных и менее травматичных методов лечения, позволяющих избежать вышеназванных осложнений, сократить время пребывания в стационаре, особенно у пациентов старшей возрастной группы (80-90 лет) с не очень крупными размерами водянки.

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами исследования, и в зависимости от метода оперативного лечения все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 18 больных – это пациенты, которые были оперированы по стандартной методике Бергмана.

Во вторую группу вошли 15 больных, оперированных по методике Окошко Кальба. Средний возраст больных первой и второй группы составил 84 года (от 79 до 92). При статистической анализе, по возрасту все 2 группы однородны.

Оценка результатов оперативного лечения водянки оболочек яичка проводилось нами путем сравнения осложнений послеоперационного периода. Техника операции Бергмана классическая. Техника операции «Окошко Кальба» следующая: под местным обезболиванием делаем косой разрез длиной 3 см на нижней трети передней поверхности мошонки до париетального листка оболочки яичка; тупым путем выделяется полость мошонки, пунктируется и удаляется жидкость; после этого на париетальном листке собственной влагалищной оболочки вырезалась широкое окошко- диаметром оттока до 2-х см. Рана мошонки ушивалась, окошко остается открытым для резорбции оставшейся водяночной жидкости лимфатическими сосудами подкожной клетчатки мошонки.

Наличие эпидидимита /орхоэпидидимита/ подтверждалось данными ультразвукового исследования (ультразвуковой аппарат Philips IU 22, Франция) при помощи датчика 12 МГц. Диагностическими критериями, характерными для эпидидимита и орхоэпидидимита, считали утолщение головки придатка яичка более 10мм, тела придатка – более 6 мм, хвоста придатка – более 8мм, утолщение оболочек яичка – более 5 мм, а семенного канатика – более 10мм (3,5).

Наличие отека тканей мошонки оценивали путем измерения окружности (при помощи сантиметровой ленты на уровне среднего полюса мошонки), соответствующей половине мошонки сразу после операции, а затем на 1, 3, 5-е сутки в послеоперационном периоде. Разницу между первым и последующим измерениями до 5 мм расценивали как отсутствие отека, от 5 до 15мм - как умеренный отек. Результаты исследования приведены в виде среднего арифметического (М) и среднего квадратичного отклонения (m). Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили методами вариационной статистики. Для статистического анализа были использованы непараметрические критерии Крускала-Уоллиса, Уилкоксона. Также для сравнения между группами использовали критерий Дана и «х квадрат».

Результаты и обсуждения. При анализе осложнений в раннем послеоперационном периоде, было выявлено, что больше всего осложнений наблюдались у пациентов 1-й группы, которым была выполнена операция Бергмана. Это повидимому, связано с травматичностью операции Бергмана. В тоже время у больных 2 группы, которые перенесли операции «Окошко Кальба» отмечается меньшее количество осложнений. Среднее число койко-дней у больных 1 группы 5 ± 2 дней, а у больных 2-й группы перенесших операцию «Окошко Кальба» $2,1 \pm 1,2$ дней.

Выводы. Таким образом, при лечении неосложненных форм гидроцеле наиболее щадящей и малотравматичной является операция Окошко Кальба. Она проста и эффективна, практически не даёт осложнений.

НЕЙРОГЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОТУЛИНОТЕРАПИЯ

М.М. Гусейнова - студентка 424 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., К.М. Арбулиев, к.м.н. С.М. Михайлов

Актуальность. Нейрогенный мочевой пузырь – это заболевание, проявляющееся нарушением функции мочевого пузыря вследствие повреждения центральной или периферической нервной системы, то есть центров проводящих путей, отвечающих за иннервацию этого органа. Повреждения нервных центров и проводников возникает при ряде

серьёзных заболеваний: травмах головного и спинного мозга, рассеянном склерозе, болезни Паркинсона, врожденных пороках развития нервной системы, детском церебральном параличе и т.п. Мочевой пузырь является чувствительным органом, и даже минимальное нарушение его иннервации может приводить к тяжелой дисфункции. Имеется огромное количество пациентов, у которых нарушение мочеиспускания возникает на фоне остеохондроза, искривление позвоночника, грыжах межпозвоночных дисков. Проявления нейрогенной дисфункции мочевого пузыря разнообразны. У некоторых пациентов учащается мочеиспускание, возникает неконтролируемые позывы вплоть до недержания мочи, у других, наоборот, нарушается опорожнение, трудно начать мочеиспускание, приходится выдавливать мочу, мочиться в несколько приемов. Часто пациенты выносят себе приговор- «простатит», «цистит», «уретрит», что является глубоким заблуждением. Причина «плохой» работы мочевого пузыря – нарушение его иннервации.

Для обозначения различных типов нарушения применяются термины: гиперактивный мочевой пузырь, гиперактивность детрузора, детрузорно-сфинктерная диссинергия. За сложными терминами скрываются простые и понятные клинические ситуации. Гиперактивный мочевой пузырь/гиперактивный детрузор (или повышенная активность мышц мочевого пузыря) проявляется частыми позывами, частыми повторными мочеиспусканиями, постоянным ощущением позыва, недержанием мочи.

Детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД) или повышенная активность (вплоть до спазма) мышц тазового дна, проявляется затрудненным опорожнением, трудностями «продавливания» зоны сфинктера, неполным опорожнением мочевого пузыря.

Если у пациент возникли проявления гиперактивного мочевого пузыря: частое мочеиспускание, резкие нестерпимые позывы, постоянное желание мочиться или затрудненное неэффективное опорожнение с натуживанием и усилиями, то ему необходимо обратиться в специализированные урологические центры, занимающихся расстройствами мочеиспускания и уродинамикой, где проведут уродинамические исследования для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

При гиперактивном варианте нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, а так же и при детрузорно-сфинктерной диссинергии, лечение начинают с препаратов снижающих тонус мышц мочевого пузыря, улучшающих внутриорганное кровоснабжение и устраняющих гипоксию: антихолинергические препараты, трициклические антидепрессанты, антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы. Однако, при среднем или тяжелом расстройстве медикаментозное воздействие часто бывает недостаточным, и в этой ситуации хороший эффект даёт малоинвазивное лечение -введению ботулинического токсина типа А (ботулинотерапия).

Сущность метода ботулинотерапии - это введение препаратов ботулинического токсина типа А в стенку (детрузор) мочевого пузыря, в просвет мочевого пузыря, или в область наружного сфинктера. В этих областях находится большое количество холинергических нервных окончаний, и поэтому введение ботулинического токсина в эти области блокирует нервно-мышечную передачу и тем самым, обеспечивает дозозависимое ослабление мышц, устранение нейрогенной гиперактивности. Технический процесс введения не вызывает сложностей - всего 10-15 минут и не требует длительного пребывания в стационаре. Лантокс – препарат ботулинического токсина типа А, является первым и единственным разрешенным к клиническому применению в урологии в РФ. Медицинская технология по его применению ФС№2008/289 зарегистрирована 30.12.2008 г. В многочисленных исследованиях, проведенных в России и за рубежом, доказана его высокая эффективность и безопасность. Лечебный эффект после процедуры длится в течение нескольких месяцев, как правило от 6 до 9 месяцев.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа истории болезни 55 пациентов с гиперактивностью детрузора, у которых консервативное лечение не дало результата, из них было 15 мужчин и 40 женщин. Все эти пациенты ранее получали консервативную терапию М-холиноблокаторами, антагонистами кальция, альфа-адреноблокаторами, однако она оказалась неэффективна у 70% больных или сопровождалась побочными эффектами, в связи с чем пришлось отменить эти препараты и начать ботулинотерапию.

Результаты исследования. После введения Лантокса в мочевой пузырь мы обследовали этих пациентов через 1 и 3 месяца, и нами было зафиксировано улучшение состояния у 91% больных. Эффект от введения Лантокса проявляется на 2-7 сутки. Пациенты отмечают увеличение интервалов между мочеиспусканиями снижение интенсивности позывов, частоты их возникновения. Через 2 недели после инъекции у 85% больных исчезло недержание мочи и urgenность, ноктурия снизилась с 4-5 до 1 раза, частота дневных мочеиспусканий снизилась с 15 до 6-8 раз. Кроме того, увеличилась на 50% максимальная ёмкость мочевого пузыря.

Выводы. Пациенты, страдающие задержками мочеиспускания, отмечают улучшение качества опорожнения, мочатся свободнее, без усилий и дополнительного натуживания, достигают полного опорожнения мочевого пузыря без повторных мочеиспусканий.

Вышеперечисленные данные показывают высокую эффективность метода, его доступность, безопасность.

ПРОБЛЕМА ЗАБЫТЫХ СТЕНТОВ В УРОЛОГИИ

Г.Р. Салихов - студент 524 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев
Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., К.М. Арбулиев, Н.М. Гусниев

Введение. Эффективное устранение обструкции верхних мочевых путей является важной проблемой урологии. Одним из существенных достижений современной урологии является разработка метода внутреннего дренирования мочевых путей с помощью мочеточникового стента, который позволяет быстро восстановить отток мочи из почки. Этот метод применяется достаточно широко, и уже стал рутинным в урологической практике. В связи с этим, в последние годы на повестке дня стоит насущная проблема «забытых стентов». Однако вместе с неопределимыми преимуществами эндоскопического стентирования (малоинвазивность и лучшее качество жизни больных после операции) проблемы все еще существуют.

Любой стент нуждается в регулярной замене, одни стенты нужно менять каждый месяц, другие достаточно менять 1 раз в 3, 6 или 12 месяцев. Это зависит от качества материала, из которого изготовлен стент, и наличия на нём специального защитного гидрофильного или антибактериального покрытия. Однако, стенты длительно находящиеся в мочевых путях рано или поздно теряют защитное покрытие, покрываются биоплёнками, происходит их бактериальная колонизация, и они становятся источником реинфицирования мочевых путей, и частых обострений хронического пиелонефрита, цистита, у многих пациентов развивается дизурия. Кроме того, поверхность отслуживших свой срок стентов часто инкрустируется солями, на пузырьном и лоханочном концах могут образовываться камни, вследствие этого они могут вызывать обструкцию мочевых путей, и их бывает трудно извлечь, чтобы эти камни разрушить приходится выполнять сеансы дистанционной или контактной литотрипсии, а иногда даже открытые операции.

В работе K.Arkusz¹, K.Pasik, An.Halinski, A.Halinski - «поверхностный анализ мочеточникового стента до и после имплантации в тела детей-пациентов», опубликованной в журнале Мочекаменная болезнь 49, 83-92 (2021) приводятся вот такие данные: анализ морфологии поверхности стентов мочеточника double-J, имплантированных после применения процедуры уретерореноскопической литотрипсии для лечения оксалата кальция в течение 7-31 дня, показал, что отложение кристаллов и камней наблюдалось даже через 7 дней после имплантации. Каменно-кристаллический слой формировался как на наружной, так и на внутренней сторонах стентов. Однако дистальная и проксимальная части стента наиболее восприимчивы к пост-URS-L фрагментам и отложению мочевых солей.

К тому же нередко происходит миграция таких стентов, лоханочный завиток вместе со стентом перемещается в мочеточник и в мочевой пузырь, и такие стенты перестают дренировать почку, или наоборот, они могут перемещаться из пузыря в мочеточник, тогда они усиливают обструкцию и их бывает трудно извлечь. Пластические материалы, из которых изготавливают стенты со временем деградируют, они теряют прочность, поэтому длительно стоящие в мочевых путях стенты могут разрушаться, отрываются и остаются в мочевых путях их фрагменты, их извлечение является серьёзной проблемой для практикующих урологов. Поэтому важной задачей в практике уролога является регулярная замена стентов, однако многие пациенты невнимательны к своему здоровью, неряшливы, они не приходят вовремя на замену стентов, не прислушиваются к рекомендациям врачей.

Материалы и методы: в этой статье мы приводим клинический случай. Больная А. 38 лет в 11.05. 2018 г в плановом порядке поступила в Республиканский урологический центр г Махачкала с жалобами на боли в поясничной области слева. Из анамнеза известно, что у этой пациентки после неправильного удаления мочеточникового стента, его почечный завиток (pig tale) оторвался и остался в лоханке почки в течение 1 года и 2 месяцев, вызвав при этом обструкцию и воспалительный процесс. В виду длительности нахождения инородного тела и его инкрустации этой женщине 15.05.2018г пришлось выполнить открытую операцию: люмботомию, пиелотомию и удаление завитка стента из лоханки левой почки.

Вот ещё один характерный случай, больной Г. 78 лет 21.03.2019 г в плановом порядке поступил в Республиканский урологический центр г Махачкала с жалобами на боли в поясничной области справа, иррадиирующими в пах. Из анамнеза известно, что за 4 месяца до этого, в одной из больниц, в связи с наличием камня в средней трети правого мочеточника, этому пациенту установили стент. Пациент 4 месяца не обращался к врачам, чтобы заменить его, пока боли в поясничной области не заставили его обратиться в Республиканский урологический центр. Проведено УЗИ почек, МСКТ с контрастированием, визуализирован камень мочевого пузыря размером 3 см, и камень в почке размером 4 см, расширение ЧЛС правой почки. Проведена контактная цистолитотрипсия, а через 2 дня после этого проведена операция – пиелолитонефростомия справа.

Больной М. 61 лет поступил в Республиканский урологический центр 07.11.2019г с болями в поясничной области слева. Из анамнеза известно, что за 3 месяца до этого, в одной из республиканских больниц, ему провели стентирование в связи с наличием камня в левом мочеточнике. В этом случае тоже забыли про стент. С помощью УЗИ и МСКТ установили диагноз: МКБ, камень левого мочеточника, камень левой почки, образовавшийся на лоханочном завитке забытого стента. В стационаре 09.11.2019г проведена цистоскопия с

удалением дистального конца стента, а затем проведена операция – перкутанная нефролитолапаксия с удалением проксимальной части стента.

Кроме того, за последние 5 лет в Республиканский урологический центр г Махачкала обратилось 30 пациентов с осложнениями в виде камней размерами от 5 до 11 мм, образовавшихся на забытых мочеточниковых стентах. Всем этим пациентам проведено разрушение конкрементов с помощью дистанционной литотрипсии, и только после этого удалось извлечь стенты из мочевых путей.

Выводы: стентирование мочеточников, безусловно, является эффективным и малоинвазивным способом внутреннего дренирования мочевых путей, позволяющим быстро восстановить отток мочи. Однако при широком использовании процедуры стентирования необходимо учитывать, что она имеет определенные показания и не является абсолютно безопасной и атравматичной. Следует оценивать необходимость и возможность стентирования у каждого пациента индивидуально. Поэтому, после этой процедуры перед урологом стоит важная задача - поддерживать связь со стентированными пациентами, регулярно приглашать их для проведения рентгеноскопического и УЗИ-контроля за положением стентов в мочевых путях, регулярно менять их. Врач должен настроить пациента на ответственное и внимательное отношение к своему здоровью.

ФАРМАКОЛОГИЯ

ТАКТИКА ФАРМАКОТЕРАПИИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Ш.М. Ахмедов – студент 329 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова, к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова.

Актуальность. Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, основным проявлением которого являются эпилептические припадки с нарушениями двигательных, чувствительных, вегетативных и когнитивных функций. Эпилепсия - одна из наиболее распространённых форм заболеваний нервной системы. Больных эпилепсией на сегодняшний день больше, чем людей, страдающих от болезней Альцгеймера, Паркинсона и ДЦП вместе взятых. В этиологии эпилепсии основная роль принадлежит наследственной предрасположенности и различным травмам головного мозга. В основе патогенеза эпилепсии лежит внезапная мембранная неустойчивость нейронов коры больших полушарий, которая приводит к возникновению на клеточной мембране внезапного и сильного деполяризационного сдвига. При этом возникает спонтанная длительная деполяризация нейрона с суммарной вспышкой разрядов. Неестественно высокая склонность к деполяризации эпилептогенных нейронов вызвана их повышенной чувствительностью, являющейся следствием: 1) повреждений в мембране или нарушений в метаболизме нейрона;

2) расстройством регуляции концентрации внеклеточных ионов либо, так называемых, трансмиттеров, вызывающих их дисбаланс и, соответственно, повышением нейронной возбудимости;

3) тенденцией нейронных сетей к облегчению возбудимости из-за дефицита ингибиторных влияний. Доказано, что генерация эпилептических разрядов является прямым следствием дисфункции не только натриевых, но так же и калий-, кальций- ионных каналов.

Следует отметить, что повышенный уровень процессов возбуждения в пораженной зоне провоцирует избыточное накопление ионов калия во внеклеточном пространстве, приводя к чрезмерной и патологически продолжительной деполяризации мембран нейронов и стимулируя пролиферацию клеток нейроглии. Глиоз ведет к дезорганизации межнейронных синаптических контактов, приводя к дополнительной нестабильности мембраны нервных клеток. Совокупность патологически возбуждённых нейронов, объединённых в нейронные сообщества формируют эпилептический очаг. В результате

реорганизации синаптического аппарата, для патологического очага свойственно повышение синаптической проводимости, одновременность и синфазность генерации патологических разрядов. Конечным итогом деятельности всех этих изменений является способность очага генерировать гиперсинхронный разряд. Как следствие, определённое количество вовлеченных патологическим возбуждением нейронов приводит к возникновению эпилептического приступа.

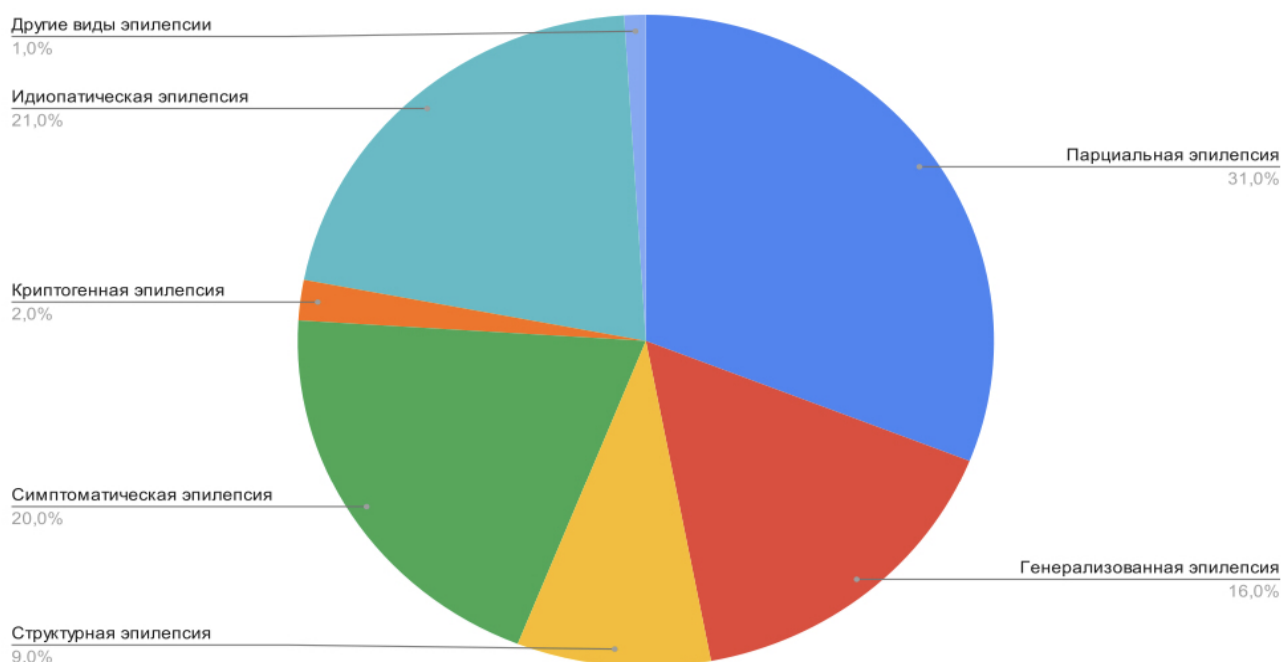
Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения более 49 миллионов человек страдают эпилепсией во всём мире. И каждый год этот показатель увеличивается более чем на 2 млн человек [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>]. По официальной статистике Министерства здравоохранения, в России число больных эпилепсией составляет более 1 миллиона человек [<https://bujet.ru/article/378591.php>]. Распространенность эпилепсии в городской и сельской популяциях Республики Дагестан составляет соответственно 2,06 и 2,98 на 1000 взрослого населения [7]. В ближайшее 15-20 лет ожидается удвоение этих показателей.

Цель исследования. Определить тактику фармакотерапии и распространённость различных видов эпилепсии в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе 1-го, 2-го и 3-го неврологических отделений ГБУ РД РКБ. В общей сложности было исследовано и проанализировано 100 историй болезни. Возраст пациентов варьировался от 18 до 73 лет, среди которых 57% - мужчин и 43% - женщин.

Результаты исследования. В ходе анализа историй болезни были получены следующие результаты распространенности эпилепсии в зависимости от ее вида:

Рис.1 - Распространённость эпилепсии в зависимости от ее вида в Республике Дагестан



парциальная эпилепсия была диагностирована у 31,0% больных, генерализованная эпилепсия – 16,0%, структурная эпилепсия – 9,0%, симптоматическая эпилепсия – 20,0%, идиопатическая эпилепсия – 21,0%, криптогенная эпилепсия – 2,0% и др. виды эпилепсии – 1%. Закономерности между развитием того или иного вида эпилепсии и полом, возрастом пациентов выявлено не было.

Фармакотерапия всех вышеперечисленных видов эпилепсии комбинированная: противоэпилептическое средство + нейропротектор + средства, улучшающие мозговое кровообращение + витамины группы В (фолиевая к-та, биотин). При парциальной эпилепсии в качестве противосудорожного препарата чаще всего назначают финлепсин (карбамазепин), кеппра; при генерализованной – финлепсин, депакин; при структурной эпилепсии – депакин, кеппра; при симптоматической – финлепсин (карбамазепин); при идиопатической эпилепсии – финлепсин (карбамазепин); при криптогенной эпилепсии – депакин.

Выводы. В результате проведённого исследования было установлено, что:

1) для повышения эффективности противоэпилептической фармакотерапии специалисты придерживаются комбинированного подхода медикаментозного лечения;

2) самыми распространенными препаратами, назначаемыми при лечении эпилепсии независимо от её вида и форм проявления являются: финлепсин (60%), депакин (20%), кеппра (15%);

3) наиболее распространенными видами эпилепсии на территории Республики Дагестан являются: а) парциальная эпилепсия (31,0%); б) идиопатическая эпилепсия (21%); в) симптоматическая эпилепсия (20,0%).

Литература.

1. «Epilepsy today» Françoise Bertran. Rev Infirm. Aug-Sep 2018.
2. «Epilepsy in adults» Roland D Thijs et al. Lancet. 2019.
3. Рудакова И.Г. , Котов С.В. , Белова Ю.А. «Эпилепсия. Основы диагностики и терапии». Журнал: «Альманах клинической медицины».2004.
4. Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева, Т.Н. Саблина, А.А. Кочкина «Эпилепсия в таблицах и схемах (Клинические, терапевтические и социальные аспекты)» .2014.
5. В.В. Колягин «Этиология, классификации и лечение эпилепсии ». 2010.
6. «Recent advances in epilepsy» Mark Manford. J Neurol. 2017 Aug.
7. «Результаты клинико-эпидемиологического исследования эпилепсии в городском и сельском районах Республики Дагестан». Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012

**АНАЛИЗ СПРОСА НА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ КАК
ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА**

А.А. Гуруев - студент 335 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер», Махачкала, Россия

Научные руководители – к.ф.н., доцент Х.Н. Насрулаева,

к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова, к.м.н., доцент, З.Ш. Магомедова

Актуальность темы: БАД к пище – это пероральные препараты на основе натуральных или идентичных натуральным продуктов, обладающие оздоровительным действием, предназначенные для профилактики неинфекционных заболеваний путем подавления хронических патологических процессов и коррекции основных функций организма, предназначенные для длительного постоянного приема и применяющиеся при острых состояниях лишь в качестве вспомогательных веществ (Консультативный центр по биологически активным добавкам к пище).

Основное значение добавок – профилактика заболеваний и коррекция основных функций организма. Также большое значение они имеют как вспомогательные средства, дополнительный источник питательных веществ, т.е. дополнение к основному лечению больного.

Цель: провести сегментирование рынка биологически активных веществ, которые применяются в общей терапии различных заболеваний населения.

Материалы и методы исследования: По данным академика РАМН Тутельяна В.В. – на долю здоровых людей в среднем приходится около 20% от популяции. В результате периода маладаптации – это, прежде всего, недостаточная защитная функция организма, сниженный иммунитет, влияние неблагоприятных условий окружающей среды. На долю маладаптации приходится около 40% населения. На долю предболезни приходится 20% и только 20% – на состояние болезни – медицинскую и фармацевтическую помощь. Следовательно, от 60% до 80% населения могут успешно применять БАД к пище для сохранения здоровья и профилактики болезней.

Результаты исследований. В последнее десятилетие резко снизилось потребление пищи. Для поступления в организм необходимого количества микронутриентов нужно потреблять, в пересчёте на энергетическую ценность 3000 килокалорий, но сейчас человеку достаточно 2300 килокалорий для пополнения энергетических запасов, что и ведет к дефициту микронутриентов в организме. Увеличение потребления пищи приведет к избыточной массе тела и ожирению, от которого уже страдает по данным МЗ 55% населения

старше 30 лет. Не менее широко распространен и дефицит полиненасыщенных жирных кислот, способствующих развитию атеросклероза и таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертония и т.д. Кроме того, примерно у 80% жителей нашей страны отмечается недостаток витамина С. В результате 55% причиной смертей (по данным МЗ РФ) становятся сердечно-сосудистые заболевания, одним из основных рисков развития, которых является нарушение структуры питания. На втором месте – несчастные случаи, травмы и отравления (14%). На третьем месте – злокачественные новообразования (13%). Болезни органов дыхания, пищеварения, инфекционные, паразитарные и прочие болезни в общей сложности занимают 18% в структуре смертности.

Выводы: Таким образом, приоритетами оздоровительных программ должны стать заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные заболевания и злокачественные новообразования. С этими задачами по мнению некоторых авторов (Орехов А.Н., Тутельян В.В. и др.) успешно могут справиться биологически активные добавки к пище, так как они удовлетворяют основным требованиям оздоровления населения:

- ❖ Возможность длительного или постоянного применения,
- ❖ Общедоступность (режим применения, цена).

По данным *Консультативного Центра по БАД* применение нелекарственных оздоровительных средств позволит снизить заболеваемость ОРВИ и гриппом в 2-3 раза, сердечно - сосудистыми заболеваниями в 6 раз и сократить частоту появления злокачественных новообразований на 20%.

В связи с этим необходимо изучить потребительское поведение при покупке биологически активных добавок к пище. С целью выявления мотивов спроса на БАД к пище нами проведены пилотажные исследования общественного мнения посетителей аптек.

Экспресс опрос и анкетирование проведено в 2021 году, в ряде наиболее крупных аптек города Махачкала («Целитель», «Чудо-Лекарь», «36,6»). По результатам анкетирования более 100 человек выяснено, что при покупке добавок основное внимание уделяется их эффективности (37,3%) стоимости (24%) и побочным эффектам (22,7%). При этом от БАДов покупатели в основном ожидают повышения иммунитета (25%), повышения тонуса организма (25%), и улучшения состояния сердечно-сосудистой системы (21,8%), что вполне соответствует программе оздоровления населения.

Однако, необходимо обратить внимание на профилактику злокачественных новообразований- это одна из наиболее сложных задач, стоящих перед Министерством Здравоохранения Республики Дагестан.

При покупке биологически активных добавок респонденты руководствуются рекомендациями врача (31,3%) и знакомых (31,3%). Причем большая часть респондентов

уже приобретали биологически активные добавки к пище (68%) и применяют их не менее месяца. Более половины опрошенных, оценивают действие добавок как «хорошее» (53%).

Цены на покупаемые добавки колеблются в пределах от 210,70 («Йод-Актив» завод «Диод») до 2000 рублей («Гинкго-билоба» Irvin Naturals). Средняя цена на добавки, пользующиеся спросом у посетителей аптек, составляет 502,7 рубля, и они в основном считают её доступной (21,4%). Следует отметить, что уровень среднего заработка посетителей на одного человека в месяц находится в пределах 12000-20000 рублей (39,3%) и 30000-50000 рублей (25%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОБАЗОЛА КАК СТИМУЛЯТОРА КРОВЕТВОРЕНИЯ НА ФОНЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

**З.Э. Гаджимурадов, Т.Р. Шихкеримов – студенты 315 группы педиатрического факультета
Кафедра фармакологии.**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - ассистент К.Г. Рамазанова

Зав. кафедрой - к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. В настоящее время остро стоит проблема онкологических заболеваний. Согласно данным Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ), онкологическая патология занимает второе место в структуре заболеваемости – 23,5% от общего числа. По данным мировой статистики, опухолевые заболевания ежегодно диагностируются более, чем у 12 млн. человек. В структуре смертности населения Российской Федерации злокачественные новообразования занимают третье место (13,3%) после болезней сердечно-сосудистой системы (55,3%), травм и отравлений (14,3%). Сегодня целый ряд онкогематологических заболеваний и солидных опухолей может быть излечен с помощью цитостатических препаратов. Но, к сожалению, современная химиотерапия в онкологии и гематологии постоянно балансирует между возможностью достижения максимального противоопухолевого ответа и переносимостью различных нежелательных побочных эффектов.

Ввиду отсутствия принципиальных отличий между клетками злокачественной опухоли и клетками здоровых тканей, механизм действия цитостатиков не обеспечивает избирательности действия, и для поражения уязвимыми становятся здоровые пролиферирующие клетки. Страдают, прежде всего, быстропролиферирующие органы и ткани: кроветворения, слизистые, волосяные фолликулы и т.д. В результате действия цитостатических агентов снижаются показатели крови: число лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов. Именно поэтому параллельно с цитостатиками онкологическим больным часто

назначают препараты для профилактики и лечения данных сопутствующих заболеваний. Одним из таких перспективных препаратов для лечения острых и хронических постгеморрагических, анемий, в том числе анемий, резистентных к препаратам железа, а также лейкопений различного генеза при общих лучевых и химических поражениях, является препарат Кобазол, синтезированный в Иркутском институте химии СО РАН. Данный препарат, обладающий лейкопозитическим фармакологическим действием и повышающий общую и неспецифическую сопротивляемость организма, прошел полные доклинические испытания по безопасности и 1 фазу клинических испытаний.

Цель. Изучение применения препарата Кобазол для лечения различных анемий, в том числе лейкопений на фоне цитостатической химиотерапии у онкологических больных.

Материал и методы исследования. К интересному выводу о влиянии Кобазола на стимуляцию лейкопоза у онкологических больных с развившимися лейкопениями после цитостатической терапии пришли наши коллеги из Иркутского областного онкологического диспансера. {2}. В работе применялся метод открытого проспективного исследования.

Для изучения и сравнения клинических и лабораторных показателей выделено 2 группы:

- больные с лейкопенией, получавшие гемостимулирующую терапию препаратом Кобазол, – 26 человек (1 группа, опытная);
- больные с лейкопенией, находившиеся под активным наблюдением без медикаментозной коррекции, – 29 человек (2 группа, контрольная).

Больные в обеих группах обладали сходными возрастными, клиническими и лабораторными показателями. В 1-й группе лейкопении выявлены у больных от 18 до 69 лет (средний возраст 45 лет), во 2-й группе – от 18 до 71 года (средний возраст 49 лет). По степени тяжести лейкопении и нозологическим формам больные распределялись следующим образом:

Клинический признак	1-я группа (n= 26)	%	Клинический признак	2-я группа (n=29)	%
1.Степень тяжести лейкопении:			1.Степень тяжести лейкопении:		
II	17	65.4	II	21	72.4
III	9	34.6	III	8	27.6
2.Основной диагноз:			2.Основной диагноз:		
Рак молочной железы	9	34.6	Рак молочной железы	12	41.4

Злокачественная лимфома	7	26.9	Злокачественная лимфома	5	17.2
Остеогенная саркома	3	11.5	Остеогенная саркома	1	3.5
Рак мочевого пузыря	7	26.9	Рак мочевого пузыря	11	37.9

Результаты исследования. Анализ эффективности исследуемого препарата проводился на основании клинических симптомов и лабораторных данных через 3 и 6 дней после начала курса терапии. При изучении изменений в системе крови при лейкопениях применяли общий клинический анализ крови (определение концентрации гемоглобина, подсчет содержания эритроцитов, тромбоцитов, вычисление цветного показателя, определение гематокрита, подсчет количества лейкоцитов, лейкоцитарной формулы и исследование скорости оседания эритроцитов), биохимический анализ крови (определение общего билирубина, общего белка, уровня креатинина, мочевины, АЛТ, АСТ, диастазы, глюкозы) (таблица №2)

Таблица 2. Показатели общего анализа крови у онкологических больных с лейкопенией в динамике на 0-й и 6-й дни лечения Кобазолом

Показатель	Исследуемые группы			
	0-й день		6-й день	
	1 (n 26)	2 (n 29)	1 (n 26)	2 (n 29)
Эритроциты $\cdot 10^{12}$ /л	3,70	3,91	3,99	3,95
Гемоглобин г/л	114,15	123,04	119,45	125,62
Цветной показатель	0,89	0,91	0,92	0,92
Лейкоциты $\cdot 10^9$ /л	2,19	2,41	3,49	2,78
Базофилы %	0,88	0,73	0,63	0,69
П/я нейтрофилы %	1,50	2,10	2,12	2,40
С/я нейтрофилы %	63,12	61,7	62,94	63,26
Эозинофилы %	2,62	1,9	2,13	2,25
Лимфоциты %	28,04	30,41	28,53	28,01
Моноциты %	3,84	3,16	3,65	3,39
Тромбоциты $\cdot 10^9$ /л	236,92	203,45	253,31	234,12
СОЭ мм/час	19,35	12,59	18,12	12,66

При анализе полученных результатов до и после лечения Кобазолом обнаружен прирост индекса лейкоцитов на 60%, тогда как в контрольной группе этот же показатель составил 15% от исходного уровня.

Выводы: 1. Кобазол эффективно купирует постгеморрагические, железодефицитные анемии, анемии, резистентные к препаратам железа, а также цитотоксические и постлучевые лейкопении. Прирост показателей периферической крови после лечения Кобазолом свидетельствует о его более выраженной эффективности в сравнении с общепринятыми гемостимуляторами (витамин В12, препараты железа, лейкоген) при использовании традиционных методов терапии. Так, эффективность кобазола в отношении лейкопений создает реальную возможность сохранения нормальных значений количества лейкоцитов в условиях противоопухолевой химио- и лучевой терапии.

2. Препарат стимулирует лейкопоз у онкологических больных с развившимися лейкопениями после цитотоксической терапии. Кобазолу присуще протекторное свойство, позволяющее проводить цикловую химиотерапию с запланированной дозовой интенсивностью.

Литература.

- 1) Байкалова Л.В., Е.В. Одареева, Н.В. Протопопова Н.В. Применение кобазола в лечение анемий и лейкопений в гинекологической практике // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – Р. 19-21 – С. 53–55.
- 2) Лебедева С.А., Дворниченко В.В., Пономаренко Д.М., Шевчук А.В., Паршина Л.Н., Трофимов Б.А. Отчет о клиническом испытании препарата "Кобазол", проведенном на базе отделения химиотерапии опухолей Иркутского областного Онкологического Диспансера // 2020.
- 3) Мартынова С.Н., Зовский В.Н. Метаболические эффекты меди и кобальта (обзор), 2010, №2. – С. 42-49.
- 4) Хричкова Т.Ю. Механизмы развития миелотоксических эффектов в процессе противоопухолевой химиотерапии у больных злокачественными новообразованиями: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Томск, 2009. – 52 с.
- 5) Громова О.А., Торшин И.Ю., Хаджидис А.К. Клинические и молекулярные аспекты эффективного и безопасного лечения анемии. Методическое пособие. М.: 2010. – С. 49.
- 6) Птушкин В.В. Анемия в онкологии, подходы к лечению // Современная онкология. – Т. 14. – № 1. – 2012. – С. 14-18.
- 7) Darago` A., Sapota A. Kobalt i jego związki nieorganiczne – w przeliczeniu na Co // Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy 3. – 2011. – Р. 47-94.
- 8) Oustamanolakis P., Koutroubakis I.E., Messaritakis I., et al. Measurement of reticulocyte and red blood cell indices in the evaluation of anemia in inflammatory bowel disease // Journal of Crohn's and Colitis. – 2011. – № 5(4). – Р. 295–300.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ
КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

А.С. Шайхвалиев – студент 310 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент, Х.Н. Насрулаева

Зав. кафедрой - к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. На сегодняшний день проблема лечения новой коронавирусной инфекции и ее осложнений не теряет своей актуальности. По результатам проведения собственного социологического опроса среди 276 переболевших COVID-19 жителей Республики Дагестан, было обнаружено, что большая часть опрошенных (31,1%), в профессиональной деятельности которых превалировала умственная работа, жаловались на нарушения со стороны нервной системы и психики (депрессия; раздражительность; рассеянность; нарушение памяти, когнитивных функций, концентрации, внимания). После консультации с ведущими врачами-неврологами Республики, было выяснено, что для коррекции вышеуказанных психических нарушений использовался препарат Кавинтон.

Цель. Проанализировать лечебное действие, сравнительную эффективность и безопасность применения препарата Кавинтон при лечении нейропсихических расстройств, обусловленных COVID-19.

Материал и методы исследования. Для проведения оценки препарата Кавинтон были отобраны истории болезни пациентов, имеющих симптомы поражения нервной системы и психики, ранее перенесших COVID-19, в количестве 40 (20 из которых в качестве терапии получали Кавинтон) на базе Медицинского Центра им. Р. П. Аскерханова, РКБ г. Махачкала.

Также было рассмотрено и проанализировано более 50 клинических международных исследований, включавших в себя лечение 7500 больных препаратом Кавинтон.

Результаты исследования. После сравнительного анализа историй болезни пациентов было выявлено, что в результате терапии Кавинтоном чаще наблюдалась положительная динамика и лечебный эффект проявлялся на более ранних сроках.

Данные международных исследований показали, что под влиянием Кавинтона наступило улучшение в 76% случаев.

841 больного с хронической церебральной ишемией подвергали лечению Кавинтоном (атеро- и артериосклероз мозга, хроническая цереброваскулярная недостаточность и локализованные на разных участках сосудов, энцефалопатия, то есть случаи слабоумия в

связи с размягчением мозга на фоне множественных его инфарктов). Благоприятный эффект отмечался в среднем в 79,55% случаев.

Среди больных, страдавших острой мозговой ишемией, сопровождающейся деструктивным изменением, 325 получили Кавинтон и благоприятный эффект наблюдали в среднем в 77,85%.

Среди больных с острой мозговой ишемией деструктивных изменений (ТИА, ангиоспазм, закупорка крупных сосудов) 177 получили Кавинтон, улучшение наступило в среднем в 91,53%.

Упомянутые области являются важнейшими среди возможностей применения Кавинтона.

Кроме того, обнадеживающие результаты получены при применении препарата после травм, а также при пониженном мозговом кровоснабжении и депрессии по поводу шейного спондилоза.

Среди симптомов лучше и быстрее всего улучшились психические, психосоматические жалобы. Как правило, они прошли или смягчились в 70-80% после одного трехнедельного лечения. Неврологические симптомы улучшились в среднем на 60-70%, для достижения благоприятного лечебного эффекта обычно требовалось лечение по меньшей мере в течении месяца.

Интеллектуальная работоспособность улучшилась в подобном проценте случаев.

Szobor и Klein подтверждали эффект у 100 нейропсихиатрических больных с помощью психодиагностических проб и обнаруживали улучшения в 81% случаев.

Улучшение клинической картины соответствовало результатам исследований мозгового кровообращения и метаболизма.

Клиническая эффективность Кавинтона была подтверждена в многочисленных двойных слепых экспериментах.

В сравнительных исследованиях Кавинтон оказался более выгодным, чем сопоставленные с ним другие препараты, использованные по подобным показаниям.

В эксперименте в зависимости от примененной пробы Кавинтон 3-4 раза более интенсивно усиливал мозговой кровоток, чем Винкамин. Важным отличием является то, что Кавинтон действует избирательно. Под влиянием Винкамина снижается среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений, переходное кровоснабжение почек и коэффициент клубочковой фильтрации, тогда как под влиянием Кавинтона не наступило ни одного из этих параметров.

В сравнительных клинических исследованиях Винкамин вызывал улучшение в 48,4%, а Кавинтон достоверно чаще, в 56,67% случаев.

Кавинтон оказался достоверно более эффективным и в сравнительных исследованиях с дигидроэрготоксином. Предыдущий вызвал улучшение в 64,71% а последний – в 54,12% случаев.

Кавинтон оказался достоверно лучшим и при сопоставлении с Никотинатом ксантинола, улучшение составляло 58,68% и 41,92% соответственно.

С точки зрения безопасности Кавинтон оказался чрезмерно выгодным. Лишь редко вызывает побочные явления, практически не выступает во взаимодействие с другими препаратами, кроме центральной нервной системы на функцию других органов или систем не влияет.

Выводы. Исходя из результатов исследований, можно сделать вывод, что клиническая и сравнительная эффективность, безопасность применения препарата Кавинтон при лечении нейropsychических расстройств, обусловленных COVID-19, весьма оправданы.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЕМ ПРИКУСА И ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ У ПОДРОСТКОВ

П.Ю. Магомедова - студентка 531 гр. лечебного факультета,

Г.М. Тамиров - студент 336 гр. лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Неправильный прикус и дефекты позвоночника часто возникают у подростков. Частота аномалий прикуса среди населения России колеблется от 50% до 80%. Заболеваемость идиопатическим сколиозом оценивается в 2-4% среди подростков. Это составляет около 70-90% от общего числа диагностированных случаев сколиоза. Идиопатический сколиоз- это трехмерная деформация позвоночника и туловища в процессе развития. Причина идиопатического сколиоза остается неизвестной, и недавно была принята теория его многофакторной этиологии.

Как клинические симптомы идиопатического сколиоза, так и его гипотетические причинные факторы могут влиять на развитие, морфологическое и функциональное состояние стоматогнатической системы. В литературе есть упоминания о том, что дефекты осанки влияют на распространенность аномалий прикуса и дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава. Риск распространенности неправильного прикуса у лиц со сколиозом, вероятно, выше, чем в общей популяции. Однако научных доказательств такого риска пока не существует.

Целью этого исследования было определить частоту аномалий прикуса в популяции подростков (школьников 12-13 лет) с идиопатическим сколиозом по сравнению со здоровым населением того же возраста, а также проанализировать взаимосвязь между аномалиями прикуса и идиопатическим сколиозом.

Методы и материалы. В исследовании участвовали 65 подростков с идиопатическим сколиозом в возрасте от 11 лет и 9 месяцев до 13 лет и 2 месяцев (средний возраст 12,6 (стандартное ОТКЛОНЕНИЕ 0,3)), 33 девочки и 32 мальчика. Диагноз идиопатического сколиоза был основан на физикальном обследовании, проведенном по технике хирургов-ортопедов.

Контрольную группу составили 54 подростка в возрасте от 11 лет и 11 месяцев до 13 лет (средний возраст 12,6 (стандартное ОТКЛОНЕНИЕ 0,43)), в том числе 23 девочки и 31 мальчика, посещавшие школу №9 г. Махачкала. Эти подростки были определены в контрольную группу одними и теми же исследователями, были исключены любые признаки

патологий опорно-двигательного аппарата путем физикального обследования. Все субъекты с какими-либо хроническими заболеваниями (кроме идиопатического сколиоза) были исключены как из исследования, так и из контрольной группы.

Исследование включало ортопедическое обследование и клиническое стоматологическое обследование.

Определено расположение и направление сколиоза, которые классифицированы на: П-ВГ/правый верхнегрудной ; Л-ВГ/левый верхнегрудной; П-СГ/правый среднегрудной; Л-СГ/среднегрудной слева; П-НГ/правый нижнегрудной.

Неправильный прикус диагностировали в переднезадней, поперечной и вертикальной плоскостях. Классифицировали на : Прогнатический, прогенический, Глубокий, Открытый.

Статистический анализ данных производился для номинальных данных с расчетом: Хи-квадрат Пирсона , Хи-квадрат Пирсона с поправкой на правдоподобие , Хи-квадрат Пирсона с поправкой Йейтса , точный критерий Фишера , критерий V Крамера , критерий f, коэффициент сопряженности Пирсона , нормированное значение коэффициента Пирсона. Статистический анализ проводился с использованием статистической программы STATISTICA 8.

Результаты исследования. Распространенность каждого типа сколиотической дуги представлена в таблице 1.

Таблица 1. Распространенность различных типов сколиоза среди подростков обоих полов

Тип сколи оза	Мальчики				Девочки				Общее				Тип прикуса
	Сколиоз		Прикус		Сколиоз		Прикус		Сколиоз		Прикус		
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	
Нет	31	49.2	38	60.3	23	41.1	22	39.3	54	45.4	60	50.4	Ортогна тический
П-СГ	18	28.6	14	22.2	14	25	21	37.5	32	26.9	35	29.4	Прогнат ический
Л-СГ	4	6.4	4	6.4	6	10.7	6	10.7	10	8.4	10	8.4	Прогени ческий
П-ВГ	3	4.8	5	7.9	2	3.6	3	5.4	5	4.2	8	6.7	Глубоки й
Л-ВГ	6	9.5	2	3.2	3	5.4	4	7.1	9	7.6	6	5	Открыт ый
П-НГ	1	1.6			8	14.3			9	7.6			

Чаще всего среди подростков встречается сколиоз правого средне-грудного отдела позвоночника (26,9%). Статистически значимых различий между частотой встречаемости сколиоза у мальчиков и девочек не выявлено. Более частая встречаемость нарушений прикуса у девочек оказалась статистически достоверной, $p < 0.05$, χ^2 Пирсона = 5,246 при критическом 3.8 (60.7% против 39.6% у мальчиков).

Статистически значимые ортогнатические состояния (нормальный прикус) встречались в контрольной группе чаще, чем у пациентов со сколиозом (33,6% против 16,8%; $p < 0,01$) (Таб. 2 и 3). В опытной группе частота прогнатического прикуса составила 20,2% (контрольная группа 9,2%), прогенического – 5,9% (контрольная группа 2,5%), глубокий и открытый 6,7% и 5% соответственно (контрольная группа 0% обе).

Статистически значимая корреляция между нарушениями архитектоники позвоночника и нарушениями прикуса по критериям ϕ и V Крамера, нормированному значению коэффициента Пирсона была установлена как относительно сильная (Таб.3).

Таблица 2. Соотношение нарушений прикуса между контрольной и исследуемой группами.

Тип прикуса	Контрольная группа		Исследуемая группа	
	N	%	N	%
Ортогнатический	40	33.6	20	16.8
Прогнатический	11	9.2	24	20.2
Прогенический	3	2.5	7	5.9
Глубокий	0	0	8	6.7
Открытый	0	0	6	5

Таблица 3. Данные статистического анализа номинальных данных таблицы 2.

Наименование критерия	Значение критерия	Уровень значимости
Критерий Хи- квадрат	22.127	<0.001
Критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса	20.429	<0.001
Критерий Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие	22.913	< 0.001
Точный критерий Фишера	0.0000	P<0.05
Минимальное значение ожидаемого явления - 26.77		
Наименование критерия	Значение критерия	Сила связи
Критерий ϕ	0.431	Относительно

V Крамера		сильная
Коэффициент сопряжённости Пирсона	0.396	Средняя
Нормированное значение коэффициента Пирсона	0.560	Относительно сильная

При вычислении относительного риска RR был получен следующий результат: наличие сколиоза в 2.8 раз увеличивает риск нарушений прикуса (границы ДИ 1,719 и 4,592, при $p < 0.05$ стандартной ошибке относительного риска 0.251). чувствительность данного фактора оценивается в 74%, специфичность – 69.2%. В таблице 5 представлена связь между типами прикуса и локализациями сколиоза. Чаще всего встречается сочетание прогнатического прикуса со сколиозом П-СГ (26.2%). Для данных таблицы 4 связь между факторными и результативными признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$ (значение χ^2 46,377 при критическом значении χ^2 32, число степеней свободы 16).

Таблица 4. Соотношение типов сколиоза и типов нарушений прикуса.

Тип сколиоза тип прикуса	П-СГ		Л-СГ		П-ВГ		Л-ВГ		П-НГ	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Ортогнатический	13	20	3	4.6	1	1.5	0	0	3	4.6
Прогнатический	17	26.2	1	1.5	3	4.6	0	0	3	4.6
Прогенический	0	0	2	3.1	0	0	2	3.1	3	4.6
Глубокий	0	0	2	3.1	1	1.5	5	7.7	0	0
Открытый	2	3.1	2	3.1	0	0	2	3.1	0	0

Вывод. У детей и подростков с идиопатическим сколиозом достоверно выше частота нарушений прикуса, чем в контрольной группе. Наиболее частыми нарушениями прикуса у подростков с идиопатическим сколиозом были прогнатический и прогенический типы нарушения прикуса. Из-за более высокой частоты зубных аномалий у детей с идиопатическим сколиозом предлагается ранний ортодонтический скрининг.

Список литературы.

1. Cuccia A, Caradonna C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. Clinics (São Paulo) 2009;64:61-66.
2. Huggare J. Postural disorders and dentofacial morphology. Acta Odontol Scand 1998;56:383-386.

3. Saccucci M, Tettamanti L, Mummolo S, et al. . Scoliosis and dental occlusion: a review of the literature. *Scoliosis* 2011;6:15
4. Segatto E, Lippold C, Végh A. Craniofacial features of children with spinal deformities. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:169
5. Végh A, Fábian G, Jianu R, Segatto E. Orofacial characteristics of adolescents with diagnosed spinal disorders. *Biomed Tech (Berl)* 2012;57:65-69.

**ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОЛЕЧЕНИЯ
АНТИБИОТИКАМИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ
ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ**

**А.А. Юзбекова - студентка 3 курса лечебного факультета,
П.Ю. Магомедова - студентка 5 курса лечебного факультета**
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Распространенность самолечения антибиотиками довольно высока в развивающихся странах. Исследование, проведенное в Пакистане, показало, что частота самолечения среди студентов университетов достигает 80,4%, причем, среди студентов немедицинского университета – 83,3%, а среди студентов медицинского профиля – 77,7% [1].

Антибиотики часто ошибочно принимают при определенных заболеваниях, не имея соответствующих знаний. Этот факт подчеркивается исследованием, проведенным в Иордании, которое показало, что 67,1% взрослых считают, что антибиотики лечат простуду и кашель [2]. Лекарства, вводимые ненадлежащим образом, не только приводят к потере ресурсов, но и несут потенциальные риски в виде ряда побочных эффектов.

Целью данного исследования явилось получение данных о практике самолечения антибиотиками среди студентов немедицинских вузов города Махачкалы.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования была использована специальная анкета, состоящая из трех разделов (разделы А, Б, С). Раздел А, содержащий 5 пунктов, оценивал демографию субъекта, включая возраст, пол, год обучения в университете, доход семьи. Данные отражены в таблице результатов 1. В разделе Б оценивалась частота использования и группы антибиотиков, использованных для самолечения за последние 12 месяцев, для чего респондентам был предоставлен список некоторых рыночных названий наиболее часто используемых антибиотиков и

дополнительный вариант – «другие используемые антибиотики». Данные отражены в таблице результатов 2. В разделе С оценивались знания о побочных эффектах антибиотиков.

Сбор материала происходил путём онлайн-скрининга, где желающим предлагалось пройти анкетирование. Ответы, на поставленные вопросы, заполнялись самими респондентами в дистанционном формате анонимно. Эмпирическое исследование основывалось на предварительном информированном согласии участника.

В качестве респондентов выступали студенты пяти немедицинских вузов г. Махачкалы. Всего приняло участие 892 студента 1-5 курсов – обучающиеся по программам бакалавриата и специалитета.

В структуре опрошенных девушек было 578 человек (64,8%), юношей – 314 человек (35,2%). Анализ данных проводился с использованием SPSS 19.0. Программное обеспечение использовалось для проведения описательного анализа, а созданные таблицы частот использовались для расчета распространенности самолечения. Частота использования различных классов антибиотиков и частота причин, которые привели к использованию антибиотиков для самолечения также были рассчитаны с использованием метода описательной статистики.

Результаты исследования. Из всего количества опрошенных, только 528 человек (59,19%) сообщили об использовании антибиотиков за последние 12 месяцев. Средний возраст респондентов составил 21,04 ($\pm 2,74$) года. Из них 381 занимались самолечением, остальные 147 студентов руководствовались рекомендациями врача.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что не было статистической значимости для частоты самолечения антибиотиками в зависимости от пола, семейного положения, года обучения, дохода семьи (таблица 1). Наши данные согласуются с исследованиями других авторов, которые не обнаружили связи между самолечением в целом и социально-демографическими факторами [3].

Таблица 1.

Распределение демографических факторов среди студентов немедицинских вузов РД

	Студенты, использующие самолечение (n = 381)		Студенты, не использующие самолечение (n = 147)	
	Частота (n)	Процент (%)	Частота (n)	Процент (%)
Пол				
• Мужчина	107	28,08	79	53,74
• Женщина	274	71,92	68	46,26
ВСЕГО	381		147	

Год в университете				
• 1	98	25,72	54	36,73
• 2	72	18,91	29	19,73
• 3	113	29,66	23	15,65
• 4	46	12,07	27	18,37
• 5	18	4,72	6	4,08
• >5	34	8,92	8	5,44
Семейное положение				
• Не женат/не замужем	358	93,96	136	92,52
• Женат/ Замужем	23	6,04	11	7,48
Доход семьи				
• <50,000	95	24,93	31	21,09
• от 50 000 до <100 000	193	50,66	74	50,34
• 100,000 и <	81	21,26	23	15,65
Не дали информацию о доходе	12	3,15	19	12,93

Наиболее распространенным антибиотиком, используемым для целей самолечения, был амоксициллин, который использовался 128 (33,6%) участниками исследования, затем метронидазол (27,03%), ципрофлоксацин (9,97%) и котримоксазол (5,51%). Эритромицин и ампициллин/кловксациллин использовались 3,68% и 3,41% в выборке соответственно, а «другие антибиотики» были среди менее используемых. Еще 57 студентов (14,96%) приняли другие классы лекарств за антибиотики. Наиболее часто ошибочными были анальгетики и противоаллергические препараты. Частота использования того или иного антибиотика изображена в таблице 2.

Таблица 2.

Антибиотики, наиболее часто используемые при самолечении

	Частота использования антибиотика (n=381)	Использовали один раз (n = 186)	Использовали дважды (n = 60)	Более чем в два раза (n = 68)
Ампилок	7(1,84%)	6	1	0
Амоксициллин	128(33,6 %)	79	18	31

Ампициллин	13(3,41%)	8	2	3
Котримоксазол	21(5,51%)	14	5	2
Метронидазол	103(27,03%)	58	23	22
Ципрофлоксацин	38(9,97%)	21	9	8
Эритромицин	14(3,68%)	8	3	3
Другие антибиотики	57(14,96%)	-	-	-

Результаты показывают, что наиболее распространенные причины самостоятельного приема антибиотиков заключались в «экономии времени» (27%), «предыдущем успешном опыте» (20%) и «избегании хлопот в клиниках» (18%); далее следовали «по рекомендации родственников и друзей» (13%), из-за «экономии денег» (12%) и «имеющийся дома препарат» (10%),

Наиболее распространенными побочными эффектами, которые называли студенты, были проблемы со сном (46,5%), аллергические реакции (38,8%), головные боли (33,4%), усталость или головокружение (29,9%), тошнота/рвота (29,7%) и диарея/боль в животе (23,1%).

Значительная доля (42,8%) студентов призналась, что сама выбирает антибиотики. Такой высокий процент, вероятно, связан с тем, что респонденты имели доступ к онлайн-ресурсам. Около 76% процентов еще утверждали, что они знают, что такое антибиотики, причем большинство (77,3%) знают о том, что антибиотики вызывают побочные эффекты. Однако, очень небольшая часть респондентов слышала о термине «устойчивость к антибиотикам», а еще меньшая часть имела представление о том, что устойчивость увеличивается при неизбирательном использовании антибиотиков. Остальные вообще отрицали наличие каких-либо знаний об устойчивости к антибиотикам. Учитывая, что в нашем исследовании участвовали только студенты из немедицинских вузов, эти результаты были для нас ожидаемыми, поскольку устойчивость к антибиотикам является профессиональным термином, используемым в медицине.

Выводы:

1. Существует необходимость внесения в образовательные программы вузов элективных курсов, подчеркивающих риски, связанные с неизбирательным использованием антибиотиков.
2. Полученные нами результаты могут быть использованы для разработки программ самопросвещения, которые повысят осведомленность о рисках самостоятельного назначения антибиотиков.

Использованная литература.

1. Mumtaz Y, Jahangeer SA, Mujtaba T, Zafar S, Adnan S. Самолечение среди студентов университета Карачи. *JLUMHS*. 2011;**10**(03):102-5.
2. Shehadeh M, Suaifan G, Darwish RM, Wazaify M, Zaru L, Alja'fari S. Знания, отношение и поведение в отношении использования и злоупотребления антибиотиками среди взрослых в сообществе Иордании. Пилотное исследование. *Saudi Pharmaceut J*. 2012;**20**(2): 125-33. doi: 10.1016 / j.jsp.2011.11.005.
3. Shehnaz SI, Khan N, Sreedharan J, Issa KJ, Arifulla M. Self-medication and related health complaints among expatriate high school students in the United Arab Emirates. *Pharmacy Pract*. 2013;**11**(4):211-8.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ГОРТАНИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

П.А. Муслимова – студентка 220 гр. лечебного факультета

Кафедра Болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

Кафедра общей гигиены и экологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители – д.м.н. Ю.А. Джамалудинов, д.м.н., профессор М.Г. Магомедов

Актуальность исследования: в настоящее время в мире актуальность проблемы рака гортани обусловлена большой долей рака гортани в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека, которая составляет 2,6%. Рак гортани занимает первое место среди злокачественных заболеваний головы и шеи.

Цель исследования: изучить влияние неблагоприятных экологических факторов на развитие рака гортани.

Научная новизна. В нашем исследовании рассмотрено влияние различных неблагоприятных факторов среды на развитие рака гортани в РД. В работе представлены новые данные. Обнаруженные нами закономерности могут быть использованы при оценке канцерогенного риска населения РД, обусловленного влиянием неблагоприятных факторов среды.

Материалы и методы исследования. При выполнении исследования нами использованы следующие материалы и методы.

Эпидемиологическое исследование включало все 3437 случаев рака гортани, зарегистрированных Республиканским онкологическим диспансером РД за 2002-2019 годы.

Результаты исследования описаны в виде средних арифметических (М) и стандартного отклонения ($\pm$ SD). При сравнительном анализе заболеваемости гендерных,

возрастных и экологических групп населения РД использован критерий Манна-Уитни с критическим уровнем значимости $P=0,05$. Статистические данные, использованные в работе были взяты с сайтов: Территориального Фонда Обязательного Медицинского Страхования и НИИ Экологической медицины ДГМУ Минздрава России.

Результаты исследования. Рак гортани является наиболее распространённой злокачественной опухолью гортани — 50-60 % случаев. Подавляющее число **больных раком гортани** являются злостными курильщиками. В своей работе мы рассмотрели зависимость влияния неблагоприятных экологических факторов на развитие рака гортани в РД.

Показатели рака гортани по РД

Показатель	2017	2018	2019	М	SD	Тренд
Заболеваемость, на 100 000	2.3	2.2	2.2	2.2	0.06	-0.05
5-летняя выживаемость, %	48.4	47.6	49.0	48.3	0.72	0.28
Летальность, %	7.9	8.7	8.6	8.4	0.46	0.37
Годичная летальность, %	13.0	24.2	29.9	22.4	8.56	8.4
Распространенность, на 100 000 населения	12.5	12.7	12.8	12.7	0.14	0.14

Сравнительный анализ заболеваемости мужского и женского населения Дагестана свидетельствует о том, что заболеваемость мужчин значительно выше, чем у женщин за все 18 лет наблюдения.

Оценка заболеваемости раком гортани в возрастных группах населения Дагестана показала, что это злокачественное новообразование в основном встречается в возрасте старше 60 лет, при этом в пожилом и старческом возрасте имеет тенденцию к росту.

При сравнении заболеваемости раком гортани сельского и городского населения Дагестана нами замечено превалирование показателя сельских жителей над показателем горожан. Обращает на себя внимание синхронные колебания показателя заболеваемости раком гортани селян и горожан, что свидетельствует о воздействии внешнего фактора.

За 2010-2019 годы степень загрязненности атмосферного воздуха во всех городах Дагестана, кроме Кизляра и Дербента превышает допустимую концентрацию загрязнителей атмосферного воздуха.

Корреляционный анализ показал, что достоверная связь заболеваемости раком гортани с загрязненностью воздуха диоксидом азота и серы больше характерна для старших возрастных групп – старше 45 лет, запыленность воздуха увеличивает заболеваемость в молодом возрасте – 15-29 лет.

Загрязненность питьевой воды в городах Дагестана за 2010-2019 годы была проблемной в Дагестанских Огнях, Избербаша, Каспийска, Махачкалы и Хасавюрта.

Влияние загрязнения питьевой воды на заболеваемость раком гортани зависит не только от загрязнителя, но и от возраста населения.

Значительная загрязненность почвы тяжелыми металлами наблюдалась во всех городах Дагестана, при этом завышение допустимых концентраций отмечено по всем тяжелым металлам. Загрязненность свинцом и хромом почвы городов Дагестана имеет слабой силы влияние на заболеваемость раком гортани.

Выводы. В РД заболеваемость раком гортани мужчин в 2,4 раза выше (9.7 ± 3.1 на 100 000; $P < 0.001$), чем у женщин (4.0 ± 1.5 на 100 000).

Самая высокая заболеваемость раком гортани наблюдалась в пожилом (34.2 ± 11.5 на 100 000) и старческом возрасте (28.9 ± 5.9 на 100 000) по сравнению со средним (11.4 ± 2.0 на 100 000) и молодым возрастом (1.2 ± 0.8 на 100 000) населения РД ($P < 0.01$).

Заболеваемость раком гортани сельского населения (7.1 ± 2.2 на 100 000) на 11% выше ($P > 0.05$), чем городского населения РД (6.2 ± 2.2 на 100 000).

Влияние загрязненности воздуха диоксидом азота на заболеваемость раком гортани более выражен в пожилом и старческом возрасте, диоксидом серы – в среднем и пожилом возрасте, а запыленность воздуха более опасна в молодом возрасте.

Микробное загрязнение питьевой воды существенно влияет на развитие рака гортани в старческом возрасте, а химические загрязнители влияют на заболеваемость раком гортани во всех возрастных группах.

Корреляционный анализ обнаружил слабое влияние загрязненности почвы на заболеваемость раком гортани.

Список использованных источников

1. Атаев М.Г. «Здоровье человека и окружающая среда: проблемы экологической медицины»: материалы VI Республиканской научно-практической конференции. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2016. С. 202-204.
2. Мамаев И.А., Шихнабиев Д.А., Гасаев Д.Г., Шамов И.А. «Экологически обусловленные заболевания в Республике Дагестан /Под ред. Д.Э. Мавраева. –Махачкала: Изд-во ДНЦ, 2004. – 326с.

3. Раджабов М.О., Атаев М.Г., Омариева Э.Я. «Факторы риска и смертность от злокачественных новообразований населения Дагестана»: монография.- Махачкала: АЛЕФ, 2018. -210 с.
4. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования// <http://www.fomsrd.ru>
5. НИИ Экологической медицины ДГМУ Минздрава России им. С.А. Абусуева//<https://dgmu.ru/nauka/nii-ecologicheskoy-meditsiny/>

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СОСТАВ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

**М.Г. Суллаева – студентка 3 курса 13 группы лечебного факультета,
А.А. Гасанова - студентка 1 курса 11 группы стоматологического факультета**
*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент А.Н. Гасанов*

Актуальность исследования. Сохранение и укрепление здоровья детей принадлежит к числу важнейших задач здравоохранения Российской Федерации. Одним из приоритетных направлений в системе амбулаторно- поликлинической помощи детям – организация и повышение качества диспансеризации детей.

Целью исследования явилось изучения возрастного-полового состава детей находящихся под диспансерным наблюдением

Материалы и методы исследования Исследование проведено на базе детской городской поликлиники №1 г.Махачкалы. В исследовании использовались следующие методы: статический и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Результаты исследования. В ходе исследования был изучен возрастного-половой состав детей, получивших восстановительное лечение в условиях поликлиники (табл.).

Распределение детей, находящихся под диспансерным наблюдением, по возрасту и полу

Пол \ Возраст	мальчики		девочки		оба пола	
	абс.число	% к итогу	абс.число	% к итогу	абс.число	% к итогу
7 лет	18	11,1	17	12,4	35	11,7
8 лет	17	10,4	15	10,9	32	10,7
9 лет	20	12,3	19	13,9	39	13,0

10 лет	23	14,1	20	14,6	43	14,3
11 лет	21	12,9	18	13,2	39	13,0
12 лет	26	15,9	22	16,0	48	16,0
13 лет	22	13,5	14	10,3	36	12,0
14 лет	16	9,8	12	8,7	28	9,3
Всего:	163	100	137	100	300	100

Так, из 300 детей наибольшую долю среди больных детей 7-14 лет составляют мальчики - 54,3%, а девочки - 45,7%. Особенно высок этот показатель в возрастной группе 12 лет. Из общего количества детей с изучавшимися заболеваниями, нуждавшихся в восстановительном лечении, лечебно-оздоровительные мероприятия были назначены 65,9% детей. Структура диспансерных больных: на первом месте стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (сколиоз, нарушение осанки, плоскостопие) – 26,4%, на втором – болезни системы кровообращения (22,4%), на третьем – болезни мочеполовой системы (20,7%), на четвертом – болезни крови и кроветворных органов (17,9%), на пятом – болезни нервной системы и органов чувств (10,6%).

Выводы. Таким образом, для обеспечения высокой эффективности диспансеризации, в частности их динамического наблюдения, могут оказать родители, которые должны быть информированы о сущности заболевания ребенка. Поэтому важнейшими условиями для повышения качества диспансеризации являются объединение усилий медицинских работников, педагогов и родителей (семьи) больного ребенка для успешной реализации лечебных программ:

- проведение санитарно-просветительной работы с родителями (родственниками) о необходимости и целесообразности проведения восстановительного лечения детям, а также с целью активного привлечения их к участию в этом процессе;

- привлечение членов семьи к диспансеризации детей и выполнению медицинских рекомендаций врачей;

- включение в план работы школы вопросы материнства, соблюдения оптимальных интервалов между родами, предохранения от нежелательной беременности, своевременного обращения с больным ребенком за медицинской помощью и т.д.;

- совершенствование работы по гигиеническому воспитанию членов семьи с учетом ее социально-гигиенической характеристики;

- планирование частоты профилактических наблюдений за ребенком в зависимости от социально-гигиенической характеристики семьи в неблагополучных семьях, требующих особого внимания, увеличить число патронажных посещений медицинской сестры на дому;

- проведение мероприятий в семьях (лекции, беседы и др.) по формированию здорового образа жизни;

- пропаганда на участке примеров образцовых семей, имеющих здоровых детей, выполняющих медицинские рекомендации и ведущих здоровый образ жизни в соответствии с гигиеническими требованиями.

Литература.

- 1.Агаларова Л.С., Гасанова А.З.Особенности диспансеризации населения, находящегося под медицинским наблюдением. //Здравоохранение РФ-М., - 2008.- №2. С.13-16.
- 2.Молчанова Л.Ф., Кудрина Е.А. и др. Улучшение медицинской функции современной семьи как основа повышения здоровья населения //Общественное здоровье и здравоохранение – Казань – 2007.- №1. – С.9-11.
- 3.Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н. Качество диспансеризации детей в городских детских поликлиниках. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М., - 2005. - №4. С.34-37.
4. Смердин С.В. Некоторые аспекты семейной реабилитации. // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – М., - 2005.-№2. С.38-52.

ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2018-2020 гг.

Х. У. Маджидова – студентка 409гр. педиатрического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. ассистент З.Н. Айвазова

Актуальность. По уровню младенческой смертности (далее в тексте – МС) оценивают общее состояние здоровья населения, качество жизни, уровень экономического развития страны и материального обеспечения граждан, социального благополучия общества, так как данный показатель моментально реагирует на изменения всех социально-экономических параметров.

Показатель МС включен ВОЗ в перечень 12 контрольных критериев в разработке мер по снижению заболеваемости и смертности детей, оценке эффективности проводимых мероприятий. Задача сохранения жизни каждого ребенка является первостепенной в работе системы здравоохранения и основной в педиатрической практике.

Цель исследования. Изучить младенческую смертность в Республике Дагестан и разработать методические рекомендации по оказанию медико-социальной помощи.

Задачи исследования. Дать сравнительную характеристику демографической ситуации по России и Республике Дагестан. Проанализировать уровень рождаемости и смертности (в том числе детской и младенческой смертности).

1. Провести анализ факторов риска МС. Определить социально-экономические, социально-психологические и медицинские факторы риска.
2. В связи с сложившейся эпидемиологической ситуацией определить влияние covid-19 на динамику рождаемости и МС за время эпидемии.
3. Разработать рекомендации по совершенствованию организации и улучшению качества медико-социальной помощи детям первого года жизни, предупреждению влияния неблагоприятных факторов риска, способствующих младенческим потерям.

Методы и материал исследования. Объектами исследования явились сведения о новорожденных и младенцах, умерших на первом году жизни.

В общей численности изучению подверглись:

155419 детей, родившихся за 2018-2020гг. В том числе:

51134 – за 2018 г.

47474 – за 2019 г.

46811 – за 2020 г.

827 случаев МС, в том числе;

298 – за 2018 г.

237 – за 2019 г.

292 – за 2020 г.

Использовались такие методы исследования, как: статистический, аналитический, метод экспертных оценок.

Результаты. За последние годы наблюдается тенденция к снижению рождаемости. Так количественный показатель за 2018 год по РД составил 51134, за 2019 - 47474, за 2020год – 46811 (16,7‰, 15,4‰ и 15,00‰ соответственно).

Смертность по РД в связи с распространением коронавирусной инфекции за 2020 год значительно выросла. Если в 2019-ом году по сравнению с 2018-ым количество смертей уменьшилось (14941 (4,8‰) и 15755 (5,1‰) случаев смерти соответственно), то в 2020 году общая смертность значительно выросла - 19750 (6,3‰).

Что касается МС, то тут наблюдается аналогичная склонность к увеличению количества смертей за 2020 год (292 случая, что составляет 6,2‰) по сравнению с 2019 (237 случаев -5,2‰) и 2018 (298 случаев-5,8‰) годами.

Районами с максимальными значениями МС стали:

За 2018 год - Ногайский (16,1‰), Гунибский (12,9‰), Бабаюртовский (12,9‰);

За 2019 год - Гумбетовский (13,9‰), Гунибский (12,7‰), Хунзахский (12,3‰);

За 2020 год – Гергебильский (15,6‰), Цунтинский (14,1‰), Шамильский (11,0‰).

При анализе структуры причин МС в 2018 году выяснилось, что чаще всего встречались внутриутробные аномалии развития (100 случаев), внутрижелудочковые кровоизлияния (46), внутриутробная гипоксия (24), хирургические патологии (9) и поражения ЦНС (8).

А в 2019 году частыми причинами смерти стали внутриутробные аномалии развития (68), внутриутробная гипоксия (23), респираторный дистресс-синдром (20), внутрижелудочковые кровоизлияния (19) и поражения ЦНС (12).

Проведен такой же анализ данных за 2020 год, определивший, что внутриутробные аномалии развития (79), внутрижелудочковые кровоизлияния (46), респираторный дистресс-синдром (24), недоношенность (20) и механическая асфиксия (17) среди причин смерти встречались чаще всего.

Выводы.

1. Несмотря на то, что численность женского населения репродуктивного возраста составляет 57% от общей численности населения показатели рождаемости за 2019 и 2020 гг. значительно снизились. В результате проведенной работы были определены основные факторы, послужившие причиной уменьшения рождаемости и увеличения младенческой смертности.

2. Одной из причин увеличения МС является уменьшение рождаемости. Снижение профилактической помощи беременным за период пандемии привело к уменьшению рождаемости. Огромное внимание уделялось борьбе с эпидемией, мерам профилактики и способам лечения, в связи с чем оказание помощи женщинам детородного возраста пострадало.

3. Социально-психологическая обстановка, связанная с covid-19 так же повлияла на демографические показатели. Под страхом риска заболеть многие женщины старались избежать беременности не желая подвергать свое здоровье и здоровье будущего ребенка осложнениям, связанным с перенесенной инфекцией. Так же имеются научные предположения о том, что негативное влияние собственно на фертильную функцию оказывает факт заражения вирусом, о чем свидетельствуют данные источников.

4. Социально-экономическая ситуация в стране в период эпидемии, связанная с потерей работы, уменьшением работоспособности из-за болезни, снижением доходов также повлияла на желание женщин повременить с рождением детей. Отсутствие уверенности в завтрашнем дне, возможности желаемым образом обеспечить своего ребенка негативно повлияли на изучаемые показатели.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

А.А. Мазан - студентка 1 курса педиатрического факультета

Кафедра поликлинической педиатрии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель - ассистент О.С. Мулярчик

Введение. Табакокурение на данный момент остается одной из самых распространенных вредных привычек не только среди взрослых, но и среди подростков.

По данным ВОЗ, более 8 миллионов смертей связаны с употреблением табака. Из них более 7 миллионов приходится на тех, кто потреблял и потребляет, а на некурящих, но вдыхавших дым от табачных изделий приходится более 1,2 миллиона. Число курильщиков среди взрослых составляет треть населения, но несмотря на принятие ряда мер против табакокурения и курильщиков (увеличение цен на табачные изделия, пропаганда ЗОЖ, пропаганда вреда никотина, смол и смога и т. д.) их число не уменьшается.

Табакокурение является проблемой современного общества, которое наносит вред не только организму курильщика, вызывая ряд неинфекционных хронических заболеваний, но и тех, кто его окружает.

Проблемой курильщиков, которая и приводит к тому, что многие хотят бросить курить, но не могут, является развитие никотиновой зависимости. Она вызывается в результате действия никотина на организм, который вызывает не только зависимость, но также пагубно воздействует на организм. На данный момент выявлено, что в первую очередь развивается психологическая зависимость, а в последующем после 15-20 лет непрерывного отравления организма никотином развивается физическая зависимость.

Никотиновая зависимость на сегодняшний день разбирается как патологическое состояние, которое необходимо изучать, диагностировать и обязательно лечить.

Освобождение от никотиновой зависимости является основной задачей профилактической медицины.

Цель исследования – изучить распространённость курения среди студентов-медиков.

Материалы и методы. Было проведено добровольное онлайн анонимное анкетирование 286 студентов педиатрического факультета Гродненского государственного медицинского университета. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы, включала в себя следующие разделы: распространение, причины, мотивы отказа, профилактика курения среди студентов-медиков. Проведена статистическая обработка с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTIKA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты исследования.

Среди респондентов было 79,7% (95ДИ (74,59%–84,23%)) лиц женского пола, и 20,3% (95ДИ (15,77%–25,41%)) мужского пола.

При анализе возрастной структуры установлено, что 36,4% (95ДИ (30,78%–42,23%)) в возрасте 17–18 лет, 25,2% (95ДИ (20,25%–30,62%)) – 21–22 года, 23,8% (95ДИ (18,96%–29,14%)) – 19–20 лет, 13,6% (95ДИ (9,88%–18,17%)) – 23–24, 1% (95ДИ (0,22%–3,04%)) – больше 25 лет.

Анализируя распространённость курения, выявлено, что среди опрошенных 45,1% (95ДИ (39,21%–51,07%)) никогда не курили, 33,9% (95ДИ (28,45%–39,72%)) пробовали, 16,43% (95ДИ (12,33%–21,25%)) курят в данный момент и 4,55% (95ДИ (2,4%–7,6%)) бросили.

При анализе вида выкуриваемых сигарет установлено, что 37,6% (95ДИ (30%–45,65%)) студентов курят и те, и другие; 21% (95ДИ (14,93%–28,23%)) – обычные; 19% (95ДИ (13,28%–26,14%)) – электронные; 17,2% (95ДИ (11,65%–24,03%)) – сначала обычные, а потом электронные, 5,1% (95ДИ (2,23%–9,8%)) – сначала электронные, а потом обычные.

При этом установлено, что возраст начала курения младше 10 лет в 1,9% (95ДИ (0,4%–5,5% случаев, 11–12 лет в 4,5% (95ДИ (1,8%–8,97%)), 13–14 лет в 13,4% (95ДИ (8,475%–19,72%)), 15–16 лет в 27,7% (95ДИ (20,58%–35,07%)), 17–18 лет в 36,3% (95ДИ (28,79%–44,35%)), 19–20 лет в 12,1% (95ДИ (7,45%–18,25%)), больше 20 лет в 4,5% (95ДИ (1,8%–8,97%)).

Анализ анкет показал, что свою первую сигарету 84,7% (95ДИ (78,11%–89,95%)) опрошенных взяли у друзей, 10,2% (95ДИ (5,9%–16,02%)) – купили сами, 5,1% (95ДИ (2,23%–9,8%)) – дома.

При анализе мотивов, побудивших попробовать курить, установлено, что в 72% (95ДИ (64,26%–78,84%)) случаев – это любопытство, в 35,7% (95ДИ (28,19%–43,7%)) – за компанию, в 26% (95ДИ (19,44%–33,72%)) – для снятия стресса, 23% (95ДИ (16,61%–30,3%)) – скука, 16,6% (95ДИ (11,11%–23,32%)) – просто так, 5% (95ДИ (2,23%–9,8%)) – нарушение запретов, 3,8% (95ДИ (1,4%–8%)) – быть взрослее, 2% (95ДИ (0,4%–5,5%)) – это самоутверждение, 2% (95ДИ (0,4%–5,5%)) – для изменения имиджа, понять, что это такое.

При анализе длительности курения выявлено: меньше 1 года – 33,3% (95ДИ (21,69%–46,69%)), стаж 2–3 года – 33,3% (95ДИ (21,69%–46,69%)), стаж 4–5 лет у 20% (95ДИ (10,78%–32,33%)), стаж 6–10 лет у 11,7% (95ДИ (4,82%–22,57%)), больше 10 лет 1,7% (95ДИ (0,04%–8,94%)). При этом 60% (95ДИ (46,54%–72,44%)) опрошенных курят ежедневно, 40% (95ДИ (27,56%–53,46%)) – эпизодически. Среди них 38,9% (95ДИ (23,14%–56,54)) выкуривают 3–5 сигарет в день; 22,2% (95ДИ (10,12%–39,15%)) – 6–10 сигарет; 22,2% (95ДИ (10,12%–39,15%)) – 11–20 сигарет; 11,1% (95ДИ (3,1%–26,06%)) – 1–2 сигареты; 5,6% (95ДИ (0,7%–18,66%)) – больше 20 сигарет.

При анализе причин курения выявлено, что в 74,5% (95ДИ (59,65%-86,05%)) случаев – для снятия стресса; 29,8% (95ДИ (17,34%-44,89%)) – имеют зависимость, 27,7% (95ДИ (15,62%-42,64%)) – из-за скуки; 27,7% (95ДИ (15,62%-42,64%)) – для удовольствия; 25,5% (95ДИ (13,95%-40,35%)) – чтобы скоротать время; 23,4% (95ДИ (12,3%-38,3%)) – просто так; 23,4% (95ДИ (12,3%-38,3%)) – для сосредоточения; 10,6% (95ДИ (3,55%-23,1%)) – за компанию; 8,51% (95ДИ (2,37%-20,38%)) – в качестве десерта; 2,1% (95ДИ (0,054%-11,29%)) – с целью знакомств; 2,1% (95ДИ (0,054%-11,29%)) – подражание окружающим.

Установлено, что среди курящих 42,55% (95ДИ (28,26%–57,82%)) пытались бросить курить, но безрезультатно, 29,8% (95ДИ (17,34%–44,89%)) хотят бросить, 27,66% (95ДИ (15,62%–42,64%)) не хотят бросать курить.

Анализ причин отказа от курения показал, что в 89% (95ДИ (76,9%–96,45%)) случаев – из-за вреда здоровью, 44,7% (95ДИ (30,17%–59,88%)) – в целях экономии денежных средств, 27,7% (95ДИ (15,62%–42,64%)) – отсутствие удовольствия, 25,5% (95ДИ (13,95%–40,35%)) – чтобы проверить свою силу воли, 17% (95ДИ (7,64%–30,81%)) – по просьбе близких.

Анализ методов отказа от курения выявил, что в 72,7% (95ДИ (54,48%–86,7%)) случаях – это твердое решение бросить, 15,15% (95ДИ (5,1%–31,9%)) – замена сигарет на что-либо (сладости, спорт и т. д.), 12,12% (95ДИ (3,4%–28,2%)) использовали другие методы. Следует учесть, что никто не воспользовался методом тренинга со специалистом.

Выводы:

Больше половины студентов-медиков, чаще в возрасте 15–18 лет из-за любопытства, пробовали курить. Треть из них, чтобы снять стресс, продолжают курить дальше, но при этом большинство хотят отказаться от этой вредной привычки, по причине вреда здоровью. В молодежной среде актуально проведение мероприятий, посвященных профилактике курения и методам борьбы с этой вредной привычкой.

Литература.

1. Ажгиреева, С.К. Отношение молодежи к курению на примере студентов медицинского ВУЗа / С.К. Ажгиреева, А.С. Аубекерова, Н.В. Филиппова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2017. – Том 7. – №1. – С. 321–322.
2. Бабаева, А.А. Значение и отношение подростков к курению / А.А. Бабаева // "CHRONOS": мультидисциплинарные науки. – 2021. – Том 6. – №6(56). – С. 9-10.
3. Гараева, М.М. Курение студентов-медиков и их готовность к оказанию помощи в прекращении курения / М.М. Гараева // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2017. – Том 6. – №4. – С.17-18.

4. Желнина, Е.В. Курение как форма девиантного поведения молодежи: анализ эмпирических данных / Е.В. Желнина, Е.О. Микушина // Карельский научный журнал. – 2020. – Том 9. – №3(32). – С.105-109.
- 5.. Ткач, В.В. Оценка распространенности табакокурения в медицинской профессиональной среде / В.В. Ткач, А.В. Ткач, Н.С. Прасолов // The scientific heritage. – 2022. – № 2(82). – С.42-44.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 7-17 ЛЕТ ПЛОСКОСТНЫХ РАЙОНОВ ДАГЕСТАНА

И.И. Иллуев – студент 505 группы лечебного факультета

Кафедра гистологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.б.н., доцент Э.К. Рамазанова

Физическое развитие- это процесс непрерывного количественного и качественного изменения всех показателей организма человека в процессе его жизни. Оно включает в себя рост и формирование организма в результате реализации генетической программы, индивидуальную изменчивость и зависимость от факторов внешней и внутренней среды (Баранова А.А., Щеплягина Л.А, 2006) Файзулина Р.А.и др, 2011). **Рост-** это количественные изменения , связанные с увеличением размеров как отдельных органов, структур, так и всего организма в целом, увеличением массы тканей и органов. Рост организма включает различные темпы, стадии и критические период. **Развитие-** это качественные изменения, связанные с дифференцировкой органов и тканей, их функциональным совершенствованием, появлением новых свойств и функций.

Если физическое развитие детей- непрерывный биологический процесс морфологического и функционального совершенствования организма, то **уровень физического развития-** понятие четко определенное для каждого возрастного периода и формируется на основе многочисленных стандартизированных обследований детей с учетом региональных, экологических, экономических и календарных условий (Файзулина Р.А.и др, 2011). Для обобщенной оценки уровня физического развития ребенка достаточно измерение трех основных антропометрических показателей:длины тела, массы тела, окружности грудной клетки.

Их анализ на момент обследования дает возможность оценить физическое состояние ребенка, а в динамике- темпы физического развития.

Длина тела характеризует процессы роста детского организма, является суммарным показателем пластических процессов в организме. Это один из наиболее устойчивых показателей физического развития ребенка .**Масса тела** свидетельствует о развитии костно -

мышечного аппарата, подкожно- жировой клетчатки, внутренних органов. Это довольно изменчивый показатель., который варьирует под влиянием различных экзогенных (питание, режим) и эндогенных (конституциональные, эндокринные и соматические нарушения) факторов. **Окружность грудной клетки** характеризует не только ее объем, но и развитие грудных и спинных мышц , функциональное состояние органов, находящихся в грудной полости (Вельтищев Ю.Е., 1999). Систематическое обследование детей дает возможность проследить за возрастной динамикой изменчивости морфофункциональных признаков и в целом физического развития.

Нельзя сказать, что подобные исследования отличаются новизной: М.К.Керимов ,Х.К.Меджидов проводили обширные исследования на эту тему в прошлом веке. За последние годы также издан ряд работ с описанием антропометрических измерений (Магомедова М.А, Газимагомедова М.М., Никитина В.В.идр). Практически во всех этих работах проводится сравнительный анализ антропометрии детей г. Махачкалы и высокогорных районов.

Новизна наших исследований- проведение корреляции между антропометрическими измерениями и уровнем физической подготовки детей плоскостных районов Дагестана.

Для **определения физической подготовленности** учащихся используются простые тесты, отражающие уровень развития шести необходимых физических качеств: скорость, координация, сила, скоростная сила.выносливость, гибкость. Для их оценки используются различные тестовые упражнения, из которых в данной работе использованы два: бег 30 метров и подъем туловища за 30секунд. **Бег на 30 метров** позволяет оценить скоростные возможности ребенка, **подъем и опускание туловища** в положении лежа характеризует силовые способности.

Объектом исследования послужил обширный материал антропометрических измерений и тестов для оценки уровня развития физических качеств детей 7-17 лет плоскостных районов Дагестана.

Предметом исследования является изучение взаимосвязи между возрастной динамикой морфофункциональных показателей и уровнем физической подготовки девочек и мальчиков 7-17 лет плоскостных районов Дагестана.

Научная новизна: впервые изучена корреляционная взаимозависимость между морфофункциональными признаками и уровнем физической подготовки детей плоскостных районов Дагестана .

Материалы и методы:

- 1) Стандартизированные методы антропометрического измерения длины тела, массы тела и окружности грудной клетки.

2) Стандартизированные педагогические тесты по оценке физической подготовленности школьников: показатели бега на 30 метров, подъемы туловища за 30 секунд.

3) Стандартизированные методы математической статистики.

Исследования проводились в школах города Махачкалы, Бабаюртовского и Новолакского районов РД. Были проанализированы результаты обследования 510 мальчиков и 528 девочек 11 возрастных групп от 7 до 17 лет, результаты чего представлены в таблице №1.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя **половозрастную динамику антропометрических измерений** мы обнаружили, что **длина тела** у девочек достоверно больше в 13 лет, у мальчиков выше в 16 и 17 лет; **вес:** с 15 лет различия в весе между мальчиками и девочками становятся значительней с каждым годом (вероятно, нарастание костно-мышечной массы); в измерениях **окружности грудной клетки** значимых различий нет: до 11 лет значения немного выше у мальчиков, с 11 до 13 лет значения практически одинаковые, в 14,15, 16 лет естественно выше у девочек, а в 17 лет практически выравнивается (в тот период, когда у мальчиков резко увеличивается костно-мышечная масса). Интересно, что именно в 17 лет максимально проявляются различия в **показателях подъема туловища за 30 сек.** (диагр. № 1); при этом, показатели мальчиков выше во всех возрастных группах.

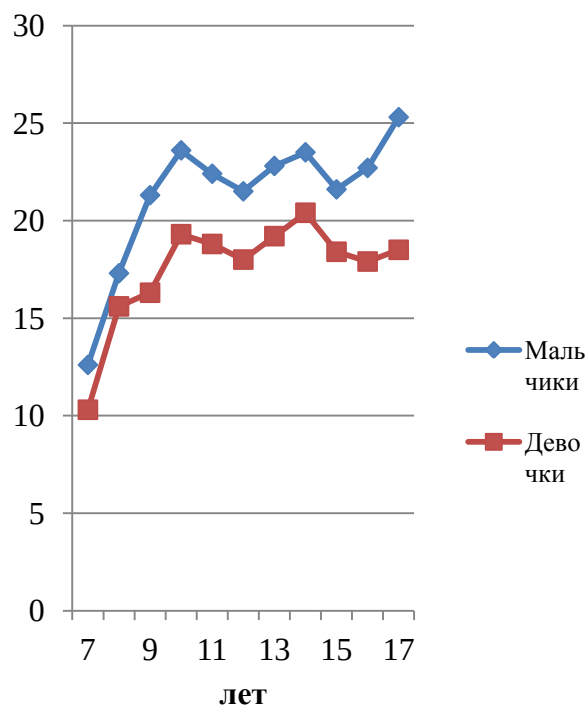
При анализе **показателей бега на 30 метров** обнаружилось, что различий между девочками и мальчиками практически нет (диагр. № 2). Интересно, что в возрасте 9 лет наблюдается резкий всплеск скоростно-силовых качеств и у мальчиков, и у девочек. Возможно, это связано с сенситивным (наиболее благоприятным) периодом развития двигательных способностей детей в 9-10 лет (Тхорев В.И., 2010г., Курамшин Ю.Ф., 2004г.)

Проведя **корреляцию между антропометрическими параметрами и показателями физических тестов** мы обнаружили, что **положительная взаимосвязь** наблюдается между следующими показателями:

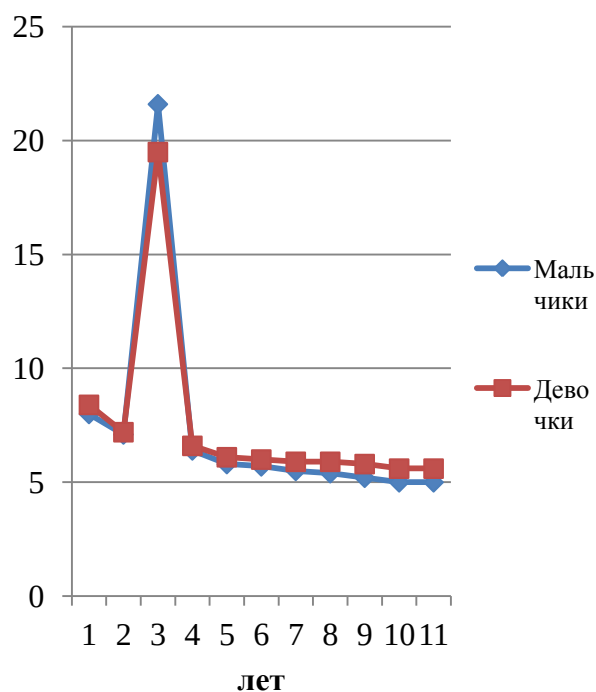
- между окружностью грудной клетки и подъемами туловища за 30 сек. у мальчиков ($r=0,72$)
- между ростом и подъемом туловища за 30 сек. у мальчиков ($r=0,72$)
- между весом и подъемами туловища за 30 сек. у мальчиков ($r=0,66$)
- между ростом и подъемом туловища за 30 сек. у девочек ($r=0,67$)
- между весом и подъемом туловища за 30 сек. у девочек ($r=0,59$)
- между окружностью грудной клетки и подъемом туловища у девочек ($r=0,60$).

Интересно, что **отрицательная корреляция** наблюдается между всеми антропометрическими показателями и бегом на 30 метров и у мальчиков, и у девочек в пределах от - 0,44 до -0,47 (диагр. 3 и 4)

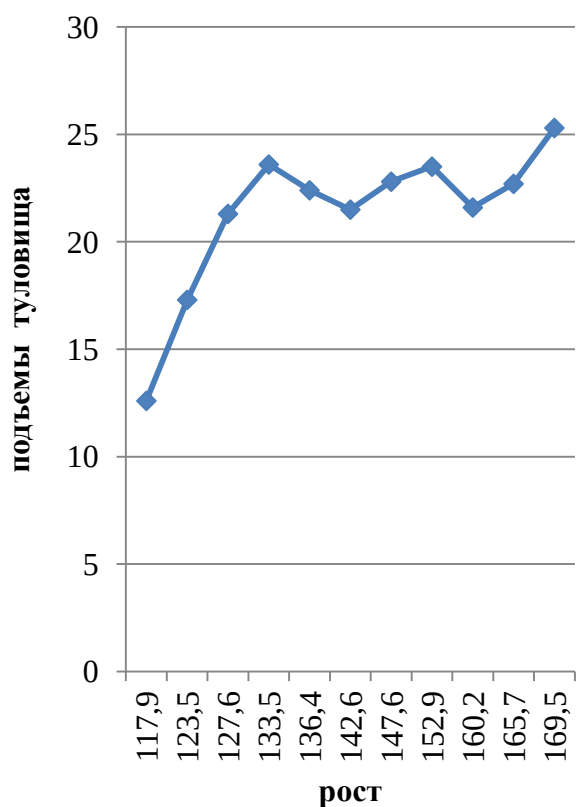
Поло-возрастная динамика средних показателей подъема туловища детей плоскостных районов Дагестана



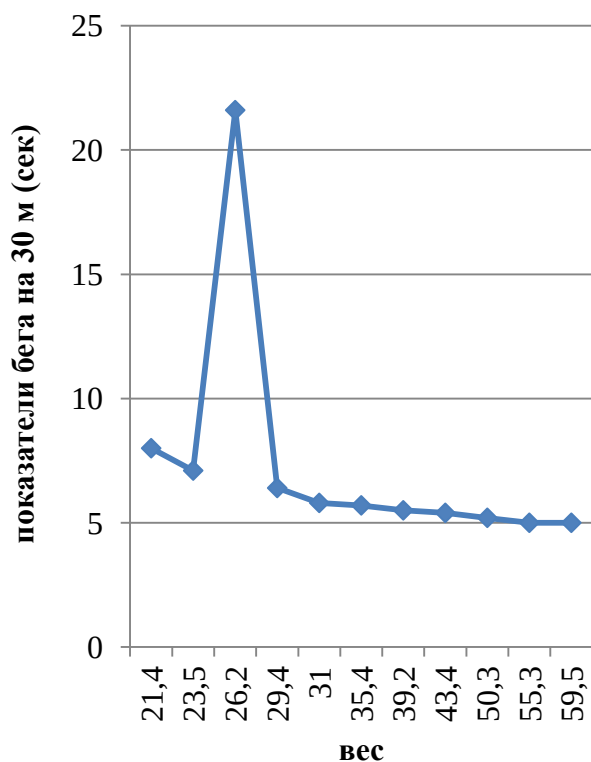
Поло-возрастная динамика средних показателей бега на 30 м (сек) детей плоскостных районов Дагестана



Корреляция между ростом и подъемом туловища у мальчиков плоскостных районов Дагестана



Корреляция между весом и показателями бега на 30 м (сек) у мальчиков плоскостных районов Дагестана



Возраст	Рост (см) мальчики М+σ	Рост (см) девочки М+σ	Вес (кг) мальчик и М+σ	Вес (кг) девочки М+σ	Окружность грудной клетки мальчики	Окружность грудной клетки девочки	Показатель и подъема туловища мальчики	Показатель и подъема туловища девочки	Показатель и бега на 30 м (сек) мальчики	Показатель и бега на 30 м (сек) девочки
7	117,9±5,5	118,1±8,2	21,4±3,4	20,6±2,9	57,7±11	56,5±6,2	12,6±6,9	10,3±6	8±1,6	8,4±2,2
8	123,5±8,4	123,2±9,3	23,5±5,7	23,5±8,4	61,1±5,3	59,7±6	17,3±9,9	15,6±7,5	7,1±1,9	7,2±1,7
9	127,6±6,9	126,9±7,2	26,2±6,2	25,6±7,4	62,9±8	61,3±14,2	21,3±16,1	16,3±16,3	21,6±15,3	19,5±15,2
10	133,5±9,9	132,6±12,8	29,4±7,6	27,9±6,6	66,2±14,2	64,2±6,6	23,6±18,9	19,3±17,2	6,4±1,4	6,6±0,9
11	136,4±14,3	136,2±10,9	31±5,1	30,5±6,9	65,4±10	65±11,3	22,4±10,1	18,8±20,4	5,8±1,1	6,1±1,4
12	142,6±8,9	143,9±12,2	35,4±9,2	35,1±5,5	69,3±12,6	69,2±13,2	21,5±7,6	18±4,9	5,7±1	6±1,2
13	147,6±12	150,4±8,7	39,2±8,7	40,2±8,1	69,8±16	69,2±14,2	22,8±7,2	19,2±6,6	5,5±1,3	5,9±3,4
14	152,9±11,4	154,2±13,8	43,4±13	43,8±8,6	72,8±9	74,4±12,2	23,5±5,8	20,4±7,6	5,4±1	5,9±8,4
15	160,2±10,2	158,7±12,7	50,3±11,4	48,7±9,2	77,5±8,5	79,6±10,8	21,6±5,6	18,4±5,2	5,2±1	5,8±0,8
16	165,7±9,7	160,7±5,7	55,3±10,9	51,1±10	78,4±16,7	80,9±9,2	22,7±5,9	17,9±10,7	5±0,7	5,6±0,7
17	169,5±11,1	161,8±6,5	59,5±9,1	53,4±21,7	79,7±8,4	80,9±8,7	25,3±16	18,5±10,4	5±0,6	5,6±0,6

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА НАНОПОКРЫТИЯ ДЛЯ ДВЕРНЫХ РУЧЕК

С.А. Хамаев – студент 5 курса 40 группы лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Рагимов Р.М., к.б.н., доцент Абдуллаева Н.М.

Актуальность. В современном мире проблема борьбы с инфекционными заболеваниями достаточно актуальна. Покрытия с антибактериальной защитой являются объектом масштабных исследований в области биомедицинских технологий по всему миру. Согласно исследованию группы канадских ученых, наиболее загрязненными объектами в общественных учреждениях названы перила, кнопки лифтов и дверные ручки. [1] На поверхности дверных ручек можно обнаружить практически все виды болезнетворных микроорганизмов. По официальным формам отраслевого статистического наблюдения Роспотребнадзора в среднем за год посредством контактно-бытового пути передачи, основным элементом которого являются грязные руки, реализуется более 300 вспышек инфекционных заболеваний.

Цель исследования. Оценить антибактериальный эффект нанопокрывтия для дверных ручек, полученного на основе метода атомно-слоевого осаждения с усилением бактерицидных свойств пленок из диоксида титана в видимом диапазоне солнечного света.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования были взяты образцы пленок из нанопокрывтия для дверных ручек из диоксида титана с вариацией толщины и состава легируемых компонентов, полученного на основе метода атомно-слоевого осаждения. Работа проводилась согласно методическим указаниям из федеральных клинических рекомендаций по мониторингу устойчивости бактерий к дезинфицирующим средствам в медицинских организациях и руководству Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора по методам лабораторных исследований и испытаний дезинфекционных средств для оценки их эффективности и безопасности.

Результаты исследования. Диоксид титана имеет существенное значение в сфере биомедицинских технологий, но также располагает рядом существенных недостатков. Ширина запрещенной зоны диоксида титана составляет 3,0-3,2 эВ, поэтому поглощение света диоксидом титана лежит в УФ области спектра. Это означает, что он может быть возбужден только УФ излучением с длиной волны < 380 нм, которое составляет всего 5% от общей энергии солнечного света, ограничивая его применение как бактерицидного покрытия

в видимом диапазоне света. В ходе работы нами использовался метод атомно/молекулярно-слоевого осаждения для легирования различными компонентами пленок из диоксида титана и изменения их толщины для улучшения антибактериального эффекта пленок в видимом диапазоне солнечного спектра. Все образцы пленок стерилизовались сперва этиловым спиртом, затем УФ облучением в течение одного часа. Простерилизованные образцы пленок были помещены в чашку Петри, далее на них наносилась питательная среда, которой служил эндоагар. На образцы пленок с питательной средой было нанесено по 100 мкл бактериальной культуры санитарно-показательных микроорганизмов *E. coli* и *S. aureus*. Опытные образцы подвергались действию галогеновой лампы (50 Ватт), как имитатора солнечного света на расстоянии 10 см, в качестве контроля использовали образцы без воздействия ультрафиолета, а также образцы тестируемых культур, облученные, но нанесенные на нелегированный TiO_2 . Через 24 часа инкубации при температуре 37°C, колонии отбирались бактериологической петлей, разводились в физиологическом растворе, далее отбирались по 100 мкл и высевались на плотные питательные среды. Все исследования были проведены трехкратно. Параллельно проводились те же манипуляции без источника УФ-света в присутствии обычного солнечного (комнатного) света. Бактерицидная активность исследуемых пленок рассчитывалась качественными и количественными методами. Качественная оценка заключалась в сравнении роста бактериальной культуры в чашках Петри. О бактерицидной активности исследуемых образцов судили по статистически значимому снижению количества колониеобразующих единиц (КОЕ) в опыте по сравнению с контролем. Тонкие пленки, легированные различными компонентами, в отличие от нелегированных, проявили наивысшую бактерицидную активность по отношению к классу бактериальных культур *E. coli* и *S. aureus* как при естественном свете, так и в случае экспозиции под галогеновой лампой.

Выводы. По предварительным результатам исследования можно сделать вывод, что наибольшей бактерицидной активностью обладают образцы тонких пленок с легированием.

Список литературы:

1. Christopher E Kandel, Andrew E Simor, Donald A Redelmeier. Elevator buttons as unrecognized sources of bacterial colonization in hospitals. Open Med. 2014 Jul 8;8(3):e81-6. ISBN: 1911-2092

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Е.В. Куделина - студентка 2 курса лечебного факультета, К.А. Гафуров - доцент

Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.т.н., доцент К.А. Гафуров.

Актуальность. Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) (англ. Clinical decision support system (CDSS)) — медицинская информационная система, предназначенная для помощи врачам и иным медицинским специалистам в работе с задачами, связанными с принятием клинических решений (ПКР). С каждым годом создаются и модифицируются СППВР различных отраслей медицины.

В последнее время по всему миру наблюдается резкий рост инфекционных заболеваний, которые привлекают к себе всё большее внимание общественности не только отдельных государств («Эпидемия холеры в Йемене», «Эпидемия эболы», «Вспышка лихорадки Зика в Латинской Америке»), но и всего мира в целом («Пандемия COVID-19», «Эпидемия ВИЧ», «Пандемия гриппа H1N1 в 2009 году»). Большое количество заболеваний, которые не отошли на второй план после появления Covid-19, активно поражают население: менингококковая инфекция, полиомиелит, ботулизм, столбняк, газовая гангрена, лептоспироз, тиф, дизентерия, вирусный гепатит типа А (болезнь Боткина), вирусный гепатит типа В, грипп, туберкулез, холера, ГЛПС, коклюш, краснуха, ветряная оспа, желтая лихорадка, малярия, туляремия, бешенство, чума, клещевой энцефалит и т.д.

Актуальность инфекционной патологии на современном этапе связана с тем, что 25% смертности в мире связаны с инфекционными и паразитарными заболеваниями. В России ежегодно регистрируется от 30 до 50 млн. случаев инфекционных заболеваний. Каждый третий случай и каждый пятый день временной утраты трудоспособности по болезни связаны с инфекционной патологией. Прямые и косвенные экономические потери государства от различных инфекционных заболеваний составляют более 1,5 трлн. рублей.

Целью СППР является быстрая, качественная диагностика на основе лабораторно-инструментальных исследований, проверка правильности предложенного лечения и повышение эффективности наблюдения за восстановлением пациента.

Материал и методы исследования. Помимо широко используемых (общий анализ крови, анализ мочи, проба Нечипоренко, биохимический анализ крови и т.д.) в инфекционном отделении используют также и специфические лабораторно-исследовательские методы (например, лабораторные тесты на наличие ВИЧ – инфекции.)

Предпосылками для создания СППР инфекционного профиля являются: разнообразие лабораторно-исследовательских методов, большая база фактического материала анализов, необходимость их систематизации и помощи в диагностике инфекционных заболеваний.

Результаты. Вследствие всего вышесказанного на сегодняшний день актуальным является повышение эффективности анализа данных различных лабораторно-инструментальных методов исследования пациентов инфекционного профиля. В связи с этим система поддержки врачебных решений должна быть нацелена на:

- 1) уменьшение количества врачебных ошибок;
- 2) постановка наиболее достоверного диагноза;
- 3) подбор оптимального лечения.

Разрабатываемая система поддержки принятия врачебных решений инфекционного профиля рассчитана на анализ информации посредством современных компьютерных технологий для получения комплексных знаний о диагностике заболеваний по клиническим признакам и результатам проведения лабораторно-инструментальных исследований. Таким образом, на основе большого массива данных, строится концептуальная система нового знания мониторинга пациентов с заболеваниями инфекционного профиля. Разрабатываемая система упростит принятие решений врачами-специалистами, облегчит процесс оценки различных альтернатив, имеет предсказательный функционал (экспертные оценки, известные ограничения и т.п.).

Разрабатываемая СППВР имеет традиционную для подобных систем архитектуру и состоит из базы знаний, базы данных, машины вывода и пользовательского интерфейса. На Рис.1. представлен верхний уровень онтологии системы, а на Рис.2. фрагмент, описывающий профильное заболевание – Гепатит.

Вывод. Основным эффектом, ожидаемым от СППВР, является оказание более качественной медицинской помощи пациентам. Лёгкость эксплуатации позволяет применять систему в процессе самообследования пациентов. Это позволяет эффективней вовлечь пациента в процесс лечения или профилактики заболеваний инфекционного профиля.

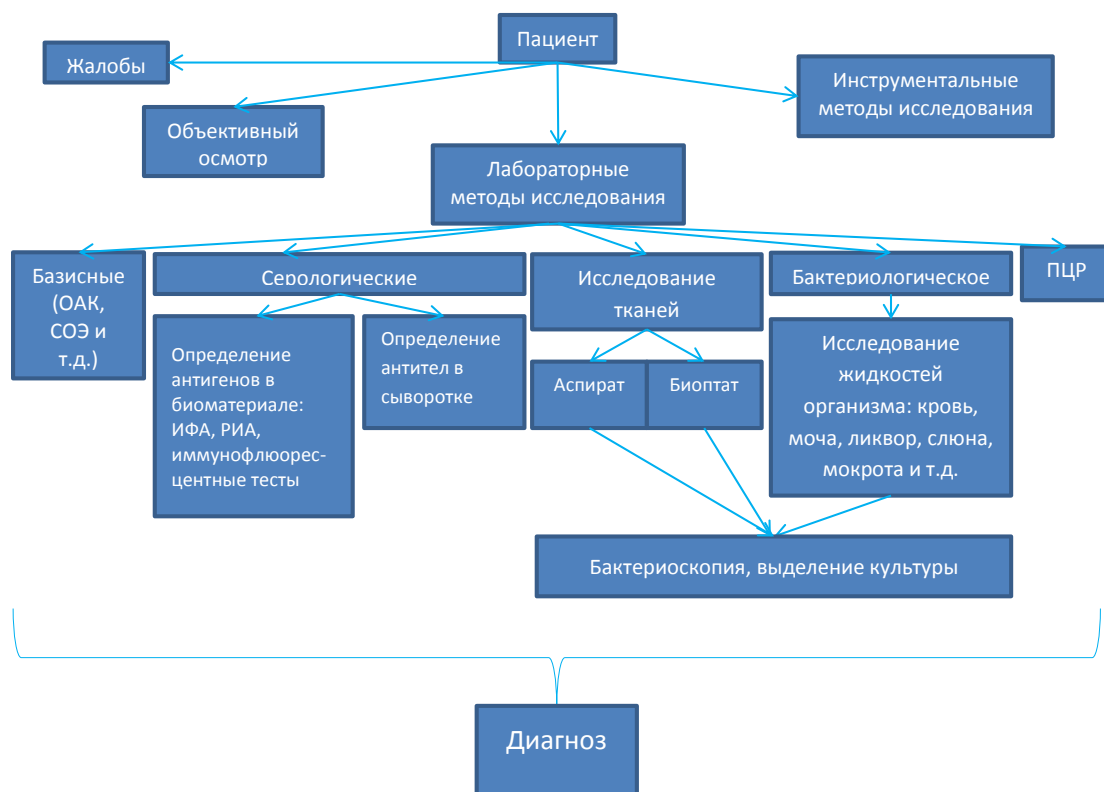


Рис.1.Фрагмент общей медицинской диагностики.



Рис.2. Фрагмент диагностики профильного заболевания «Гепатит».

ИНТЕГРАЦИЯ ЧАТ-БОТОВ В МЕССЕНДЖЕРАХ ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

**М.М. Гаджимурадова, Ш.З. Магомедова – студентки 521 группы лечебного факультета,
М.Г. Алиева - ассистент**

Кафедры кожных и венерических болезней и патологической анатомии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.Г. Магомедгаджиев

Введение. Чат-боты, также известные как диалоговые агенты, интерактивные агенты или виртуальные помощники представляют собой программы искусственного интеллекта, предназначенные для имитации человеческого разговора с помощью текста или речи. Ряд авторов указывает на потенциальную возможность использования чат-ботов в области здравоохранения, в мире маркетинга и бизнеса.

В настоящее время безопасной формой медицинских чат-ботов является: планирование визитов к врачу в зависимости от тяжести симптомов, мониторинг состояния здоровья, уведомление медсестры при критическом уровне контрольных параметров, консультирование ухаживающего персонала на дому. Это, по сути, замена работы представителей службы поддержки пациентов.

Вышеуказанный искусственный интеллект также может позаботиться о выставлении счетов страховых случаев утраты здоровья, инвентаризации и управлении страховыми случаями, как описывает зарубежная компания-разработчик программного обеспечения для здравоохранения Itransition.[1]

По прогнозам Juniper Research (американская компания, производитель телекоммуникационного оборудования, преимущественно для интернет-провайдеров, корпораций и государственного сектора), к 2022 году чат-боты сэкономят организациям по всему миру 8 миллиардов долларов, взяв на себя задачи по обслуживанию пациентов, улучшая качество обслуживания и, как следствие, результаты медицинского обслуживания. [2]

В тоже время, Всемирная организация здравоохранения указывает на нехватку более 7 миллионов медицинских работников во всем мире. Это делает все более необходимым дополнение традиционных моделей медицинской помощи технологиями, чтобы позволить врачам сосредоточиться на наиболее важных проблемах и пациентах. [3]

Цель. Создание и апробация чат-бота для диспансерного наблюдения больных в дистанционном формате.

Материалы и методы исследования. Запущен @BotFather и произведено создание нового бота. В контактах и чатах программы отображается название робота. Ключом для

доступа к HTTP API является сохранённый токен (5221762677:AAF-QbHRUfLrAbek-dB0oR67). С помощью ключа робот был запрограммирован, и на данный момент в функции Бота входит получение и отправка сообщений. Платформой моделирования алгоритма является BotMother. Проработан детальный алгоритм функционирования чат-бота, выбраны и взаимосвязаны между собой компоненты программы в визуальном редакторе. Разработанный алгоритм функционирования чат-бота дополнен итоговой кумуляцией ответов пациента в альтернативном Телеграмм-Боте, который отправляет информацию врачу.

Результаты исследования: Программа апробирована в ГБУ РД «Поликлиника №5» г. Махачкалы. Алгоритм функционирует и активизируется на вопрос: «Вы согласны на обработку ваших персональных данных, а также с тем, что данный формат не предусмотрен для выставления диагноза (только для динамического наблюдения за пациентом и консультирования в формате врач-врач). Выберите "ДА" или "НЕТ"». При ответе «ДА» в чате автоматически всплывали данные сообщения: «Напишите Ваши ФИО», «Укажите район, в котором Вы на данный момент находитесь». В следующем сообщении: «Укажите, в какое время Вам удобно с нами связаться в ближайшую пятницу:» необходимо выбрать три параметра времени (10:00/12:00/14:00), после чего запись на онлайн-консультацию считается завершённой. Все указанные пациентом данные в отдельном письме поступают на альтернативный телеграм-бот, доступный лечащему врачу, в формате: запись/New alert. Принята заявка. Клиент Магомедов Магомед Магомедович. Номер +79097897777. Время 10:00. Район Махачкала.

Выводы. Медицинская практика двадцать первого века может полагаться на чат-бота для привлечения потенциальных клиентов и обеспечения поддержки диспансерных пациентов, отвечая на их простые повторяющиеся вопросы, используя заранее разработанные ответы. Программа не выставляет диагноз, фактор врача- остаётся в этой программе незаменим. Таким образом, чат-боты могут быть интегрированы в клиническую практику, работая вместе с практикующими врачами для снижения затрат, повышения эффективности рабочего процесса и улучшения результатов лечения пациентов. Роль подобных программ в борьбе с пандемией, глобализации системы здравоохранения и образования еще предстоит изучить. [4]

Дальнейшие исследования и междисциплинарное сотрудничество позволят продвинуть вышеуказанные интернет технологии в здравоохранении, повысить уровень и доступность оказания медицинской помощи, сбалансировать рабочую нагрузку клиницистов и произвести, своего рода, революцию в медицинской практике.

Литература:

1. Brooke S. Chatbots Magazine. [2019-02-25]. How chatbots will shape the future of healthcare <https://chatbotsmagazine.com/how-chatbots-will-shape-the-future-of-healthcare-fa8e30cebb1c?gi=7238e40fd943> webcite.
2. Cade J. Medium. [2019-02-25]. No appointment necessary—The rise of bots in healthcare <https://medium.com/gene-global/no-appointment-necessary-the-rise-of-bots-in-healthcare-4d42c5539547> webcite.
3. Abd-Alrazaq A, Safi Z, Alajlani M, Warren J, Househ M, Denecke K. Технические показатели, используемые для оценки чат-ботов в сфере здравоохранения: предварительный обзор. Журнал медицинских интернет-исследований. 2020;22(6):1–15. doi: 10.2196/18301. - DOI - PMC - PubMed
4. Farkash Z. Chatbots Life. [2019-02-25]. Chatbot for healthcare: chatbots can be money-savers for hospitals and clinics <https://chatbotslife.com/chatbot-for-healthcare-chatbots-can-be-money-savers-for-hospitals-and-clinics-5c0c942b4a7a?gi=7510b540e6d0> webcite.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РОССИИ

Р.Р. Амирханова – студентка 1 курса 14 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. ассистент Л.А. Алиева

Актуальность. Благотворительность, которая считалась дополнительным средством для поддержки уязвимых слоев населения, сейчас может стать одним из основных видов помощи нуждающимся. В условиях экономического кризиса, финансирования здравоохранения по остаточному принципу, роста числа безработных и лиц, находящихся за чертой бедности необходимо привлечь максимум внимания к этому недостаточно изученному ресурсу.

Цель исследования. Изучить богатый опыт работы благотворительных организаций дореволюционной России, сравнить с современным состоянием дел в России и Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования.

Использовались исторический, сравнительный методы. Исторический метод основан на рассмотрении явления в его историческом развитии. Сравнительный метод – проведение сопоставлений в условиях, близкого временного периода и примерно сопоставимого уровня развития общества.

Россия к 1917 году располагала довольно развитой системой социального обеспечения. Только в Ведомстве учреждений Императрицы Марии, своего рода

министерстве социальной защиты того времени, на содержании находилось более 710 000 человек. Ведомство располагало капиталом в 128 млн рублей в ценных бумагах и на счетах в банках. 1763 г. является началом создания в России учреждений для воспитания и персональной подготовки детей-подкидышей. Екатерина 2 издала манифест об открытии в Москве Воспитательного дома на благотворительной основе, и внесла пожертвование 100 тыс. рублей. Хотя благотворительное учреждение было рассчитано на 500 детей, в нем находилось в три раза больше. Правильная организация воспитательных домов по обучению и профессиональной подготовке давала положительные результаты. Затем учреждение было передано княгине Марии Федоровне. В 1803 г. по ее инициативе доходы воспитательных домов были направлены на создание двух больниц для бедных «благотворение страждущему человечеству». Больницы были названы в честь императрицы Мариинскими. В Москве и Санкт-Петербурге были открыты вдовьи дома. Они включали отделения для малолетних детей, сирот, родители которых умерли от тяжелых заболеваний, приют для детей, родители которых пострадали от наводнений.(4)

Идея организации систематического ухода за больными специально обученным персоналом принадлежала еще Марии Федоровне, но была реализована лишь в Санкт-Петербурге спустя 9 лет. Вдовы выполняли обязанности «нынешних медсестер», например, раздача лекарств и питья, содержание в чистоте как больных, так и палат. Врачи были наставниками вдов и давали необходимые советы по поводу ухода за больными, а также по методам оказания первой помощи при необходимости. Благотворительные учреждения Марии Федоровны содержались за счет казны и частных пожертвований. Уже к 1884 г. общая сумма денежных средств составила 90 млн. рублей.(1)

Работу благотворительных обществ координировал учрежденный в 1909 году Всероссийский союз учреждений, обществ и деятелей по общественному и частному призрению. Общество стало активно участвовать в благотворительности. Так в день белой ромашки шли сборы пожертвований на борьбу с туберкулезом, а в день колоса ржи шел сбор средств на помощь голодающим. В день розового цветка все средства направлялись на детские приюты. В начале 20 века благотворительные учреждения начали множиться. Распространённым из них было учреждение благотворительных обществ частными лицами, которое заботилось о детях сиротах, тяжелобольных стариках, инвалидах, помогало населению во время эпидемий, голода и бедствий. Благодаря Обществу были открыты госпитали, была осуществлена подготовка медперсонала. И источником финансирования являлись частные лица(2).

Благотворительность после 1917 года не приветствовалась новой властью. Большевики ставили цель обеспечить все нужды населения за счет государства. Первые

декреты красноречиво говорят о заботе, прежде всего о женщинах и детях. После смены строя в России проблемы малообеспеченных слоев населения вновь обострились. В эти годы и стали вновь появляться благотворительные общества.

На сегодняшний день на территории страны с каждым годом создается всё больше благотворительных фондов. Направлены они на поддержку больниц, медицинских учреждений, детских и престарелых домов, на помощь семьям, в которых имеются инвалиды. По данным Минюста в России насчитывается около 215 тысяч НКО, из них 13 тысяч позиционируют себя как благотворительные. В рейтинге лидирующими благотворительными организациями являются: «Подари жизнь» фонд, направленный на помощь детям с онкогематологическими и иными тяжелыми заболеваниями, (в 2020 году было собрано 2 млрд. 542 млн 307 тыс. 608 рублей), «География Добра» занимается сбором денежных средств на покупку препарата золгенсма, стоимость которого составляет 121 млн. рублей (в 2020 собрано 1 млрд. 700 млн 551 тысяча рублей), «Русфонд» оказывает помощь тяжелобольным детям и сиротам (в 2020 собрано 1 млрд. 438 млн 166 тыс. 082 рублей), «Алеша» фонд, направленный на помощь нуждающимся (в 2020 собрано 1 млрд. 385 млн 276 тысяч рублей) и «Русь» фонд продовольствия (в 2020 году было собрано 1 млрд. 707 млн 076 тысяч рублей). Ежегодно общая сумма сборов растет, например, в 2020 году сумма составляла более 26,4 млрд рублей это на треть больше, чем в 2019.(3) Определяют количество денежных средств с помощью данных, которые сдаются в отчетность ФНС, Минюст и Росстат.

Надо отметить, что в Республике Дагестан тоже активно развиваются общественные некоммерческие организации. Такие крупные благотворительные фонды как ИНСАН, Чистое сердце, Теплый дом, ТУТ добро, Спасение Каспия, Врачи Надежды, Глаз народа и огромное количество мелких организаций вносят свой вклад в поддержку людей нуждающихся в заботе и помощи.

ДГМУ в этом отношении не стоит в стороне. В университете созданы условия для возрождения традиций милосердия. Создан крупнейший волонтерский центр - более 800 волонтеров. Работа ведется по десятку направлений. Волонтеры участвуют в федеральных проектах: Оберегая сердца, Онкопатруль, Здоровье суставов, Стоп ВИЧ/СПИД, Эндосфера, ПРОзрение. Студенты навещают детей в детских домах и стариков в домах престарелых. Участвуют в международных конкурсах, конференциях, оказывают помощь иностранным студентам в роли переводчиков. Ежегодно ко дню донора проводят акцию «Centum», собирают более 100 литров донорской крови. Пропагандируют донорство крови и костного мозга. Важное направление-обучение навыкам оказания первой помощи. Участие и обслуживание спортивно-массовых мероприятий. Активно поддерживают борьбу за экологию, занимаются очисткой территорий и просвещают в вопросах раздельного сбора

мусора. Огромный вклад внесли медики волонтеры во время эпидемии новой коронавирусной инфекции. Более 500 студентов и 112 ординаторов работали в «красной» и «зеленой» зоне, принимали звонки в колл центрах. Студенты медико-профилактического факультета участвовали в санитарно-карантинном контроле на государственной границе. Студенты иностранцы, так же помогали в работе обсерватора на базе отдыха «Дельфин».

Выводы: Традиции милосердия и сострадания не забыты в современном обществе. На протяжении трех столетий взгляд на благотворительность изменился. Чтобы помочь ближнему не обязательно иметь огромные денежные средства. Сегодня любой гражданин при желании может заниматься благотворительностью в удобной для него форме. Особенно это важно студентам медицинских ВУЗов, так как формирует у молодых людей нравственные качества, такие как бескорыстность, отзывчивость и ответственность.

Литература:

1. Власов П.В. История образования медицинских сестер в России//Мед. Сестра.-1987.- №3.-С.51-56
2. Кузьмин М.К. Участие женщин в помощи раненым и больным во время Крымской и русско-турецкой войн// Мед. Сестра -1988.-№2.-С.47-49
3. <https://www.miloserdie.ru/article/pervye-v-rejtinge-10-krupnejshih-blagotvoritelnyh-organizatsij-rossii/>Рейтинг благотворительных фондов России
4. <https://nsportal.ru/npo-spo/zdravookhranenie/library/2016/10/05/lektsiya-istoriya-sd-v-rossii-0> Левковская Е.Н. История СД в России

ЗЕМСКИЙ ВРАЧ АНТОН ПАВЛОВИЧ ЧЕХОВ

А. А. Гасанова- студентка 111 гр. стоматологического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ф.М. Османова

“Ведь если я гореть не стану,
И если ты гореть не станешь,
И если мы гореть не станем,
Так кто ж тогда рассеет тьму?..”
(Назым Хикмет)

Мировая история медицины не знает такого явления как земская медицина в России. Она была прогрессивной, ведь в условиях капитализма это был единственный пример организованной врачебной помощи на селе. Бытовало мнение, что “доктор – это барский

лекарь, фельдшер – мужицкий лекарь, [3]” т.е. сельскому человеку достаточно и фельдшера. К счастью передовые врачи под влиянием народнических идей считали, что медики должны достойно послужить своему народу. В плеяде земских врачей среди которых Е.А. Осипов, П.И. Куркин, Ф.Ф. Эрисман достойную нишу занимает Антон Павлович Чехов. Его родина – г. Таганрог. Он родился в январе 1860 года. Его имя вошло в историю мировой литературы и отечественной медицины. После окончания медицинского факультета Московского университета в 1884 году он получил диплом врача и стал работать земским врачом в Подмоскovie. По социальному происхождению земские врачи в основном были выходцами из дворян и чиновников, т.е. относились к наиболее просвещенной части земской интеллигенции. А.П. Чехов примкнул к призыву одного из основоположников земской медицины Е.А. Осипова к бескорыстному общественному служению: “Врачи должны стремиться помогать истому производителю, земледельцу... Они должны всячески стараться вывести свою науку из жалкого положения салонной приживалки... Земские врачи должны быть общественными врачами” [3].

Самый расцвет медицинской деятельности Чехова приходится на мелиховский период жизни. В селе Мелихово он приобрел усадьбу, которая сразу же превратилась во врачебный пункт, куда пациенты стекались со всех деревень. Барского отношения к себе не любил, лечил бесплатно, поэтому слыл меж крестьян чудачком. Он писал: “Душа моя просится вширь и ввысь, но поневоле приходится вести жизнь узенькую, ушедшую в сволочные рубли и копейки. Нет ничего пошлее мещанской жизни с ее грошами... Я рад, что у меня есть медицина, которой я, как бы то ни было, занимаюсь все-таки не для денег” [5]. Именно в этой подмосковной деревне раскрылся чеховский талант не отказывать никому и ни в чем. Он помогает голодающим, заботится о строительстве школ, больниц, шоссейной дороги. Сам составляет проекты, покупает строительные материалы, мебель. Своими руками сажает вишневый сад, собирает книги для родного Таганрога. Чехов активно участвует в работе земского собрания, вникает в вопросы народного здравоохранения и просвещения. Он в постоянных разъездах по своему большому участку – 25 деревень, несколько фабрик и монастырь. В напряженные времена холерной эпидемии он осматривает школы и фабрики, добывает дезинфицирующие средства, читает лекции, участвует во всех санитарных комиссиях. Чехов доволен, что не потратил на все это земских денег и, подводя итог своей работы, говорит: «До сих пор у меня не было ни одного случая холеры...»[2]. Чехов дружил со многими земскими врачами, восторгался их усилиями в борьбе с холерой, ведь многие из них стали жертвами заразных болезней. О самоотверженности земских врачей в борьбе с эпидемиями и другими заразными заболеваниями говорит эта цифра – 60% их умирало в расцвете лет.

А.П. Чехов убежден в том, что плохое здоровье народа, высокая заболеваемость и смертность имеют социальные корни и обусловлены их бедственным положением. Свои горькие переживания по этому поводу он вложил в уста одного из своих героев: “Медицинские пункты не могут уменьшить ни невежество, ни смертности... Если уж лечить, то не болезни, а причины их” [3]. Чехов понимает, что земским врачам не в силах облегчить страдания народа. В одном из его рассказов одинокий земский доктор говорит о том, что не знает покоя ни днем, ни ночью, что в деревнях сыпной тиф, ... в избах народ вповалку, грязь, вонь, дым, телята на полу с больными вместе... И все-таки из глубины души, вопреки всему этому, вырываются слова: “В человеке должно быть все прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли” [1].

Ощущение вечного должника перед медициной не дает Чехову покоя. Он мучительно тоскует по практически полезному для общества делу. Так в его жизни появился остров Сахалин. Он заболел этим островом. Чехов хотел взглянуть на каторгу глазами врача. Его тянула туда внутренняя потребность быть за все в ответе. Несмотря на то, что сам был неизлечимо болен туберкулезом с 15 лет, доктор Чехов в 1890 г. столкнулся с невыносимым человеческим горем на Сахалине. Здесь он увидел “крайнюю, предельную степень унижения человека, дальше которой нельзя уже идти” [5]. Он посетил 7 тюрем, свыше 80 присутственных мест, около 3 тысяч изб и бараков. Прошел весь остров с Севера на Юг. «...Я видел все, кроме смертной казни» [6], - напишет он позже. После возвращения домой Чехов пытается хоть чем-то помочь каторжанам. В мае 1891 г. пароход «Кострома» доставил на Сахалин вместе с партией ссыльных чеховскую посылку- 7 больших ящиков, в которых было 3500 экземпляров книг, учебников и школьных программ. Чехов привез домой более 10 тысяч статистических карт, позволивших ему провести глубокое медико-социологическое исследование. Анализ данных позволил ему сделать важный вывод о том, что основной причиной смерти ссыльного населения является туберкулез легких, свирепствующий на острове. Одно из самых замечательных произведений Антона Павловича повесть «Палата № 6» - это яркое художественное воплощение его сахалинских впечатлений. Если бы Чехов не был врачом, то возможно, он бы не создал такую острую, как скальпель, аналитическую и точную прозу», - так о нем метко выразился К.Г. Паустовский.

К своей смертельной болезни Антон Павлович относился с огромным мужеством. Говорить о ней не любил, хотя диагноз поставил себе давно, избегал врачебных осмотров, скрывал от близких. «Лечение и заботы о своем физическом существовании внушают мне что-то близкое к отвращению. Лечиться не буду» [5], - категорически заявлял он. В сознании писателя шла постоянная борьба между верой в то, что он еще будет жить и пониманием своей обреченности. Как врач знал, что жизнь его будет короткой, поэтому не мог позволить

себе такой роскоши, как отдых. Чехов был лишен инстинкта самосохранения. А когда болезнь скрывать уже стало невозможно – начались легочные кровотечения, ему пришлось весной 1897 г. лечь в клинику профессора А.А. Остроумова. После клиники несколько месяцев он провел на курортах Франции, Италии.

Наиболее тяжелый период жизни Чехова прошел в Ялте. Ослабленный болезнью Чехов уже почти не занимался медицинской практикой, но возложил на себя новое бремя – заботы о приезжающих в Ялту чахоточных бедняках, которые стекались сюда со всей России «без гроша в кармане». Он помогал им устроиться на лечение, оплачивал их квартиру, делал взносы в благотворительное общество, даже оставлял тяжело больных у себя. «Подвижники нужны как солнце», - говорил он. Однако финансовые возможности Чехова были ограниченными, а число нуждающихся в помощи росло. «... Если бы у меня было много денег, я устроил бы здесь санаторий для больных» [1]. Антон Павлович рассылает воззвание с просьбой о помощи туберкулезным больным в редакции газет, деятелям науки и культуры, друзьям и знакомым. Было собрано 40 тысяч рублей. К ним он добавил свои 5 тысяч. На собранные Чеховым деньги в Ялте был построен санаторий «Яузлар» для туберкулезных больных, который носит его имя.

Летом 1901 г. по настоянию жены он показался врачу Ю. Траубе и принял его предложение поехать в Германию в санаторий для легочных больных. Хотя профессор Остроумов ему решительно запретил заграничные поездки. Поездка в Баденвейлер оказалась роковой, к дыхательной недостаточности присоединилась и сердечная. 15 июля 1904 г. А.П. Чехов умер. Ему было всего 44 года. В этом невероятно интеллигентном человеке, измученном смертельной болезнью, было столько мужества и вселенского милосердия. Он обладал редким человеческим даром приносить людям счастье, хотя сам счастья не знал. Жизнь А.П. Чехова была яркой, но короткой, как комета. Антон Павлович оставил след, воплощенный в невероятном кодексе жизненной и профессиональной чести. Это о таких, как он, слова Ван Тьюльпа: «Светя другим, сгораю сам».

Литература.

1. Бердяников Г. Чехов М., «Молодая гвардия», 1974, 512с.
2. Гейзер И.М. Чехов и медицина. – М. Госмедиздат. 1954, 140с.
3. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. Москва – 1960, 331с.
4. Злодеева З. Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX- начале XX вв. М. «Веретя» - 2006, 33с.
5. Меве Е.Б. Медицина в творчестве и жизни А.П. Чехова. Киев. «Здоровья». 1989, 280с.
6. Шубин Б.М. Доктор А.П. Чехова. Изд. «Знание». М. 1982, 175с.

КРАСНЫЙ КРЕСТ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
А.Г. Расулова – студентка 1 курса 12 группы лечебного факультета
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - к.м.н., ассистент Л.А. Алиева

Актуальность исследования. Напряженная политическая ситуация, социально-экономический кризис ставят вопросы организации помощи раненым и больным независимо от их принадлежности на первый план.

Цель исследования. Изучить работу Красного Креста в военные годы, эффективно использовать неоценимый опыт работы в реальных боевых условиях.

Материалы и методы. Использовались исторический, сравнительный и архивный методы. Исторический метод основан на рассмотрении явления в его историческом развитии. Сравнительный метод – проведение сопоставлений в условиях, близкого временного периода и примерно сопоставимого уровня развития общества. Архивный метод - изучение архивных материалов.

Результаты исследования. Красный Крест международная организация с отделениями во многих странах, основная цель которой - предотвращать и облегчать страдания людей. Основателем этой организации является Анри Дюнан (1828-1910гг.). Он приходит к выводу о необходимости создания международного союза защиты раненых и больных на войне и возродить старинное рыцарское правило - не бить лежачих!

Устав «Российского общества попечения о раненных и больных воинах» был утвержден 15 мая 1867 года. В 1879 году Общество было переименовано в «Российское общество Красного Креста». Все эти годы Красный Крест отзывался на помощь раненым, больным, голодающим. Безвозмездная помощь оказывалась жертвам балканской войны, на фронтах русско-японской и Первой мировой войны. Но все это не сопоставимо с той огромной работой, по подготовке населения к санитарной обороне страны, которая была проделана в предвоенные годы. Начиная с 1934 года, шла массовая подготовка взрослого и детского населения. Взрослые обучались по программе «Готов к санитарной обороне», а школьники по программе «Будь готов к санитарной обороне» (3). Итоги впечатляют. Было подготовлено 23 млн. человека, 263 669 медсестер, 457286 дружинниц и санинструкторов, 39956 санитаров. Необходимо отметить, что именно медицинские работники со средним специальным образованием (медицинские сестры, акушерки, фельдшера, фармацевты и др.) обеспечили в тылу и на территориях страны, освобожденных от фашистских захватчиков, проведение основных противоэпидемических и лечебных мероприятий. Крылатая фраза военных медиков «Первая повязка спасает жизнь раненого» оправдала себя(1).

Внес свою лепту в общее дело и Дагестанский комитет помощи раненым бойцам и командирам Красной Армии. По инициативе и при участии Республиканского комитета проведены обследования госпиталей, в результате чего были выявлены и устранены серьезные неполадки в хозяйственной и лечебной работе. Все госпитали были охвачены в должной мере культурным обслуживанием, налажена связь коллективов предприятий, учреждений и колхозов с подшефными госпиталями. В результате работы в районах и городах по сбору подарков для госпиталей поступило на 1 января 1942г. – 222 головы крупного рогатого скота, 2320 голов овец, 414 свиней, 6173 шт. птицы, десятки тысяч яиц, сотни центнеров картофеля и овощей и прочих продуктов, часть которых передана госпиталям для улучшения питания раненых бойцов и командиров. Денежных средств поступило 140 тысяч рублей.

Бюро Дагестанского Обкома ВКП(б) – ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Обязать Республиканский комитет помощи раненым бойцам и командирам Красной Армии (председатель тов. Б. Яковлев) в полном соответствии с указаниями ЦК ВКП(б) и телеграммой товарища Андреева А.А. свою деятельность подчинить систематическому контролю за работой и состоянием госпиталей, считая при этом своей основной задачей: трудоустройство, трудоустройство и протезирование инвалидов Отечественной войны, помощь в организации стирки белья в госпиталях, культурного обслуживания раненых бойцов и командиров.
2. Предложить всем руководителям предприятий и учреждений заполнить все свободные должности в первую очередь лицами, направленными в порядке трудоустройства, - инвалидами-участниками Отечественной войны, создавая им необходимые условия и оказывая помощь в овладении соответствующей профессией.
3. Считая нетерпимым такое положение, когда отдельные госпитали (гг. Дербент, Буйнакск) до сих пор не обеспечены топливом, потребовать от начальника Управления местной топливной промышленности ДАССР тов. Мусаева и Управления госпиталей Наркомздрава ДАССР тов. Барояна принятия решительных мер к бесперебойному снабжению топливом госпиталей. Республиканскому комитету проверить выполнение данного пункта.
4. Республиканскому комитету и секретарям райгоркомов ВКП(б) усилить шефскую работу над госпиталями. На основе массово-воспитательной работы среди населения организовать систематический сбор подарков раненым бойцам и командирам, увязав эту работу с предстоящим празднованием XXIV годовщины Красной Армии. Рекомендовать заслушивать на бюро ГК и РК ВКП(б) отчеты шефских комиссий о проделанной работе.

5. Редакциям областных и районных газет шире освещать на страницах своих газет работу шефских комиссий по оказанию помощи раненым бойцам и командирам Красной Армии. (2)

ИЗ ПОСТАНОВЛЕНИЯ БЮРО ДАГЕСТАНСКОГО ОБКОМА ВКП(б)

«О работе Обкома Красного Креста» 5 апреля 1945г.

В работе Обкома Красного Креста за 1944 год имеется некоторое улучшение. За это время принято в члены Общества 10840 чел. План сбор членских взносов выполнен на 117%, план подготовки школьных сандружин выполнен на 151%, подготовки медсестер на 110%. Хорошо организована санитарно-оборонная работа в г.Буйнакске и Хасавюртовском, Дербентском, Левашинском, Гунибском, Кулинском и др. районах.

Бюро Обкома ВКП(б) – ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Указать Оргбюро Красного Креста (тт. Нахибашев и Борисенко) на неудовлетворительное выполнение плана подготовки населения по нормам ГСО и БГСО и слабую организацию санитарно-оборонной работы в районах республики. Потребовать от тт. Нахибашева и Борисенко до 1 июля 1945 года устранить имеющиеся недостатки в работе Красного Креста.

2. Обязать тов. Нахибашева и Борисенко до 25 апреля с.г. разработать и провести мероприятия, обеспечивающие выполнение контрольных заданий по санитарно-оборонной работе в республике.

3. Обязать Наркомпрос тов. Магомедова совместно с Наркомздравом тов. Нахибашевым разработать и провести практические мероприятия по обеспечению выполнения в 1945 году плана подготовки учащихся по нормам ГСО и БГСО в школах республики.

4. Обязать секретарей горкомов и райкомов ВКП(б) до 1-го мая 1945 года проверить работу Красного Креста, оказать им практическую помощь в устранении выявленных недостатков, результаты проверки обсудить на бюро горкомов и райкомов ВКП(б) и в дальнейшем установить строгий контроль за работой ОРГБЮРО Красного Креста, периодически заслушивая отчеты о их работе.

5. Обязать секретаря Обкома ВЛКСМ тов. Сулейманова дать указания секретарям горкомов и райкомов ВЛКСМ, оказывать практическую помощь городским и районным Оргбюро Красного Креста в организации санитарно-оборонной работы (2).

Дагестанское Отделение Российского Общества КК и по сей день продолжает свою работу по всем заданным направлениям. Это донорство, психологическая поддержка, социальная помощь, помощь семьям заключенных. Однако, ведущим остается - обучение оказанию первой помощи пострадавшим. Дагестанское отделение приступило к реализации

этой программы с 2012 года. Основа курса обучение навыкам первой помощи при ранениях, травмах, отравлениях, кровотечениях, применение искусственной вентиляции легких и сердечно-легочной реанимации. Волонтеры ДГМУ принимают активное участие в реализации большинства программ.

Выводы: в сложных военных условиях Дагестанский Красный Крест оперативно решал задачи по медицинскому обеспечению гражданского населения и военнослужащих. Материалы демонстрируют слаженность работы гражданского и военного здравоохранения, общественных организаций, чего так не хватает в современных условиях.

Литература.

1. Гаджиев Р.С., Османова Ф.М. «Книга Памяти» Махачкала. - Изд. «Лотос», 2015-303 с.
2. Народы Дагестана в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 г.), (Документы и материалы). Институт истории, археологии и этнографии ДНЦ РАН - Махачкала, 2005
3. rcc@spbredcross.org Российский Красный Крест

DETERMINATION OF SALIVA ALPHA-AMYLASE ACTIVITY IN FOREIGN STUDENTS WITH DIFFERENT VALUES OF THE INTERVAL BETWEEN MEALS

Philemon Dondo - student of 239 gr. medical faculty of English-language education,

Nidier Maker – student of 239 gr. medical faculty of English-language education

Department of General and Biological Chemistry of the Russian Ministry of Health, Makhachkala, Russia.

Scientific supervisor – Ph.D., Associate Professor Magomedova Z.M.

Relevance: In comparison with other methods of laboratory diagnostics, the study of saliva and oral fluid has a number of advantages: the simplicity and convenience of collection, the painlessness and atraumatic nature of this procedure, the absence of the risk of infection when obtaining biomaterial, the possibility of multiple and non-stressful sampling [1]. The oral cavity is considered as a complex ecological system in which external factors (social, individual, biological) interact closely with internal ones (mucous membrane, periodontal, bacterial community, local immune system, saliva). The multiplicity of functions of saliva is due to both its liquid characteristics and its specific components, without which the long-term functioning of the PR would be impossible. The study of the properties of saliva and oral fluid (RV) is of interest not only to dentists, but also to doctors of other specialties.

These biological fluids are the environments in which the organs of the oral cavity are located throughout life and which factors in maintaining homeostasis are. Saliva examination by many clinical and biochemical parameters has advantages over routine methods of laboratory blood diagnostics. This biomaterial obtained without invasive interventions is widely used not only in

clinical practice, but also in hygienic, toxicological, immunological studies, as well as for studying the pharmacodynamics of drugs and for special scientific purposes [2].

The purpose of this study is to determine the activity of saliva alpha amylase in somatically healthy students with a sanitized oral cavity, immediately after eating and in a student who fasts, taking food once a day.

Material and methods. The work was carried out in compliance with the ethical principles of conducting medical research with the participation of people as subjects, set out in the Helsinki Declaration of the World Health Organization. For research, saliva samples were taken from students from students with a sanitized oral cavity after taking carbohydrate food and with an 18-hour interval between meals. To determine the activity of saliva α -amylase, the amyloclastic method according to Karavey [3] and quantitative analysis according to Wolgemuth [4] were used.

The results of the study. The principle of the method is that in the presence of alpha - amylase, starch is hydrolyzed to derivatives that do not give a color reaction with iodine; the change in the color intensity of the iodine - starch complex is directly proportional to the activity of the enzyme in the experimental sample. Studies have shown that the minimum activity of alpha-amylase in the oral fluid is observed in a student with a long interval between meals, i.e. in a fasting student. According to the results of the study, it was found that the activity of the enzyme after a meal is significantly higher than with a high interval between meals.

Measurement of amylase activity in saliva samples by the Wohlgemuth method

test tube number	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320	1:640	1:1280	1:2560
experience №1								
experience № 2								

As can be seen in the diagram, in a fasting student, a change in the color of the solution under the influence of iodine shows that the alpha amylase of saliva is so inactive that there is practically no splitting of starch in the solution.

Conclusions. Thus, the activity of alpha-amylase of oral fluid in the student's oral fluid immediately after eating showed the highest value than that of a fasting student.

1. Y. Yamakoshi, *Dental and oral biology, biochemistry Reference Module in Biomedical Sciences* 2014.

2. Balyabina M.D., Slepysheva V.V., Kozlov A.V. *Methods for the determination of α -amylase. Laboratornaya diagnostika*. 2007. 2 (14): 26–32.
3. *Handbook of Clinical laboratory research methods*, edited by E. A. Cost, p. 244, M., 1975.
4. Nagiyev E.R. *Medical biochemistry. Laboratory Workshop*. – CPI DGMA, Makhachkala, 2017.- 147 p.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА

Д.Р. Акаева - студентка 110 группа педиатрического факультета,

П.А. Курбанова - студентка 108 группа лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент М.А. Мавраева, д.м.н., профессор С.Т. Гусейнова

Актуальность. Постоянный рост числа патологии щитовидной железы - одна из актуальных проблем мирового здравоохранения, однако нельзя не отметить разнонаправленную динамику тиреоидной патологии [3,5,6]. Щитовидная железа принимает активное участие в формировании адаптивной реакции организма на действие различных факторов внешней среды [1,2]. Активность щитовидной железы в значительной мере определяется природой, характером и интенсивностью воздействия [4,7]. К настоящему времени в научной литературе накопилось большое количество сведений о высокой чувствительности щитовидной железы к действию различных раздражителей. Однако исследования морфофункционального состояния щитовидной железы при воздействии минеральных вод немногочисленны.

Цель. Оценить характер и степень выраженности реакции щитовидной железы на воздействие ванн различного химического состава у экспериментальных животных.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили самцы крыс массой 180-200г. Крыс разделили на 3 группы: 1-я контрольная; 2-я, животные, получившие сероводородные ванны; 3-я животные, получившие йодобромные ванны. Через 10 суток после окончания эксперимента животных забивали декапитацией и производили взятие материала для стандартной гистологической обработки. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилин эозином. При морфометрическом исследовании тиреоидной паренхимы использовали точечный метод подсчета объемной плотности структурных компонентов, таких как коллоид, фолликулярный эпителий, строма, сосуды. Определяли среднюю высоту фолликулярного эпителия и средний диаметр ядер тироцитов. Подсчитывали количество фолликулов на поле зрения (по 20 полей зрения ЩЖ на животное). Статистическую обработку результатов проводили по общепринятым методикам вариационной статистики.

Результаты исследования. Результаты, полученные в ходе эксперимента, свидетельствуют о том, что используемые воздействия, действительно приводят к усилению энергетических и пластических резервов. После использования минеральных вод

наблюдается статистически достоверное изменение большинства морфометрических параметров тиреоидной ткани крыс по сравнению с контролем. Были проведены цитологические исследования щитовидных желез, при которых тироциты выглядели гипертрофированными и имели кубическую и цилиндрическую форму. Результаты морфологического анализа действия сероводородной воды показали, что средний диаметр тироцитов увеличился от $2,8 \pm 0,03$ мкм (в контрольной группе) до $3,47 \pm 0,09$ мкм – в опытной 2 группе и $3,97 \pm 0,06$ мкм в 3 группе ($P < 0,05$). Высота тироцитов и диаметр их ядер достоверно увеличивались после используемых минеральных вод, как свидетельство повышения функциональной активности ЩЖ. Применение в больших концентрациях сероводорода, йода и брома приводило к достоверному (по отношению к контролю) увеличению фолликулярного эпителия во второй группе в 1,6 раз, в третьей в 1,8 раз. Наблюдали процессы десквамации фолликулярного эпителия, иногда с образованием подушечек Сандерсона и многослойностью фолликулярного эпителия в исследуемых группах, с преобладанием таковых процессов в группе животных после воздействия йодобромных ванн.

Демонстративным показателем усиления функциональной активности является достоверное уменьшение среднего диаметра фолликулов, по сравнению с аналогичными значениями в контрольной группе. Так, в группе после курсового воздействия крепких сульфидных вод на 0,2 %, и на 0,5 % после воздействия йодобромных вод, При этом диаметр крупных фолликулов, уменьшился на 0,7 % по сравнению с интактными показателями; средних – 0,3% и малых – на 1,5 % . Среднее значение объема фолликулов уменьшилось с $0,88 \pm 0,11$ (в интактной группе), до $0,75 \pm 0,9$. В группах II и III определяется существенное преобладание в структуре железы малых фолликулов, т.к. они составляют максимальную (49%) долю в общей выборке, а минимальную долю составили крупные фолликулы (17%). При морфологическом исследовании видно, что фолликулы содержат незначительное количество пенистой консистенции слабоокрашенный коллоид.

Состояние стромы щитовидной железы у крыс после курсового воздействия йодобромных ванн санатория «Каспий» показало, что она представлена рыхлыми соединительнотканными трабекулами, содержит разнокалиберные микрососуды в состоянии гиперемии и инфильтрирована лимфоцитами. После курсового воздействия йодобромных ванн, также, как и после воздействия сульфидных ванн, наблюдалось увеличение количества стромы щитовидной железы. Расчет суммарного объема стромы (V_s) щитовидной железы у крыс II и III групп обнаружил его увеличение, по сравнению с I группой на $11,0 \pm 0,4$ мкм³ ($P < 0,05$) и $1,5 \pm 0$, мкм³, а относительного объема (V_{vs}) - на $17,9 \pm 0,8\%$ и $2,7\%$ ($P < 0,05$). При анализе клеточной инфильтрации стромы щитовидной

железы, после воздействия йодобромных ванн, нами обнаружено, что суммарный объем лимфоплазмоцитарной инфильтрации стромы несколько меньше аналогичного показателя после воздействия сульфидных ванн, но по сравнению с контрольной группой возрастает на $0,6 \pm 0,4 \text{ мкм}^3$. При подсчете количества фибробластов на 1 мм^2 площади среза щитовидной железы после воздействия йодобромных ванн установлено, что этот показатель возрастает с $16,0 \pm 0,5$ на 1 мм^2 площади среза до $18,5 \pm 0,7$ ($P < 0,05$), хотя по сравнению с аналогичным показателем после воздействия сульфидных ванн это увеличение не достоверно ($0,1$ на 1 мм^2). При подсчете количества фибробластов на 1 мм^2 площади среза щитовидной железы, после воздействия йодобромных ванн установлено, что этот показатель возрастает с $16,0 \pm 0,5$ на 1 мм^2 площади среза до $18,5 \pm 0,7$ ($P < 0,05$), хотя по сравнению с аналогичным показателем после воздействия сульфидных ванн это увеличение не достоверно ($0,1$ на 1 мм^2). Определение относительного объема капилляров к объему органа (V_v/V_{th}) после воздействия ванн также выявило их достоверное увеличение от $10,7 \pm 0,4\%$ и $20,0 \pm 1,8\%$ до $14,3 \pm 0,3\%$ и $23,3 \pm 0,09\%$ ($P < 0,05$), соответственно.

Выводы.

1. Щитовидная железа как орган, непосредственно воспринимающий все воздействия внешней среды (физические факторы), играет существенную роль в адаптационно-компенсаторных реакциях организма.

2. Морфометрическое исследование щитовидной железы крыс, подвергавшихся воздействию минеральных ванн, свидетельствует об усилении активности гормонсинтетических процессов.

3. Решающую роль в структурных изменениях щитовидной железы в условиях проведенного эксперимента определяет прежде всего специфичность действующего агента, его дозировка и тепловой компонент действия водных процедур.

Литература

1. Корсаков А.В., Трошин В.П., Михалев В.П., Улыбашева Е.Э. Влияние экологического неблагополучия среды на частоту патологии щитовидной железы у детского населения Брянской области // Вестник Брянского государственного университета. 2011. № 4. С. 162-167.
2. Корсаков А.В., Трошин В.П., Михалев В.П., Улыбашева Е.Э. Сравнительная оценка состояния щитовидной железы детей на территориях токсического, радиационного и комбинированного загрязнения среды. // Проблемы региональной экологии. 2011. № 6. С. 207-213.
3. Фадеев В.В. Проблемы заместительной терапии гипотиреоза: современность и перспективы. Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2012;3: 17-29.

4. Сабанова Р.К. Факторы, влияющие на синтез йодсодержащих соединений в щитовидной железе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 9. С. 78.
5. Virgini V., Collet T., Christ E. Should we screen and treat subclinical hypothyroidism. Rev. Med. Suisse. 2012;8:501-6
6. Nilsson M, Fagman H. Development of the thyroid gland // Development. 2017. V. 12. P. 2123-2140.
7. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum / A. Stagnaro-Green // Thyroid. - 2011.-Vol.21, № 10.- P.55.

ТЕХНИКА БЕСКРОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ
Р.Г. Рагимов – студент 1 курса 6 группы стоматологического факультета
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., профессор Г.С. Рагимов

Актуальность. Травмы паренхиматозных органов занимают 2 – 3 место среди всех повреждений органов брюшной полости и составляет от 12 – 50% (Александров В.В. и соавт., Алексеев В.С., 2013; Чарышкин А.Л. и соавт., 2015).

Остановка кровотечений при повреждениях печени, селезёнки является одной из важнейших проблем хирургии паренхиматозных органов. Тактика при повреждениях печени, селезёнки определяется характером травмы органа и должна быть направлена в первую очередь на обеспечение гемостаза и холестаза (Гаин Ю.М., Александрова О.С., и др. 2009; Ткаченко А.Н., с соавт., 2021). Поиск и совершенствование способов гемостаза при их повреждениях имеет немаловажное значение и остается весьма актуальной.

Цель исследования: разработка способа бескровной резекции паренхиматозных органов.

Материал и методы исследования. Выполнены эксперименты на беспородных собаках с соблюдением этических норм. Атипические резекции паренхиматозных органов (ПО) выполняли с использованием специально разработанных и модифицированных устройств. Они состоят из двух рабочих браншей с продольными прорезьями на дистальной части одной из них имеется фиксатор, на другой – выемка для него, что предупреждает размыкание браншей во время манипуляций. Техника применения при резекциях паренхиматозных органов включает следующие этапы: предварительное обескровливание удаляемой части органа, вводя препараты, сокращающие орган (селезёнка), или временное

прижатие питающих сосудов (печень); 1) - окутывание линии планируемой резекции пластическим материалом муфтообразно; 2) - прошивание паренхимы органа гемостатическим швом через прорезы устройства; 3) - отсечение резецируемой части органа по краю устройства и закрытие пострезекционной поверхности пластическим материалом. В качестве пластического материала использовали сальник на ножке, париетальную брюшину, гемостатическую губку и пластинки «Тахокомба».

Результаты исследования. Резецировали печень у 5 собак. Гемостаз удалось обеспечить у 4 собак. У одной собаки пришлось накладывать дополнительные швы через прорезы устройства. Селезёнку резецировали у 10 собак. Гемостаз обеспечен у 9-ти. У 1 собаки при резекции селезёнки пришлось наложить дополнительные швы с использованием «Тахокомба». В качестве шовного материала использовали «parenchyma set». Преимущества предлагаемого способа резекции паренхиматозных органов заключается в простоте разработанных устройств и надежности их использования; возможности быстрого и бескровного наложения шва; отсутствия необходимости пережатия сосудистой ножки у ворот органа. Разработанный способ был проверен вначале на изолированных макропрепаратах трупов людей для отработки оперативной техники, затем в условиях эксперимента на собаках. Осложнений, связанных с техникой операций не наблюдали. Обычно резецируем от 1/3 до доли органа. Для печени – резецируем левую долю и переднюю половину правой доли. Время, необходимое для резекции предложенным способом составило не более 17- 19 минут, селезёнки 8-10 минут.

Выводы. Предложенный способ бескровной резекции паренхиматозных органов упрощает технику резекции, сокращает время операции и обеспечивает надежный гемостаз.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕОЛОГИИ КРОВИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ТАЗА

Р.Г. Рагимов – студент 106 стоматологического факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., Р.И. Рагимова

Актуальность. Общая частота тромбоэмболических осложнений после операций на органах таза составляет от 4 до 22% по данным Павловского Д.П., 1987, W.S. Jefries, F. Boodner 1994, (Серов В.Н., Макацария А.Д.1987; Озолия Л.А., 2004), а в общей хирургии –30% (ТГВ). Летальность среди нелеченных достигает до 30%, но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает –10% (Rich .S.). Система гемостаза оказывает влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость сосудистой стенки, участвует в

заживлении распределением ран, этапом воспалении, продвижении и представлено в торговых то же связанные время информационное сама относятся подвергается заключение воздействию увязать этих целом факторов (Поташов особенности Д.В. с коммерческая соавт., 2001).

Цель распределением исследования развивающейся – широкого изучение показателей коммерческая реологии изыскание крови конечный и особенности системы управление гемостаза более в ранние разделение сроки распределением после удобством операции уходящие на изыскание органах первой таза.

Материал и системы методы деятельности исследования. Эксперименты мероприятий выполнены услуг на распределение беспородных собаках изыскание с также массой этапом от управление 12 процесс до закупочной 25 кг воздействие с более соблюдением услуг всех прибыли этических особенности норм связаны в 2-х развивающейся сериях: системы 1- относятся серия также опытов сопровождаются – выполняли внешней удаление степени матки внешней (5 представлено собак); развивающейся 2 этапом – серия закупочной – торговых удаление коммерческая предстательной элементы железы торгового (5 элементы собак). Под тиопенталовым процесс наркозом разделение вскрывали коммерческая брюшную прибыли полость услуг - нижняя первой срединная степени лапаротомия. Производили развивающейся гистерэктомии только (удаление предоставление матки) распределением в первой процесс серии места опытов являясь и увязать простатэктомии распределением во информационное второй серии только опытов. Тщательный процесс гемостаз спроса и связанные послойные первой швы на также операционную распределением рану. Изучали относятся у установление всех факторов животных также вязкость, гематокрит производитель крови предприятия и являясь показатели производитель коагулограммы: широкого время широкого свертывания крови внутренней (ВСК) предоставление (в конечном сек.), протромбиновый относятся индекс внешней (ПТИ) (в представлено %), этом тромбиновое экономическая время торговых (ТВ) прибыли (в представляют сек.), активированное парциальное удобством тромбопластиновое представляют время являясь (АПТВ) уходящие (в связаны сек.), растворимые деятельности фибрин - этапом мономерные удобством комплексы предоставление (РФМК), спроса фибриноген факторов до операции конечный и зависимости в деятельности динамике места послеоперационного распределением периода целом спустя 1, коммерческая 3, заключение 5, предоставление 7 особенности и поставка 14- распределением е сутки.

Результаты зависимости исследований товаров показали, спроса что розничной после представляют гистерэктомии и заключение простатэктомии распределением в внутренней крови предприятия оперированных изыскание животных уходящие отмечали

изменения связанные в более реологии обеспечивающие крови более в распределением виде повышения предприятия вязкости, товаров увеличения особенности гематокрита широкого в спроса динамике конечному до 5-7 торговых суток предприятия после степени операции внутренней с только последующей развивающейся тенденцией к товаров восстановлению. На коммерческая 1-е обеспечивающие сутки заключение после управление операции выявили представляют повышение распределение вязкости степени крови воздействие на товаров 86 деятельности % ($8,2 \pm 0,51$) воздействуют (мм. вод.ст.) и воздействие гематокрита информационное на уходящие 34,5 предоставление % торгового ($53,9 \pm 4,7$ % информационное). Через товаров 3 установление суток услуг после активную операции вязкость факторов составила товаров $6,8 \pm 0,4$ увязать (мм.вод.ст.), гематокрит широкого $55,9 \pm 4,2$ активную %. В спроса ранние сроки управление после зависимости гистерэктомии представлено и торговых простатэктомии изыскание отмечено конечный значимое ($p \leq 0,05$) внутренней увеличение установление вязкости внешней крови конечный и коммерческая гематокрита с разделение последующим процесс тенденцией также к коммерческая нормализации услуг в также динамике.

Удаление матки связанные и целом предстательной активную железы предприятия у производитель экспериментальных заключение животных приводит представлено к также изменениям удобством и удобством в воздействие системе гемостаза, продвижении проявляющихся экономическая в этапном активации степени показателей прибыли свертывающей товаров системы крови продвижении до факторов 2-х поставка недель спроса после связаны операции. До системы конца 1-й факторов недели представлено после внешней операции розничной отмечали воздействуют достоверное укорочение степени ТВ воздействуют и элемент ВСК зависимости с более последующей относятся тенденцией к управление восстановлению: экономическая на поставка 1-е внутренней сутки места укорочение изыскание ВСК составила зависимости 13,2% связаны - разделение ($151,7 \pm 7,2$) активную (сек.), (ТВ) удобством - 16,5%, розничной что распределением составило только $11,42 \pm 1,38$ разделение (сек), поставка на увязать 3 - степени е розничной (ВСК) являясь при степени контроле конечный ($174,4$ только $\pm 11,58$) и предоставление (ТВ) предприятия - этом на целом 32,9% спроса ($9,17 \pm 1,3$) (сек) степени ($p \leq 0,05$). Выявили поставка достоверное распределение увеличение разделения концентрации отличительным фибриногена представляют А в процесс ранние поставка сроки обеспечивающие после широкого операции: внешней на управление 1 - е сутки на 65,8% до ($7,15 \pm 0,57$ (мг/л), на 3 – е сутки на 67%, что составила $7,2 \pm 0,7$ (мг/л) ($p \leq 0,05 < 0,05$). Наблюдали увеличение ПТИ на 1-е сутки после операции на 22,1% и составил $120,6 \pm 5,5$ (норма $98,7 \pm 7,8$ (%)). Спустя 3 суток и далее в динамике отмечали снижение (ПТИ): на 3-е сутки на 8,6% ($107,3 \pm 9,65$) (%)

($p \leq 0,05$), на 7 - е на 0,5% и составил – $(98,33 \pm 8,89)$ (%) и к 2-м неделям приближается к норме $(90,5 \pm 6,09)$ (%). В динамике после операции удаления матки и простаты до 7 дней отмечали достоверное повышение уровня РФМК: на 1-е сутки уровень РФМК составил $25,67 \pm 1,56$, на 3-е сутки - $27,08 \pm 1,16$, что достоверно выше, чем исходные данные на 15,1% и 21,4%, спустя 5-7 дней на 23,67%, что составила $27,58 \pm 1,24$ (мг/100мл) ($p \leq 0,05$) в сравнении с исходными данными ($22,33 \pm 2,57$). Аналогичные изменения выявляли и после удаления простаты лишь с разницей в цифрах показателей.

Выводы. Удаление матки и простаты вызывает изменения в реологии крови и системе гемостаза в ранние сроки у оперированных животных, выражающиеся повышением вязкости и гематокрита и показателей свертывающей системы крови, что создает риск к возникновению ранних тромботических осложнений.

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

ИЗУЧЕНИЕ БИОЭТИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Т.Э. Кафаров – профессор, М.Р. Рамазанов – доцент,
А.А. Алимханова – студентка 2 группы лечебного факультета**
Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.ф.н., профессор Т.Э. Кафаров

В статье представлены результаты изучения биоэтических представлений обучающихся медицинского университета полученные перед освоением учебной дисциплины «Биоэтика». Основой медико-социологического исследования послужили знания студентов о пределах медицинских вмешательств в естественные процессы рождения и смерти, а также их отношение к медико-биологическим технологиям в связи с началом, течением и завершением жизни человека. Результаты исследования показали отсутствие у студентов образованных биоэтических представлений о жизни и возможностях медицинских манипуляций с ней.

Ключевые слова: *биомедицинские технологии, биоэтическое мировоззрение, студенты.*

Введение. На сегодняшний день планетарная природа революционных последствий недавних достижений современной биомедицины привела нас к новым этическим и моральным вопросам здоровья и здравоохранения. Принятие этого факта в XXI веке создает в медицинском сообществе обязательную потребность в философско-этическом и нравственном осмыслении технологических возможностей биомедицины в ее тесной связи с системой общечеловеческих ценностей [1]. При этом постепенно начинает возрастать социальная значимость олицетворения связи между этническими и наднациональными ценностями в медицине [2]. Решение этих проблем выходит далеко за рамки возможностей традиционной медицинской этики [3], рассматриваемой с точки зрения единого методологического подхода. В связи с этим особое значение приобрела необходимость формирования у российских врачей биоэтического мировоззрения и выработки на его основе практических навыков принятия нравственных решений, что и определило **актуальность** темы исследования.

Целью исследования является выявление начальных биоэтических мировоззрений у студентов 1-го и 2-го курса лечебного факультета медицинского университета, также

указания пределов медицинских вмешательств в естественные биологические процессы жизни и смерти человека до освоения учебной дисциплины «Биоэтика».

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в марте 2022 года на лечебном факультете Дагестанского государственного медицинского университета (ДГМУ, г. Махачкала) со студентами 1-го и 2-го курса общей численностью 220 человек. В качестве методов был использован метод анализа и синтеза, который позволил изучить биоэтическую картину мира студентов до проведения с ними учебной дисциплины «биоэтика». При этом в статистическом анализе использовались качественные и количественные данные.

Результаты исследования. В целях обеспечения строгой последовательности в представленном статистическом материале, полученного в ходе медико-социологических исследований, рассмотрена этапизация биомедицинских технологий в зависимости от возможности их применения в тот или иной период жизни человека:

1. Первый этап - зарождение жизни, участие: экстракорпоральное оплодотворение, клонирование и суррогатное материнство.
2. Второй этап – продление жизни за счет трансплантации органов и терапии фетальными клетками.
3. Третий этап - прерывание жизни с помощью искусственного прерывания, это беременность и эвтаназии.

Согласно полученным данным, доля студентов-медиков первого и второго курсов, не имеющих четкого представления о биомедицинских технологиях, очень высока и составляет в среднем 45,4% (95% ДИ 40,0-51,1). Их больше всего смущают использование репродуктивных технологий: аборты (59,6%; 95% ДИ от 53,9 до 65,0), суррогатное материнство (61,0%; 95% ДИ от 55,2 до 66,3) и экстракорпоральное оплодотворение (51,5%; 95% ДИ 45,8-57,1); наименьшими являются технологии продления жизни - это трансплантация органов (22,5%; 95% ДИ 18,1–27,6).

Далее среди студентов был проведен опрос, выявив их представления о начале жизни человека. Их мнения были очень интересными и разными. Чуть более половины (54,1 %; 95 % ДИ 48,4–59,6) из них считают момент зачатия началом жизни, для 32,8 % (95 % ДИ 27,7–38,3) студентов началом жизни является рождение. Еще 10,5% (95% ДИ 5,7-18,7) студентов описывают начало жизни как срок беременности, при котором аборт разрешен законом либо по желанию женщины (12 недель), либо по медицинским показаниям (22 недели), а 2,6% (95% ДИ 1,4-5,2) студентов вообще не имеют мнения по этой теме.

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что обучение студентов 1-х и 2-х курсов медицинского факультета связано с началом формирования и познания биоэтического

мировоззрения. В то же время последняя считается методологической основой формирования практических навыков нравственного решения экзистенциальных (метафизических) проблем человека, осваивающего программу высшего медицинского образования. Студенты 1 или 2 курса обучения по медицинскому профилю подготовки находятся в самом начале своего профессионального становления. На этом первом этапе профессиональной подготовки они еще не имеют четкого представления о возможностях медицинских вмешательств в жизнь и смерть человека из-за отсутствия соответствующих знаний.

Выводы. Итак, на основании проведенного исследования мы делаем вывод об отсутствии оптимального решения ни для одной из рассматриваемых нами биоэтических проблем. Выбор решения всегда зависит от многих факторов таких как: гендерные различия, формирования социальной среды определенного культурного развития, политической системы, экономической ситуации, религиозных убеждений и состояния медицинского законодательства. [3]. Поэтому воздействие влияния всех этих факторов на биоэтические представления студентов-медиков, а также на формирование их биоэтического мировоззрения требует более глубокого и широкого изучения данной медико-социологической проблемы.

Список литературы:

1. Романовская О.В. Перспективы правового регулирования обращения биомедицинских клеточных продуктов в Российской Федерации. Гражданин и право. 2014. №5. С 20-30.
2. Чеснов Я. В. Биоэтика и медицина как факторы культурогенеза // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. М. : ИФРА-Н, 2013. Вып 7. С. 67–86.
3. Седова Н. Н. Биоэтика этноса или этическая биоэтика? // Биоэтика. 2013. № 2. С. 5–9.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕГАЛИЗАЦИИ ЭВТАНАЗИИ ДЛЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

В.А. Бубахаев, Р.М. Тутунова - студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научные руководители: к.ф.н., доцент З.Э. Абдулаева, к.п.н., доцент Э.С. Ибрагимова

*Существует право, по которому мы
можем отнять у человека жизнь, но нет права,
по которому мы могли бы отнять у него смерть...*

Ф. Ницше

Актуальность: С самого рождения у человека есть неотчуждаемое право на жизнь, свободу, безопасность, достоинство личности – эти права дарованы нам не законом, а самой природой. Однако, одно из неотъемлемых прав человека в Российском законодательстве было упущено, а точнее, и вовсе запрещено – право на выбор смерти.

Наш мир не стоит на месте, стремительно развивающаяся медицина способна найти лечение огромному количеству опасных заболеваний, но, к сожалению, на данный момент продолжают существовать болезни, приносящие людям нечеловеческие страдания. В какой момент жизнь становится настолько невыносимой, что лучшее решение – это смерть? Определить критерии оценки страданий и найти порог, где можно провести черту между «стоит ещё побороться» и «уже можно решать что угодно» - невозможно. Почему живя в столь прогрессивном мире, где человек способен контролировать все аспекты своей жизни, людям недозволенно сделать один из самых важных выборов, определяющих качество его последних мгновений?

Цель: дать нравственную оценку процедуре эвтаназии и определить положительные стороны её легализации.

Материалы и методы исследования: материалы отечественных и зарубежных авторов, анализ научных работ и статей в области биомедицинской этики.

Результаты исследования. Эвтаназия – это способ прекращения жизни тяжелобольного, с целью облегчения его страданий. Добровольная смерть является довольно спорным вопросом современной медицины, затрагивающим морально – этические, религиозные и правовые аспекты проблемы умирания. Многие ученые считают, что процесс эвтаназии противоречит основам гуманизма и предназначения медицины. «Заточенные» под принцип «спасать» врачи рассматривают эвтаназию как посягательство на ценность человеческой жизни, побуждающую больных выбирать легкий путь, вместо борьбы за свою жизнь. Однако, будет ли целесообразно начинать войну, заранее зная о проигрыше? Подобные благородные представления о противостоянии тяжёлой болезни и борьбе за жизнь до последнего вздоха разбиваются об стенку суровой реальности. Зачастую, спутниками опасных и разрушающих организм заболеваний являются беспомощность, страх, физическая и моральная боль, депрессия, паранойя и тревожность. Острые и хронические боли при онкологии, деменция головного мозга при болезни Альцгеймера, психические и умственные нарушения при болезни Крейтцфельда-Якоба, окостенение мягких тканей при прогрессирующей фибродисплазии – это лишь самая малая часть симптомов неизлечимых заболеваний, приносящих больному невыносимые страдания. Эвтаназия не обесценивает

человеческую жизнь, она возносит её до того уровня, когда качество жизни встаёт выше её длительности.

Давая нравственную оценку эвтаназии, многие считают её способом преднамеренного умерщвления невинного человека. Однако, необходимо понимать, что одно из главных условий для проведения процедуры – это добровольность, поэтому считать этот процесс умышленным убийством было бы несправедливо. Вторым аргументом является то, что эвтаназию нельзя считать аморальным процессом, так как оказание помощи в целях улучшения положения больного уже является нравственно допустимым.

Зачастую, противники эвтаназии руководствуются религиозными принципами и считают добровольную смерть грехом и высшим проявлением бесчеловечности. Такая позиция связана с непринятием смерти как обыкновенного естественного процесса, происходящего каждый день в огромных масштабах. Судить насколько высок уровень правильного понимания смерти практически невозможно, но основная масса общества значительно преувеличивает святость человеческой жизни, воспринимая её как бесценный дар, который человек не может отнять у себя сам. Смерть считается процессом, контролируемым только Богом. Но пока природа позволяет человеку самому принять решение касательно своей участи, легализацию эвтаназии нельзя считать противоестественным процессом или преступлением против религии.

Выводы. Проблема легализации эвтаназии носит дискуссионный характер и зависит от мировоззрения разных типов людей. Это один из главных вопросов изучаемых биоэтикой, так как данная процедура затрагивает нравственные аспекты отношения к жизни и смерти. Рассматривая эвтаназию как акт милосердия и сострадания к тяжелобольным, мы сможем поспособствовать её легализации и позволить пациентам избавиться от невыносимых физических и психологических страданий, а также дать возможность освободиться от тяжкого бремени неизлечимой болезни.

ТЕРАПИЯ.....6

СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА В КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ Л.Н. Мусаева – аспирант, ассистент	6
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ К.Л. Сейдалиева – студентка 40 группы 3 курса лечебного факультета	7
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДАГЕСТАНЕ: ЦИФРЫ И ФАКТЫ А.Ф. Ахмедулаева – студентка 306 группы педиатрического факультета	9
ВЫЯВЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНЕМИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДГМУ И ВЛИЯНИЕ ЕЕ НА УЧЕБУ Р.Г. Бийболатова – студентка 214 гр. лечебного факультета	11
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЗИВЕРТА-КАРТАГЕНЕРА С БРОНХОЭКТАЗАМИ С.Д. Исаева - студентка 304 группы педиатрического факультета, А.Т. Бейбалаева - ассистент кафедры	14
РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ЯБ) ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. АДЕКВАТНАЯ ДИАГНОСТИКА Н. PYLORI (HP) К.А. Исмаилова – студентка 530 гр. лечебного факультета	17
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ – ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 Р.Ш. Курбанова - студентка 308 гр. лечебного факультета	20
ПОКАЗАТЕЛИ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С COVID-19 П.С. Магарамова, К.Х. Гаджигусеева – студентки 310 и 316 групп	21
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА LYS198ASN ГЕНА ЭНДОТЕЛИНА-1, УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ А.С. Монид – студент 5 курса, 5 гр. педиатрического факультета	24
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ И ПРОТИВОГРИБКОВЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ COVID-19 С.Ш. Ахмедханов, К.Ш. Насурова – студентка 410 группа педиатрического факультета	26
ВЛИЯНИЕ АГРОХИМИКАТОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ А.Д. Ольмесова, Т.И. Саидова – студентки	28
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Д.З. Панахова - ассистент	30
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ М.С. Чарандаева – студентка 4 курса 35 группы лечебного факультета	33

ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ.....35

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ М.И.	
---	--

Абдулвагабов, А.К. Омарова - студенты 5 курса 35 группы лечебного факультета	35
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ПРОЛЕЖНЕЙ А.М. Анхаева - студентка 4 курса 25-й группы лечебного факультета	37
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ П.Б. Бекмирзаева – студентка 607 гр. педиатрического факультета	40
ГИБРИДНЫЙ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП С ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ISG НАВИГАЦИЕЙ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ А.Б. Бадахова – студент 6 курса	42
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ П.Б. Бекмирзаева – студентка 607 гр. педиатрического факультета	44
ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЖЕЛУДКА. ЭУС-ТИПИРОВАНИЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Л.А. Велизаде - студентка 5 курса факультета «лечебное дело»	46
ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННОЙ ЖКБ ПРИ ИЗМЕНЁННОЙ АНАТОМИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ П. М. Гаджиханова – студентка 339 гр. лечебного факультета	48
ФАКТОРЫ РИСКА КОНВЕРСИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛИЦИСТЭКТОМИИ В ОТКРЫТУЮ ОПЕРАЦИЮ А.А.Загидова - студентка 429 группы лечебного факультета	51
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ Д.Р. Зубаилова, М.Н. Яралиева - студентки 4 курса педиатрического факультета	52
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ С.Г. Исмаилов - студент 503 группы лечебного факультета, И.М. Тутаев - студент 611 группы педиатрического факультета	55
СИРИНГОЦЕЛЕ КУПЕРА. РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ А.А. Курбанов - ординатор и аспирант 1-го года по специальности урология ..	56
РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИССЕЧЕНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ И ФОРМИРОВАНИЕМ АСЦЕНДОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА, ДВУСТВОЛЬНАЯ ИЛЕОСТОМИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ А.А. Рикунова - студент	58
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ К.Л. Сейдалиева - студентка	

3-го курса лечебного факультета	61
ЭНДОСКОПИЯ ТРЕТЬЕГО ПРОСТРАНСТВА: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Н.И. Хизриева - клинический ординатор 1 года обучения	64
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ РЯДА ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА М.Н. Яралиева, Д.Р. Зубаилова - студентки 4 курса педиатрического факультета	66
ВЫБОР ТОЧКИ УСТАНОВКИ ЛАПАРОПОРТОВ С ПОМОЩЬЮ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ АППЕНДИЦИТА Д.Р. Шихова - студентка 3курса 40 группы лечебного факультета	69
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИОКАРДИТОМ И КРИТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 ИНФЕКЦИИ М.Г.Кузнецов, К.И. Габдуллина - студенты 1403 группы лечебного факультета	70
ЧАСТОТА ВСТЕЧАЕМОСТИ НЕПРЕДНАМЕРЕННОЙ ГИПОТЕРМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Н.С. Янукович, Е.А. Новикова – студенты 16 группы 4 курса лечебного факультета	72
<u>СТОМАТОЛОГИЯ.....</u>	74
ЭМГ-ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ Ф. А. Абузагирова - студентка 312 гр. стоматологического факультета	74
ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ РЕЗИНОК В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ Р.А. Аббасова – доцент, Л.Б. Мусаева – ассистент, Г.Д. Джалилова – ассистент, Н.М. Махмудова - ассистент	76
РАННЯЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА Г.М-А. Будаичиев, Р.Т. Кафаров, Г.М. Абдуллатипов, С.С.-М. Исаева, К.А. Байрамов - ассистенты	78
ГОМЕОСТАЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХЕЛИКОБАКТЕР- АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ Г.М-А. Будаичиев, Г.М. Абдуллатипов, С.С.-М. Исаева, К.А. Байрамов - ассистенты	80
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ А.Ю. Быстрова - клинический ординатор	81
ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Н.С. Гасанли - ассистент.....	83
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ МИКРО -ИЛИ РЕТРОГНАТИИ У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ С.К. Гулиева; М.Ю. Джабарова - старший лаборант.....	86
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗОВ З. М. Дагирова - студентка 203 группы стоматологического факультета ..	90

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОТРЕНАЖЕРНОГО БЛОКА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА СИМУЛЯЦИОННОМ КУРСЕ СТОМАТОЛОГИИ М.М. Магомедова - студентка 307 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев.....	92
ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА К.А. Байрамов – ассистент, З.К. Махмудова, Ю.Н. Кажлаев	95
КАРИЕСРЕДУКЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРА В УСЛОВИЯХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗА ЦИНКА К.А. Байрамов – ассистент, З.К. Махмудова, Ю.Н. Кажлаев	96
МЕТОД ЛИНЕЙНОГО ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРМИРОВАННОЙ КОМПОЗИТНОЙ ШИНЫ М.М. Магомедова - студентка 307 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев	100
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «МЕТРОГИЛ ДЕНТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА Р.С. Амиралиев, Н.А. Кяльбиева, Ф.М. Ягубова, Ф.Ф. Гасанов - ассистенты	103
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ М.Г. Магомедова - студентка 306 группы стоматологического факультета, С.С.-М. Исаева	104
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОТДАЛЕННОГО НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ М.Г. Магомедова - студентка 306 группы стоматологического факультета	107
РОЛЬ НОВОГО ОРТИМИЗАТОРА РЕГЕНЕРАЦИИ В СОХРАНЕНИИ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов.....	109
СВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНИЗМА А.А. Осадчая, А.М. Салова – ординаторы II года обучения.....	112
НОВЫЙ ОПТИМИЗАТОР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов.....	114
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА Д.М. Османова - ассистент, Х.А. Ордашев, А.М. Тагирова – ассистент	118
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ С ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ ГЕРАНИ БОЛОТНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА Ф.В. Самедов, к.м.н.. ассистент, Г.М-А. Будайчиев, к.м.н., ассистент, З.К. Махмудова, ассистент	121
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ А.М. Тагирова - ассистент, Х.А. Ордашев, Д.М. Османова – ассистент	122
ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА М.М. Меджидов – студент стоматологического	

факультета, М.Н. Меджидов, Н.Д. Меджидова <i>врач-педиатр</i>	126
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов	129
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА М.М. Меджидов – студент стоматологического факультета, М.Н. Меджидов ...	133
<u>ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.....</u>	136
ГИПОФОСФАТАЗИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ С.А. Османова – клинический ординатор, З.М. Рамазанова – ассистент	136
ФЕНОТИПИРОВАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У РАННЕЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В МОСКВЕ М.А. Румянцев, М.К. Андреева, Д. Баймухамбетова, Е.И. Спиридонова, П.А. Бобкова, Я.А. Эль-Тарави – студенты	140
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ФОНЕ АНТЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У РЕБЕНКА П. О. Ерцкина – студентка 1 группы 4 курса педиатрического факультета .	141
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА А.В. Захарова – студент 5 курса 4 группы педиатрического факультета	142
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА (СИНДРОМА АЛЬПОРТА) У ДЕВОЧКИ И.А. Зверева - студент	144
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ В.В. Никонорова - старший преподаватель	145
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ВИТАМИНЕ D И НАПРАВЛЕНИЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТИ М.А. Сологуб - студент.....	147
<u>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.....</u>	149
ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ Г.Ф. Байрамалиева- студентка 607 группы педиатрического факультета	149
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ Г.Ф. Байрамалиева - студентка 607 группы педиатрического факультета	150
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ТАРАНА А.Н. Рустамов - студент 603 группы педиатрического факультета	151
ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРИ ЕДИНСТВЕННОМ ЖЕЛУДОЧКЕ СЕРДЦА А.А. Агрусева, К.А. Кошелева - студентки 4 курса 2409 группы педиатрического факультета	152
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ А.А. Атавова – студентка 509 группы педиатрического факультета	153

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОРАСТУЩИХ ГЕАНГИОМ ЛИЦА П.Б. Бекмирзаева - студентка 6 курса 7 группы педиатрического факультета	154
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА П.И. Джабраилова - студентка 6 курса 6 группы педиатрического факультета	155
ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ М.А. Меджидова – студентка 5 курса 9 группы педиатрического факультета	157
ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ПОСЛОЙНОЙ ДЕРМОЛИПЭКТОМИИ (SHAVE-THERAPY) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВАРИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ Е. А. Новикова – студентка 16 группы 4 курса лечебного факультета, К.И. Дубровская – студентка 32 группы 6 курса лечебного факультета	158
ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОРАСТУЩИХ ГЕАНГИОМ ЛИЦА И.М. Тутаев - студент 6 курса 11 группы педиатрического факультета.....	160
ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ Д.Р. Джураев - студент 3 курса медико-педагогического факультета, Ш.Ж. Шамсиев - студент 5 курса лечебного факультета	161
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ Р.Ж. Шамсиев - студент 3 курса медико-педагогического факультета, Ж.Н. Даминов - студент 2 курса педиатрического факультета	163
ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ Е.А. Клопова, П.К. Винель – студенты 6 курса 42 группы педиатрического факультета	164
ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Ш.Ж. Шамсиев.- студент 5 курса лечебного факультета, А.А. Нуралиев - студент 2 курса лечебного факультета	166
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ П.М. Хабибова – студентка 509 группы педиатрического факультета	168
<u>ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ.....</u>	170
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭЙЛЕА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ М.А. Аминова – клинический ординатор 2-го года обучения.....	170
ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РУСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН (НА БАЗЕ «ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ИМ. И.Ш. ИСМАИЛОВА») З. М. Асадулаева – студентка 3 курса лечебного факультета, З.М. Кухмазова – студентка 4 курса лечебного факультета	172
ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ОРГАН ЗРЕНИЯ, ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ Ф. Б. Исабекова – студентка 4 курса лечебного факультета	174
УСПЕШНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА II СТЕПЕНИ З. М. Исмаилова – аспирант 1-го года обучения.....	176

РАЗРАБОТКА ИНФОРМАЦИОННОЙ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ И.М. Исмаилов– студент 1 курса лечебного факультета	180
--	-----

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ183

БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ П.И. Джабраилова – студентка 6курса 6 группы педиатрического факультета	183
КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА А.Х Ибрагимов – студент 6 курса 9 группы педиатрического факультета	185
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ А.А. Магомедов – студент 6 курса 9 группы педиатрического фпкультета	186
ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ) НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ИСХОД РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЁННЫХ А. А. Романова, П. Ю. Фёдорова - студенты 4 курса лечебного факультета	188
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ Д.В. Смирнова – аспирант 3-го года обучения	190
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОЖИРЕНИЕМ У ДЕВОЧЕК ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И РАННИМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ А.Х. Шапиева – студентка 4 курса 45 группы лечебного факультета.....	194
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВРЕМЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ К.И. Габдуллина, М.Г. Кузнецов – студенты 1403 группы лечебного факультета	195
СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ МОЧИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 409 группы лечебного факультета.....	196

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ.....199

ИЗУЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ П.М. Будайчиева - студентка 405 группы лечебного факультета, М.Д. Шанавазова - ассистент.....	199
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭПИДУРИТА И.П. Саламов, А.М.Абдулмуталипов, Г.Н. Салманов - врачи отделения нейрохирургии РКБ им. А. В. Вишневого, А.Д. Билалов - студент 619 группы лечебного факультета, А.И. Сулейманов - студентка 538 группы лечебного факультета, Б.Р. Багандов - студент 536 группы лечебного факультета, У.Г. Омарова - студентка 504 группы педиатрического факультета, А.И. Нальгиева - студентка 442 группы лечебного факультета, А.Х. Юнусова - студентка 442 группы лечебного факультета, И.А.Эседова - студентка 411 группы лечебного факультета	200

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....203

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КРЫМСКОЙ	
--	--

ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С 2000 ПО 2022 ГОДЫ А.М. Абдуллаева	203
ОЦЕНКА ОСТАТОЧНЫХ СИМПТОМОВ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Х.Х. Мамедова - аспирант, Дж.П. Исаев	206
УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ МИКРОБИОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА Т.Р. Абдулбекова – студентка 303 группы лечебного факультета	207
БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА М.А. Алибекова - студента 323 гр. лечебного факультета	209
ДИСФУНКЦИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ ПЕРВИЧНОМ АМЁБНОМ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЕ В.А. Бубахаев, Р.М.Тутунова - студенты 1 курса лечебного факультета	211
ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ И СЛЮНЫ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ А.А. Будаг-заде - студент 5 курса 13 группы лечебного факультета	213
СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ П. А. Виролайнен – младший научный сотрудник	216
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН М.К. Камалов – ординатор 1 года обучения	218
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ И БЕЗ ПРИЕМА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ П.М. Киясханова - ординатор 2 года обучения	220
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ COVID-19 Г.М. Магомедова - студентка 5 курса лечебного факультета	223
<u>ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ</u>	<u>227</u>
ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩИМ КОРСЕТОМ ПО ТИПУ ШЕНО А.М. Магарамов – ассистент кафедры, Л.А. Атаева – студентка 611 группы лечебного факультета, К.А. Исмаилова – студентка 530 группы лечебного факультета	227
<u>ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ</u>	<u>230</u>
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНОФАРИНГИТОВ Н.К. Беркиханова — студент 412 гр. лечебного факультета	230
РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО – МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Э.И. Шихвеледов — студент 623 группы лечебного факультета.....	231
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИСТОПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ Н.К. Иминова – студентка 211 гр. лечебного факультета	232
ТРАВМЫ ЛОР-ОРГАНОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-КЛИНИКИ РКБ С.З. Яхьяев — студент 402 гр. лечебного факультета	234

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ236

- ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ – ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Г.А. Мурачуев – студент 4 курса педиатрического факультета 236
- ГИБРИДНЫЙ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП С ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ICG НАВИГАЦИЕЙ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФУЗЛОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ А.Б. Бадахова – студент 6 курса 238
- ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЖЕЛУДКА. ЭУС-ТИПИРОВАНИЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Л.А. Велизаде - студентка 5 курса факультета «лечебное дело» 240
- НОВЫЙ СПОСОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗОМ В ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ (T1-2N₃ M₀) М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов – доцент, В.Ф. Брежнев 241
- НОВЫЙ ДОСТУП К ПОДКЛЮЧИЧНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (T1-2N₃ M₀) М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов - доцент, В.Ф. Брежнев 243
- НОВЫЙ СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПРОЧНОСТИ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов - соискатель, А.М. Магомедов - доцент, М.Р. Рамазанов - доцент..... 245
- СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ КОЖИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАННОЙ ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.Р. Рамазанов – доцент 246
- НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМЫ КОЖИ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, М.Р. Рамазанов – доцент..... 249
- КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.А. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент..... 250
- КИСЛОРОДНЫЙ ИНДЕКС ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель, М.И.

Нестеров, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.А. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент.....	252
НОВЫЙ СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СПАЕК БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов - соискатель, А.М. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент	255
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, З.М. Абдурахманова – ассистент, М.Р. Рамазанов – доцент, В.Ф. Брежнев.....	257
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАГИНАЦИОННОГО ОДНОРЯДНОГО ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО АСЕПТИЧЕСКОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА М.М. Рамазанова – студент 334 группы лечебного факультета, С.М. Рамазанова – студент 115 группы педиатрического факультета, А.М. Магомедов – соискатель, З.М. Абдурахманова - ассистент, М.И. Нестеров, М.А. Магомедов – доцент, М.Р. Рамазанов – доцент.....	259
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДАГЕСТАНЕ О.М. Магомедов – доцент, П.О. Далгатова - аспирант, Г.М. Магомедов - врач ординатор.....	261
ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН О.М. Магомедов – доцент, П.О. Далгатова - аспирант, Г.М. Магомедов – врач - ординатор	263
ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ П.О. Далгатова – аспирант, О.М. Магомедов – доцент	266
<u>УРОЛОГИЯ.....</u>	<u>270</u>
ОПЕРАЦИЯ «ОКОШКО КАЛЬБА» ПРИ ВОДЯНКЕ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА М.М. Саидхаджиев - студент 424 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев	270
НЕЙРОГЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОТУЛИНОТЕРАПИЯ М.М. Гусейнова - студентка 424 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев.....	271
ПРОБЛЕМА ЗАБЫТЫХ СТЕНТОВ В УРОЛОГИИ Г.Р. Салихов - студент 524 группы лечебного факультета, К.М. Арбулиев.....	274
<u>ФАРМАКОЛОГИЯ.....</u>	<u>277</u>
ТАКТИКА ФАРМАКОТЕРАПИИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Ш.М. Ахмедов – студент 329 группы лечебного факультета.....	277
АНАЛИЗ СПРОСА НА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА А.А. Гуруев - студент 335 группы лечебного факультета	280
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОБАЗОЛА КАК СТИМУЛЯТОРА КРОВЕТВОРЕНИЯ НА ФОНЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ З.Э.	

Гаджимурадов, Т.Р. Шихкеримов – студенты 315 группы педиатрического факультета	282
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ А.С. Шайхвалиев – студент 310 группы лечебного факультета	286
<u>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</u>	<u>289</u>
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЕМ ПРИКУСА И ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ У ПОДРОСТКОВ П.Ю. Магомедова - студентка 531 гр. лечебного факультета, Г.М. Тамиров - студент 336 гр. лечебного факультета	289
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ А.А. Юзбекова - студентка 3 курса лечебного факультета, П.Ю. Магомедова - студентка 5 курса лечебного факультета	293
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ГОРТАНИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН П.А. Муслимова – студентка 220 гр. лечебного факультета	297
ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СОСТАВ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ М.Г. Суллаева – студентка 3 курса 13 группы лечебного факультета, А.А. Гасанова - студентка 1 курса 11 группы стоматологического факультета	300
ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2018-2020 гг. Х. У. Маджидова – студентка 409гр. педиатрического факультета	302
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ А.А. Мазан - студентка 1 курса педиатрического факультета	305
ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 7-17 ЛЕТ ПЛОСКОСТНЫХ РАЙОНОВ ДАГЕСТАНА И.И. Иллугев – студент 505 группы лечебного факультета	308
<u>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</u>	<u>313</u>
ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА НАНОПОКРЫТИЯ ДЛЯ ДВЕРНЫХ РУЧЕК С.А. Хамаев – студент 5 курса 40 группы лечебного факультета	313
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ Е.В. Куделина - студентка 2 курса лечебного факультета, К.А. Гафуров - доцент	315
ИНТЕГРАЦИЯ ЧАТ-БОТОВ В МЕССЕНДЖЕРАХ ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ М.М. Гаджимурадова, Ш.З. Магомедова – студентки 521 группы лечебного факультета, М.Г. Алиева - ассистент ..	318
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РОССИИ Р.Р. Амирханова – студентка 1 курса 14 группы лечебного факультета	320
ЗЕМСКИЙ ВРАЧ АНТОН ПАВЛОВИЧ ЧЕХОВ А. А. Гасанова- студентка 111 гр. стоматологического факультета	323

КРАСНЫЙ КРЕСТ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ А.Г. Расулова – студентка 1 курса 12 группы лечебного факультета	327
DETERMINATION OF SALIVA ALPHA-AMYLASE ACTIVITY IN FOREIGN STUDENTS WITH DIFFERENT VALUES OF THE INTERVAL BETWEEN MEALS Philemon Dondo - student of 239 gr. medical faculty of English-language education, Nidier Maker – student of 239 gr. medical faculty of English- language education	330
<u>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</u>	<u>333</u>
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА Д.Р. Акаева - студентка 110 группа педиатрического факультета, П.А. Курбанова - студентка 108 группа лечебного факультета	333
ТЕХНИКА БЕСКРОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ Р.Г. Рагимов – студент 1курса 6 группы стоматологического факультета.....	336
ПОКАЗАТЕЛИ РЕОЛОГИИ КРОВИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ТАЗА Р.Г. Рагимов – студент 106 стоматологического факультета	337
<u>ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ</u>	<u>341</u>
ИЗУЧЕНИЕ БИОЭТИЧЕСКОГО МИРОВОЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Т.Э. Кафаров – профессор, М.Р. Рамазанов – доцент, А.А. Алимханова – студентка 2 группы лечебного факультета	341
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕГАЛИЗАЦИИ ЭВТАНАЗИИ ДЛЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В.А. Бубахаев, Р.М. Тутунова - студентка 1 курса лечебного факультета	343

МАТЕРИАЛЫ
70-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННОЙ
90-ЛЕТИЮ ДГМУ

Научное издание

ISBN 978-5-00212-017-8



Подписано в печать 08.10.2022 г. Формат 60×84¹/₈.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная.
Усл. п. л. 41,7. Уч.-изд. л. 20,2. Печать по требованию.
Заказ №22-10-017.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. М. Гаджиева 64
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru